



## **Universidad Austral de Chile**

Facultad de Ciencias  
Escuela de Química y Farmacia

**PROFESOR PATROCINANTE:** Cecilia Müller M.  
**INSTITUCIÓN:** Farmacias Salcobrand S.A.

**PROFESOR CO-PATROCINANTE:** Ana Millanao B.  
**INSTITUTO:** Farmacia  
**FACULTAD:** Ciencias

### **“ESTUDIO CUALITATIVO DEL USO DE ANSIOLÍTICOS EN PACIENTES DE FARMACIAS COMUNITARIAS SALCOBRAND DE LA CIUDAD DE VALDIVIA”**

**Tesis de Grado presentada como  
parte de los requisitos para optar  
al Título de Químico Farmacéutico**

**GERALDINE KARINA BOZZO LAGOS**

VALDIVIA-CHILE

2010

*Con todo mi amor y cariño, dedico esta tesis a mis padres, Haydeé y Dante, mi hermano Giovanni y mi amor, Javier.*

## AGRADECIMIENTOS

Agradezco a todas aquellas personas que de alguna u otra forma participaron e hicieron posible el desarrollo de mi tesis y a quienes me acompañaron durante todo este proceso.

De forma especial a farmacias Salcobrand, por darme la oportunidad de realizar mi tesis y por el gran recibimiento de todo su equipo de trabajo, a los químicos farmacéuticos por su colaboración y a todo el personal (auxiliares, bodegueros, asistentes, etc). Agradezco especialmente, a la farmacia o local 74, a todos sus colaboradores por la gran ayuda entregada.

A mí profesora patrocinante, QF Cecilia Müller, gestora de este proyecto, de quien estaré siempre agradecida, por su gran apoyo, disposición y consejos que me hicieron valorar aún más está linda profesión, su motivación y confianza entregada.

A mí profesora Co- patrocinante, QF Ana Millanao, gracias por confiar en este proyecto, por su gran disposición, por aportar con sus conocimientos, el tiempo dedicado y la orientación entregada, que me sirvió mucho para guiar este trabajo.

A mí profesora colaboradora, QF Katherinne Fuentes, por su contribución al desarrollo de está tesis y por su gran disposición en todo momento.

A la QF Carolina Maldonado, por tu gran ayuda, consejos, confianza y amistad entregada.

A toda mi familia, por su apoyo y amor incondicional. A mis padres, porque gracias a su amor y esfuerzo, a sus valores entregados y sus sabios consejos soy capaz de realizar y cumplir mis sueños. A mi querido hermano, por estar siempre conmigo. A mi amor Javier, por su amor y compañía incondicional.

## ÍNDICE

|   | <b>Página</b> |
|---|---------------|
| <b>1. RESUMEN</b>   | <b>5</b>      |
| <b>1.1 SUMMARY</b>  | <b>6</b>      |
| <b>2. INTRODUCCIÓN</b>  | <b>7</b>      |
| <b>3. OBJETIVOS</b>   | <b>17</b>     |
| 3.1. Objetivo General   | 17            |
| 3.2. Objetivos Específicos  | 17            |
| <b>4. MATERIAL Y MÉTODOS</b>  | <b>18</b>     |
| 4.1. Diseño del programa  | 18            |
| 4.2. Muestra  | 19            |
| 4.2.1. Tamaño de la muestra   | 19            |
| 4.2.2. Selección del establecimiento                                      | 20            |
| 4.2.3. Selección del usuario  | 20            |
| 4.2.4. Criterios de inclusión   | 20            |
| 4.2.5. Criterios de exclusión   | 20            |
| 4.3. Recolección de datos   | 21            |
| 4.3.1. Instrumento para recolección de datos                              | 21            |
| 4.3.2. Identificación de las características sociodemográficas:           | 21            |
| 4.3.3. Identificación general del medicamento y la terapia farmacológica: | 21            |
| 4.4. Procesamiento y análisis de datos                                    | 27            |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>   | <b>28</b> |
| 5.1. Características sociodemográficas de la población en estudio  | 28        |
| 5.1.1. Género del usuario de ansiolíticos  | 28        |
| 5.1.2. Rango de edad del usuario de ansiolíticos   | 29        |
| 5.1.3. Nivel educacional del usuario de ansiolíticos   | 31        |
| 5.2. Identificación general del medicamento y tratamiento ansiolítico  | 32        |
| 5.2.1. Procedencia de la receta  | 32        |
| 5.2.2. Medicamento ansiolítico prescrito   | 33        |
| 5.2.3. Identificación del diagnóstico asociado a la prescripción de ansiolítico                              | 36        |
| 5.2.4. Identificación de los distintos grupos terapéuticos usados por los pacientes usuarios de ansiolíticos | 37        |
| 5.2.5. Conocimiento del paciente sobre su patología  | 40        |
| 5.2.6. Identificación de las distintas patologías que presentan los pacientes usuarios de ansiolíticos       | 41        |
| 5.2.7. Conocimiento del paciente sobre el medicamento y la terapia ansiolítica                               | 43        |
| 5.2.8. Tiempo de uso del medicamento ansiolítico   | 45        |
| 5.2.9. Reconoce mejora con la terapia ansiolítica  | 48        |
| 5.2.10. Reacción adversa a benzodiazepinas   | 49        |
| 5.2.11. Identificación de pacientes que han estado en tratamiento con ansiolíticos                           | 52        |
| 5.2.12. Conocimiento del paciente sobre las indicaciones médicas   | 53        |
| 5.2.13. Adherencia al tratamiento  | 54        |
| 5.2.14. Dudas sobre el medicamento ansiolítico   | 55        |

|                                    |           |
|------------------------------------|-----------|
| <b>6. CONCLUSIONES</b>             | <b>57</b> |
| <b>7. PROYECCIONES DEL ESTUDIO</b> | <b>58</b> |
| <b>8. BIBLIOGRAFÍA</b>             | <b>60</b> |
| <b>9. TABLAS</b>                   | <b>65</b> |
| <b>10. GRÁFICOS</b>                | <b>77</b> |
| <b>11. ANEXOS</b>                  | <b>84</b> |

## 1. RESUMEN

Durante las últimas décadas, se ha observado gran prevalencia de trastornos emocionales, como ansiedad y depresión, que ha ido acompañado del aumento en la prescripción de psicofármacos, principalmente de benzodiazepinas (BZD). Las BZD se caracterizan por su efecto terapéutico ansiolítico y son de elección para tratar los síntomas de ansiedad, debido a su rápido inicio de acción, pero su seguridad y eficacia terapéutica, sólo están evidenciadas para un tratamiento a corto plazo, no superior a 6 meses. Un uso a largo plazo de BZD, supera ampliamente sus beneficios.

Con el objetivo de caracterizar el uso de las BZD se realizó un estudio observacional transversal descriptivo, en las farmacias comunitarias Salcobrand en la ciudad de Valdivia, mediante la realización de una encuesta y posterior análisis de los datos obtenidos. La muestra se obtuvo de los pacientes mayores de 18 años que acudían a las farmacias y solicitaban la dispensación de ansiolíticos bajo presentación de receta médica.

De los 143 pacientes encuestados, la mayor frecuencia de los pacientes que utilizan BZD, corresponde a pacientes del género femenino (82,5%) y el grupo etario que predomina se encuentra en el rango de 31-55 años de edad (42,7%). La procedencia de las recetas correspondió en su mayoría a servicios particulares de salud (84,6%). La BZD más utilizada fue el clonazepam (55,2%), seguido de alprazolam (27,3%). Los diagnósticos asociados al uso de BZD con mayor frecuencia fueron trastornos ansiosos (55,3%), seguido de depresión (33%). El tiempo de uso de BZD con mayor frecuencia, fue de 1-5 años (45,2%). De los pacientes que señalaron presentar RAM (59,6%), la más frecuente fue la dependencia (58,1%).

Los resultados obtenidos, evidencian un uso irracional de BZD, en los pacientes del sector comunitario de la ciudad de Valdivia y el riesgo de desarrollar dependencia. Es importante educar al paciente, sobre el uso de medicamentos por parte del farmacéutico comunitario, mediante una correcta dispensación y un seguimiento farmacoterapéutico adecuado, que asegure y garantice el éxito de la terapia farmacológica y la adherencia del paciente al tratamiento.

## 1.1. SUMMARY

During the last decades, it has been observed great prevalence of emotional disorders, such as anxiety and depression, which has been accompanied by an increase in the prescription of psychotropic drugs principally, benzodiazepines (BZD). The BZD are characterized by its anxiolytic therapeutic effect and are chosen to try anxiety symptoms, because of its quick beginning of action, however its therapeutic safety and effectiveness, are only proved during a short term treatment, no more than six months. The use of BZD in a long term fully exceeds its benefits.

With the objective of characterize the use of the BZD, it made descriptive cross-sectional study in Salcobrand community pharmacies in Valdivia city, by means of the realization of a survey and later analysis of the obtained data. Sample was obtained of patients older than 18 years who went to the pharmacies and asked for dispensing of anxiolytics under the presentation of medical prescription.

Of the 143 patients polled, the major frequency of the patients who use BZD correspond to female patients (82, 5%) and the age that predominate is between 31-55 years old (42,7%). The origin of the medical prescriptions corresponded in its majority to private health service (84,6%). The BZD most used was the clonazepam (55, 2%), followed by the alprazolam (27,3 %). The diagnosis associated with the use of BZD with major frequency were anxiety disorders (55,3%), followed by depression ( 33%). The period of time of use of BZD with major frequency, was between 1-5 years (45,2%). Patients who reported RAM (59,6%), the most frequent was the dependence (58,1%).

The results obtained, show an irrational use of BZD in patients from the community sector of Valdivia city and the risk of develop dependnce. Thus, it is important to educate the patient about the use of medicine by the community pharmacist, through a proper dispensing and to pharmacotherapy follow-up appropriate, that make sure and guarantee the success of the pharmacologic therapy and the adherence of the patient to the treatment.



## 2. INTRODUCCIÓN

Según la organización mundial de la salud (OMS), la definición de salud es un “Estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”, es decir la salud mental se encuentra implícita dentro de la definición de salud, que debemos alcanzar ó recuperar.

Los trastornos psiquiátricos, se han convertido en uno de los grandes problemas de salud pública en el mundo, es así como la ansiedad, depresión e insomnio, son motivo de consultas frecuentes, tanto en centros de atención primaria de salud públicos como en consultas particulares y, por ende, se ha visto un aumento en la prescripción de psicofármacos, en especial de fármacos ansiolíticos.

El aumento de trastornos psiquiátricos o mentales, en la mayor parte de los países desarrollados y también en Chile, se puede deber a múltiples razones, siendo algunas muy transversales, como el estrés propio de la vida moderna acompañado de la presión laboral, familiar y social, lo que afecta el desarrollo de una vida normal por parte de las personas que padecen de estos trastornos, influyendo claramente en su estado de salud, tanto físico como mental.

Existen muchos estudios, de diversos países, sobre el uso de psicofármacos y trastornos mentales, que evidencian un aumento en la prevalencia de estos trastornos y en la prescripción de estos medicamentos. Uno de estos estudios, hecho en España, revela que los problemas de salud mental detectados en atención primaria representan alrededor de un 35% de las atenciones y los tratamientos se centran principalmente en la ansiedad, el insomnio y la depresión (Antich *et al*, 2008). En Chile, un estudio realizado a trabajadores de una empresa privada de la VIII región, evidencia que las tasas de uso de tranquilizantes y sedativos, muestra una prevalencia mayor en la población laboral que en la población general, en donde los diagnósticos correspondían básicamente a trastorno depresivo, ansioso, insomnio y estrés con un gran acento por el género femenino (Salazar *et al*, 2008). En Argentina, también reconocen el uso de psicofármacos como un problema a nivel mundial, indicando a los psicofármacos como el tercer grupo de drogas

comercializadas (Fridman *et al*, 2002). Estos datos nos evidencian una gran prevalencia sobre el uso de psicofármacos, en especial sobre las altas tasas de prescripción de ansiolíticos.

Como ya se ha mencionado, los trastornos mentales que más afectan a la población en general, se refieren a la ansiedad, el insomnio y la depresión que se entienden como manifestaciones sintomáticas de estados generales que pueden o no acompañar cuadros psiquiátricos. Todos estos trastornos mentales, afectan a nivel del sistema nervioso central (SNC), causando cambios perjudiciales para la persona y muchas veces se presentan en comorbilidad (García *et al*, 2004).

El insomnio, uno de los trastornos del sueño más frecuente, se caracteriza por la sensación subjetiva de malestar al dormir, por parte del paciente, respecto a la duración y/o la calidad del sueño, que se percibe como insuficiente y no reparador, que afecta negativamente a la actividad cotidiana de la persona que lo padece. El insomnio, en líneas generales se clasifica como inicial, recurrente y crónico, pudiendo desencadenarse por diversos motivos que alteran el dormir de una persona, estos pueden ser factores biológicos, físicos, psicológicos y ambientales (CADIME, 2003; Pacheco *et al*, 2003). Generalmente, se presenta como síntoma de otro trastorno subyacente, afectando mayoritariamente a personas de edad adulta y con mayor prevalencia en el género femenino (Sarrais *et al*, 2007).

La depresión, es un trastorno emocional, que puede clasificarse en depresión mayor y menor, caracterizada por una sensación de infelicidad. Existen ciertas características o sintomatologías comunes, que sirven para su diagnóstico: ánimo depresivo o melancólico, alteraciones del sueño, aumento o disminución del apetito, escaso interés por actividades habituales, retraimiento social, sentimiento de culpabilidad, autocrítica, alteraciones o retraso psicomotor y muchas veces acompañado de ideas suicidas, entre otros. Diversos estudios a nivel mundial, evidencian que la prevalencia de la depresión es casi el doble en la mujer que en el hombre. Existen distintas teorías sobre su etiología, como por ejemplo factores genéticos, trastornos en la regulación de neurotransmisores serotonina-dopamina, factores ambientales, interacciones cerebroambientales y ritmos biológicos (Lizondo *et al*, 2008).

La ansiedad es una emoción expresada por el ser humano, que al igual que el miedo, el dolor, la alegría y otras emociones se consideran normales siempre cuando estén correctamente reguladas para encausarlas al máximo al desarrollo personal, si no son bien gestionadas pueden ser enormemente destructivas. Es por esto, que no siempre la ansiedad significa un estado patológico, pero cuando sobrepasa los límites normales puede generar un deterioro en la calidad de vida. Generalmente, los trastornos de ansiedad se deben a casos de estrés extremos, donde es considerada un estado patológico y se caracteriza por sentimientos de amenaza, inquietud, irritabilidad, alteración del sueño, tensión y otros síntomas como palpitaciones, sequedad en la boca y sudoración, no obstante estos síntomas son comunes a otro tipo de trastornos emocionales, así el diagnóstico de ansiedad puede estar sujeto a cierto sesgo. Dependiendo de la intensidad de la sintomatología se pueden clasificar en: trastornos de pánico, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad social, trastorno por estrés postraumático, fobias específicas (Tyrer *et al*, 2006; Pascuzzo, 2008).

Se ha visto que la ansiedad, ha alcanzando niveles preocupantes a nivel mundial, evidenciado por el aumento en su prevalencia. En Europa, estudios epidemiológicos indican una prevalencia de la ansiedad de 4,3-5,9% y con una marcada inclinación hacia el género femenino (Tyrer *et al*, 2006; Robinson *et al*, 2008).

La ansiedad, depresión e insomnio, tienen un tratamiento generalmente acompañado de psicoterapia y terapia farmacológica, la cual está constituida por un grupo de fármacos orientados específicamente a modificar ciertas funciones como la conducta, humor, emociones y funciones psíquicas superiores, se utilizan fundamentalmente para tratar enfermedades mentales o psiquiátricas, aunque también pueden tener distintos usos no psiquiátricos, usualmente relacionados con enfermedades de tipo neurológico. Estos fármacos afectan los procesos mentales, pudiendo: sedar, estimular o cambiar de algún modo el estado de ánimo, el pensamiento o la conducta, tendiendo a llevar a la normalidad, los pensamientos, los sentimientos, el juicio, la percepción y la memoria. Estos fármacos, en su mayoría interactúan con receptores a nivel del SNC que tienen relación con la actividad de numerosos neurotransmisores como la dopamina, noradrenalina, adrenalina, serotonina, acetilcolina, GABA, opioides, aspartato, glutamato, etc (Pascuzzo, 2008).

Los ansiolíticos pertenecen a este grupo de psicofármacos y se definen como fármacos utilizados en el tratamiento de ansiedad e insomnio. También son conocidos como tranquilizantes menores, los que se pueden clasificar como benzodiazepinas (BZD) y no BZD ó de acuerdo a su estructura química, siendo las BZD el grupo farmacológico más utilizado en este tratamiento.

Las BZD (benzo 1,4, diazepinas), son psicofármacos sintéticos ansiolíticos, que clínicamente han sido usados desde el año 1959 con la aparición del primer agente Clordiazepóxido. Desplazaron así el uso de fármacos barbitúricos, en el tratamiento de la ansiedad e insomnio, destacando la seguridad en su uso, debido a su amplio margen terapéutico, disminuyendo así el peligro de sobredosis, presentaban efectividad a corto plazo y menos efectos adversos, en comparación con los barbitúricos. Luego en el año 1963, aparece el Diazepam, pasando a ser el fármaco prototipo de las BZD y el más ampliamente prescrito. Desde entonces, más de 3.000 BZD han sido sintetizadas, 50 de las cuales están actualmente en el mercado. Posteriormente y contrariamente a lo que se pensaba en un comienzo, las evidencias demostraron que las BZD y su uso a largo plazo si causaban dependencia y que su diferencia con los otros fármacos existentes eran más bien farmacocinéticas (MINSAL, 1994; Olivera, 2009).

Las BZD, son fármacos depresores del SNC, consideradas ansioselectivas, es decir, disminuyen la ansiedad en dosis que producen poca sedación y sueño, por lo que son considerados fármacos de elección en el trastorno de ansiedad, además de poseer propiedades hipnóticas, anticonvulsivantes y miorelajantes. También son usados en medicación preanestésica y en dosis mayores, como inductores de la anestesia general, ya que producen amnesia de la memoria reciente o anterógrada (Duch *et al*, 1998).

La estructura química de las BZD está compuesta por tres anillos, un anillo bencénico (A), un anillo diazepínico (B) y un anillo 5- arílico (C). Según las distintas sustituciones en sus radicales, varían ciertas propiedades, tales como su biodisponibilidad, la presencia o ausencia de metabolitos, su grado de lipofilidad. Si la sustitución en el carbono 7 corresponde a halógenos como cloro, bromo aumentan la actividad ansiolítica, mientras que la sustitución por un grupo nitro aumenta la acción hipnótica y anticonvulsivante. Así por ejemplo, si una BZD se absorbe rápidamente, es liposoluble y no presenta metabolitos activos, predomina su efecto hipnótico. Por

el contrario, si es de absorción más lenta, con metabolitos activos, y con baja liposolubilidad, podría ser más efectiva como ansiolítica, es así como variando la estructura las BZD tendrán mayor o menor predominio de sus propiedades terapéuticas (Duch *et al*, 1998; Yates *et al*, 2009).

Las BZD actúan a nivel del sistema nervioso central, uniéndose a los receptores del ácido gamma-amino-butírico (GABA), neurotransmisor inhibitorio más importante del ser humano. Han sido identificado dos tipos de receptores, el receptor GABA-B y GABA-A, siendo este último el que posee un sitio aceptor para las BZD y el más importante en cantidad por su amplia distribución (es postsináptico y predomina a nivel cerebral supraespinal) (Crawforth *et al*, 2004).

Las BZD son GABA agonista indirectas, facilitan la transmisión gabaérgica, favoreciendo el efecto inhibitorio del sistema GABAminérgico, inhibiendo neuronas excitatorias, es decir potencian los efectos inhibitorios del GABA. Las BZD al unirse a su sitio de unión, modulan alostéricamente al receptor GABA-A, aumentando la frecuencia de apertura del canal de cloruro, generando un influjo de  $\text{Cl}^-$  extraneuronal que causa hiperpolarización y estabilización de la membrana. El receptor GABA-A, es modulado por una serie de compuestos, entre ellos, los barbitúricos, el etanol y más notablemente por las BZD, lo que resulta en una amplia gama de respuestas, como cambios en la actividad motora, acción anticonvulsivante, sedación, modulación del sistema cognitivo y el estado de ánimo sobre todo en estados de ansiedad. El receptor GABA-A, está formado por uniones hetero-oligoméricas, de las cuales se han identificado 19 subunidades, divididas en 8 tipos, los cuales son  $\alpha 1-6$ ,  $\beta 1-3$ ,  $\gamma 1-3$ ,  $\epsilon$ ,  $\pi$  y  $\theta$ . Las BZD se unen a estos distintos subtipos de receptores, con diferencias en su afinidad y selectividad, siendo principalmente los subtipos  $\alpha$ ,  $\beta$  y  $\gamma$  a los que se les ha descrito su perfil farmacológico. Más del 90% de los receptores GABA-A presentes en el cerebro están formados por subunidades  $\alpha$ ,  $\beta$  y  $\gamma$ , por lo que se propone que la acción de las BZD está determinada por la presencia de estas subunidades, siendo los tipos  $\alpha 1$ ,  $\alpha 2$ ,  $\alpha 3$  y  $\alpha 5$  las que poseen un sitio de unión específico para las BZD. Estudios recientes han demostrado que los receptores GABA-A formados por el subtipo  $\alpha 1$  tienen mayor relevancia con el efecto sedante, amnésico y anticonvulsivante, mientras que las subunidades  $\alpha 2$  y  $\alpha 3$  tienen mayor implicancia con el efecto ansiolítico y el subtipo  $\alpha 5$  se relaciona con la memoria. Las distintas propiedades farmacológicas que poseen las BZD, dependerán de la afinidad que tenga por alguno de los subtipos, es así que

las BZD con mayor afinidad por el receptor de BZD  $\alpha_1$ , tendrán mayor efecto hipnótico y miorelajante, mientras que las BZD con mayor afinidad por el receptor  $\alpha_2$  y  $\alpha_3$ , tendrán mayor efecto ansiolítico (Crawforth *et al*, 2003; Batenson, 2004; Goetz *et al*, 2007; Licata *et al*, 2008; Pascuzzo, 2008).

La clasificación más característica de las BZD es según su vida media (larga, intermedia y corta) y es determinante para su tipo de indicación, es decir, si queremos obtener un efecto más ansiolítico se elegirán BZD de vida media prolongada o intermedia, para un efecto hipnótico, se usaran BZD de vida media corta. Las BZD de vida media larga como el diazepam, clordiazepóxido y ketazolam, entre otras, presentan una vida media mayor a 30 horas. Las BZD de vida media intermedia, como el alprazolam, bromazepam y lorazepam entre otras, presentan una duración de su vida media que fluctúa entre 10-30 horas y las BZD de vida media corta como el midazolam, triazolam entre otras, tienen una duración del efecto menor a 10 horas (Duch *et al*, 1998; Díaz *et al*, 2008).

Otros tipos de ansiolíticos utilizados, son la Buspirona, cuya estructura es diferente y no actúa a nivel de los receptores de BZD, su efecto ansiolítico se debe a su acción agonista a nivel de los receptores 5HT1A presinápticos, inhibiendo la liberación de serotonina y a diferencia de las BZD, no tiene efectos sedantes, hipnóticos, miorelajantes y tampoco adictivos, con un inicio de acción muy lento, observándose su efecto terapéutico en un período de dos a tres semanas o incluso seis semanas. También se suelen utilizar algunos agentes antidepresivos que tienen efectos ansiolíticos, tales como los antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la recaptación de serotonina y algunos inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) (Duch *et al*, 1998; Pascuzzo, 2008).

Las BZD tienen una alta tasa de prescripción, esto se debe a que son muy eficaces, de rápido inicio de acción y relativamente seguras a corto plazo. Sin embargo con su uso a largo plazo, se evidencian ciertas reacciones adversas que deterioran las capacidades cognitivas y psicomotoras, afectando la memoria retrógrada y problemas de aprendizaje, como también cambios en el estado de ánimo. En caso de una sobredosis y si se mezclan con otros fármacos, los riesgos superarán los beneficios. Las BZD son fármacos potencialmente adictivos y pueden

desarrollar dependencia en unas pocas semanas o meses de consumo, como también tolerancia y síndrome de abstinencia (Denis *et al*, 2008). Es por este motivo, que muchas veces se genera un abuso en el consumo de estos medicamentos, aún cuando su venta sea controlada, bajo presentación de receta médica retenida con control de saldo. Lo anterior, puede estar relacionado con falta de información y conocimiento del médico y/o paciente sobre el uso de ansiolíticos y los riesgos de un consumo a largo plazo o crónico, que lleva finalmente a un fracaso en la terapia farmacológica.

En Chile el uso de BZD constituye un problema de salud pública, en los años 1980, el consumo de estos fármacos era sin prescripción médica, lo que resultó en grandes tasas de automedicación y abuso, generando así dependencia a las BZD. En 1988, estudios realizados en la zona de Concepción mostraron que un 58 % de las BZD se expendía sin receta médica. En Santiago, entre diciembre de 1990 y enero de 1991 se observó una prevalencia anual del consumo de BZD de 31,4%, de ellos el 74% no estaba avalado por ningún profesional de la salud (Galleguillos *et al*, 2003; Fritsch *et al*, 2005).

Estos antecedentes, motivaron a crear políticas para el control de benzodiazepinas, a partir de 1° de abril de 1995 se instauró la venta bajo receta médica retenida con control de saldo, en todas las farmacias de Chile y fueron incorporados a la lista IV de psicotrópicos, la que fuere promulgada en el decreto supremo N°15.069 del año 1993, del Ministerio de Salud de Chile. El objetivo que se buscaba era disminuir el consumo de BZD y por sobre todo promover su uso de forma racional. Se creó también una guía de normas técnicas para la prescripción racional de BZD, por parte de los profesionales de la salud, en donde se indica claramente los diagnósticos y el tiempo por el cual deben prescribirse las BZD. La guía incluye también ciertas patologías, como la ansiedad, insomnio, dependencia y síndrome de abstinencia al alcohol, síndrome convulsivo, relajante muscular entre otras indicaciones, siempre y cuando se evalué la relación riesgo/beneficio al prescribir este medicamento, considerando siempre su efectividad sólo con tratamientos a corto plazo. También indica entre otras cosas, los riesgos de una inadecuada prescripción, como por ejemplo prescribir BZD a pacientes que requieren de un tratamiento antidepresivo, ya que no tiene efecto sobre la enfermedad de base (MINSAL, 1994).

Luego de más de una década de implementada la normativa, el problema de dependencia y abuso de BZD sigue siendo un problema de salud pública en Chile. Si bien es cierto la tasa de consumo ha disminuido con respecto a los años 1980-1990, debido a que su despacho en farmacias, privadas y asistenciales, se encuentra controlada, bajo receta retenida con control de saldo. Sin embargo el tratamiento por más de un año con BZD, es una tendencia de uso en la población adulta, que resulta en un alto nivel de la población con dependencia a estos medicamentos (Fritsch *et al*, 2005).

Diversos estudios en Chile y a nivel mundial, demuestran la problemática de la dependencia con el uso de BZD. En Ancud, Chile el 10,3% de pacientes de un centro de atención primaria fueron diagnosticados con dependencia a BZD, según los criterios del DSM-IV. También se ha observado que no sólo la población adulta mayor de 65 años son consumidores frecuentes de BZD, sino que existe un aumento en el consumo por parte de la población adulta mayor de 40 años y en la mayoría de los casos el médico que prescribe no es especialista en temas psiquiátricos sino que son médicos generales (Antich *et al*, 2008; Olivera, 2009). Durante el año 2005 en España se consumieron más de 52 millones de envases de BZD y dentro de su ranking de principios activos más prescritos se encontraban el lorazepam y alprazolam, ambas BZD (Vicens *et al*, 2008).

En la literatura existe mucha evidencia sobre el riesgo de dependencia y abuso a las BZD, los factores que influyen en su uso irracional y desencadenan la adicción, los síntomas que evidencian RAM a largo plazo, como también guías sobre el uso racional y la deshabitación de BZD. El Comité on Safety of Medicines (CSM) del Reino Unido recomienda, se cita textual: 1. Las BZD están indicadas para el alivio, durante un período breve (2-4 semanas), de una ansiedad intensa, invalidante ó que haga sufrir exageradamente al paciente, tanto si se manifiesta sola como si se asocia con insomnio, ó un trastorno psicossomático, orgánico ó psicótico de corta duración; 2. El uso de BZD para el tratamiento de la ansiedad “leve y pasajera” es inapropiado e inadecuado; 3. Las BZD deberían emplearse para tratar exclusivamente el insomnio intenso, invalidante ó que haga sufrir exageradamente al paciente (GPT, 2006; Vicens *et al*, 2008).



Existen muchos factores que influyen para que un medicamento produzca dependencia en un individuo, a grandes rasgos pueden agruparse en tres categorías: en primer lugar el tipo de medicamento, es decir aquellos que tienen acción a nivel del SCN y cuyo efecto desencadena una sensación de bienestar tienen mayor probabilidad de producir dependencia. También depende del individuo que la ingiere, en el caso de las BZD, la edad es una variable importante la cual puede tener relación con que a mayor edad, los pacientes presentan mayor cantidad de trastornos emocionales y del sueño, como también influye el medio ambiente que lo rodea (Busto, 2000). La dependencia a las BZD se produce porque el individuo genera una adaptación fisiológica del organismo, que aparece luego de un uso a largo plazo y queda evidenciado cuando se interrumpe la administración del medicamento y provoca un malestar en el paciente, conocido como síndrome de abstinencia (Vicens *et al*, 2008).

En base a lo anterior, se debe considerar la importancia de realizar una prescripción adecuada, que incluya educación y seguimiento farmacoterapéutico, desde el inicio de la prescripción, para evitar a futuro un consumidor crónico. También es importante identificar aquel paciente de uso crónico, que presenta dependencia a las BZD, cuyo perfil característico, es de un paciente que consume BZD bajo prescripción médica a dosis terapéuticas. Abordar al paciente de uso crónico, para promover la retirada de su uso, el cual debe ser un proceso guiado por su médico de cabecera, llevando a cabo la retirada de las BZD de forma paulatina, disminuyendo las dosis y explicándole los riesgos de un uso prolongado (Vicens *et al*, 2008).

Por otro lado, el rol de la farmacia comunitaria y del químico farmacéutico, debieran ser de gran ayuda, para complementar el accionar del médico y de equipos de salud, en favor del bienestar y salud de la población. Considerando que gran parte de la población acude a las farmacias comunitarias, para adquirir sus medicamentos, es ahí donde el farmacéutico debiera intervenir con su rol de educador de la salud, sobre todo en la correcta dispensación de aquellos medicamentos que representan un potencial riesgo de abuso, como es el caso de las BZD, educando a los pacientes de los beneficios que tiene su uso a corto plazo y advirtiéndolos de los riesgos de un uso prolongado. Es decir realizar una dispensación responsable, acompañada del seguimiento de la farmacoterapia, cerciorándose que el paciente conozca los aspectos de su terapia farmacológica y asegurando el uso correcto del medicamento.

El desarrollo y promoción de la atención farmacéutica, ha adquirido en las últimas décadas gran relevancia, para la práctica del farmacéutico y la asistencia sanitaria. Existen guías sobre el desarrollo de la práctica en farmacia, realizadas en conjunto por la OMS y por la Federación Internacional Farmacéutica (FIP), que fomentan la incorporación del profesional farmacéutico en la farmacoterapia del paciente, en conjunto con los demás profesionales de la salud, asegurando que la intervención farmacéutica mejora la calidad y la relación costo/efectividad de los sistemas de atención sanitaria. También se nombran las distintas actividades y responsabilidades que debe asumir el farmacéutico, con respecto a la práctica en farmacia, tales como garantizar una terapia y resultados adecuados, dispensar medicamentos y dispositivos, promoción de la salud y prevención de la enfermedad y gestión de los sistemas sanitarios (Wiedenmayer *et al*, 2006). Entendiendo que la “Atención farmacéutica es la provisión responsable de terapia farmacológica con el propósito de obtener resultados precisos que mejoren o mantengan la calidad de vida del paciente” (FIP, 1998).

Se evidencia, de acuerdo a la literatura, que a pesar de todas las medidas establecidas para controlar el uso de BZD, por parte de las autoridades sanitarias, su uso y abuso sigue siendo un problema para la salud pública y que abarca a gran parte de la población adulta en general. Esto se relaciona, en gran medida por el aumento de trastornos emocionales que aquejan a la sociedad actual, que busca una vía de solución rápida al problema, muchas veces con una medicación innecesaria, enmascarando el problema de base. La falta de educación al paciente, por parte de los profesionales de la salud sobre el uso racional del medicamento es un factor influyente, el seguimiento del paciente durante su tratamiento y la intervención del farmacéutico al momento de dispensar estos medicamentos, son algunos de los puntos que aún no se establecen con claridad para lograr una terapia exitosa en el tratamiento de BZD. Analizar y caracterizar el uso de BZD en pacientes de la población Valdiviana nos permitirá tener un perfil sobre el usuario y comparar los resultados obtenidos, con diversos estudios que indican un aumento en el uso crónico de BZD por ende, un aumento en la prevalencia de trastornos emocionales y determinar si existe o no un uso racional de ellas.

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1. Objetivo General**

Caracterizar el uso de los medicamentos ansiolíticos despachados en farmacias comunitarias Salcobrand de la ciudad de Valdivia.

#### **3.2. Objetivos Específicos**

- Caracterizar por sexo, edad y nivel educacional a los usuarios que se les dispensa ansiolíticos en farmacia comunitaria.
- Caracterizar cualitativamente y cuantitativamente los ansiolíticos que se dispensan en farmacia comunitaria y conocer la procedencia de su receta.
- Caracterizar el diagnóstico asociado a la prescripción de ansiolíticos.
- Evaluar el conocimiento del paciente sobre su terapia ansiolítica, es decir, si conoce su patología, el ansiolítico utilizado y las indicaciones médicas.
- Determinar si el usuario reconoce eficacia del tratamiento farmacológico y si padece algún tipo de reacción adversa al medicamento ansiolítico.
- Caracterizar el tiempo de uso del medicamento ansiolítico y determinar si ha estado anteriormente en tratamiento farmacológico con otro ansiolítico.

## 4. MATERIALES Y MÉTODOS

### 4.1. Diseño del programa

Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo para la caracterización del uso de medicamentos ansiolíticos en usuarios de farmacias comunitaria de Valdivia.

El estudio se realizó mediante una encuesta (anexo 1), donde se recolectaron los datos de los usuarios de farmacias Salcobrand Valdivia, mayores de dieciocho años que solicitaron la dispensación de ansiolíticos bajo presentación de receta médica y que voluntariamente accedieron a responder la encuesta, mediante un consentimiento informado (anexo 2). En donde se le explicó al usuario la finalidad y el motivo de este estudio. Para realizar la encuesta, se utilizó una ficha de recolección de datos, de 3 hojas con 13 preguntas.

Los horarios para la realización de dichas encuestas fueron de Lunes a Viernes con un total de 8 horas diarias, por un período de 30 días, es decir 4 semanas, en cada local que la cadena de farmacias Salcobrand tiene en Valdivia. La recolección de datos comenzó en la farmacia 1, seguido de la farmacia 2 y finalizando en la farmacia 3. Los datos obtenidos fueron posteriormente ingresados a una base de datos, que corresponde al programa Epi INFO año 2002, versión 3.3.2.

Previo a la realización de las encuestas, se efectuó la validación de la ficha de registro, mediante un estudio piloto, el cual se realizó en la farmacia 3. Se hicieron 40 encuestas, con el fin de detectar problemas en la comprensión de las preguntas por parte del usuario y si efectivamente proporcionaba los datos necesarios para el cumplimiento de los objetivos planteados en el estudio.

## 4.2. Muestra

La muestra estuvo constituida por los usuarios mayores de 18 años de las farmacias comunitarias Salcobrand de la ciudad de Valdivia que solicitaron la dispensación de ansiolíticos bajo presentación de receta médica. En cada farmacia, se realizó una estadía de 30 días.

### 4.2.1 Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño muestral, se utilizó el programa EPI INFO año 2002, versión 3.2.2., aplicando los siguientes criterios:

- Proporción de uso de BZD (estimada según datos de prevalencia del uso de BZD en Chile y a nivel mundial): 10% de la población (p)
- Precisión: 5,0 % (d)
- Nivel de confianza: 95 % (z)
- Luego se aplicó la fórmula:  $n_0 = \frac{z^2 \cdot p}{d^2}$

De esta manera obtuvimos  $n_0$ , que corresponde a tamaño muestral inicial, luego aplicando la fórmula:

$$n = n_0 / [1 + (n_0 / N)]$$

Donde N es el número de habitantes de Valdivia, correspondiente a 149.559, según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), con base en el censo del año 2002. Así, se obtiene n, que corresponde al tamaño muestral apropiado para la realización del estudio y cuyo valor fue n = 139. Por lo tanto se realizaron 143 encuestas, repartidas en cada una de las tres farmacias de Valdivia donde se aplicó el estudio.

#### **4.2.2. Selección del establecimiento:**

Se eligió para este estudio a los tres locales de Farmacias Salcobrand S.A., ubicados dentro de la ciudad de Valdivia, que para efectos de este estudio, se determinan como, farmacia 1, 2 y 3 respectivamente y corresponden a:

- Local 247, ubicado en camilo Henríquez, esquina calle Picarte, fono 063-255551.
- Local 037 ubicado en camilo Henríquez 450, fono 063-219399.
- Local 074 ubicado en Arauco 697, fono 063-256420.

#### **4.2.3. Selección del usuario:**

La aplicación de la encuesta se efectuó a los usuarios que acudían a las farmacias Salcobrand de Valdivia y que solicitaron la dispensación de ansiolíticos bajo presentación de receta médica durante el período de estudio.

#### **4.2.4. Criterios de inclusión:**

- Los usuarios de Farmacias Salcobrand Valdivia, que solicitaron dispensación de ansiolíticos bajo presentación de receta médica.
- Mayores de 18 años.
- Usuarios que voluntariamente y con consentimiento informado accedieron a contestar la encuesta.

#### **4.2.5. Criterios de exclusión:**

- Usuarios con dificultad de comunicación: se define como usuario con dificultad de comunicación, a aquel que no se pueda comunicar con el encuestador por motivos de edad o algún tipo de impedimento físico y/o mental.

- Usuarios menores de 18 años, ajustándose al reglamento de psicotrópicos y estupefacientes.
- Usuarios que no quisieron voluntariamente responder la encuesta.

### **4.3. Recolección de datos**

Los datos obtenidos de los usuarios fueron recolectados mediante un formulario de registro, elaborado como instrumento.

#### **4.3.1. Instrumentos para la recolección de datos:**

**Formulario de registro:** elaborado para registrar las solicitudes de dispensación de ansiolíticos bajo presentación de receta médica, fecha de la solicitud, número de farmacia, y antecedentes del paciente, medicamento y tratamiento (anexo 1). Este formulario consta de 13 preguntas, las cuales se detallan a continuación.

#### **4.3.2. Identificación de las características sociodemográficas:**

**1.- Edad y sexo:** variables que son importantes para caracterizar en qué población se realiza el mayor número de prescripción de medicamentos ansiolíticos.

**2.- Nivel educacional:** variable que permite establecer una relación entre el nivel educacional y el nivel de conocimiento por parte del usuario sobre el uso de medicamentos ansiolíticos.

#### **4.3.3. Identificación general del medicamento ansiolítico y terapia farmacológica:**

**1.-Identificación del medicamento ansiolítico prescrito:** se identifica la información presente en la receta médica con respecto a su procedencia, es decir, sector público o privado, nombre genérico del medicamento, dosis y duración del tratamiento.

**Medicamento prescrito:** indicación realizada por un médico o profesional debidamente habilitado para tratar una patología, indicando el tipo de medicamento a utilizar, dosis, posología y duración del tratamiento.

**Medicamento Ansiolítico:** fármaco usado para el tratamiento de los pacientes con ansiedad. A los fármacos de este grupo también se les conoce como tranquilizantes menores, se clasifican como benzodiazepínicos y no benzodiazepínicos. Caen dentro de esta categoría todos aquellos medicamentos ansiolíticos, cuya condición de venta es bajo presentación de receta médica retenida con control de saldo y que están presentes en la lista IV del D.S 405, correspondiente al reglamento de productos psicotrópicos emitido por el Ministerio de Salud de Chile.

|                 |              |                 |                 |
|-----------------|--------------|-----------------|-----------------|
| <b>LISTA IV</b> | ACECARBROMAL | CLORAZEPATO     | PROLINTANO      |
|                 | ALPRAZOLAM   | CLORDIAZEPOXIDO | TEMAZEPAM       |
|                 | BENZFETAMINA | CLORFENTERMINA  | TETRAZEPAM      |
|                 | BROMAZEPAN   | CLOTIAZEPAM     | TRANILCIPROMINA |
|                 | BROMISOVAL   | CLOXAZOLAM      | TRIAZOLAM       |
|                 | BUTALLYLONAL | DELORAZEPAM     | VINILBITAL      |
|                 | BUTOBARBITAL | DEXTROMETORFANO | BROTIZOLAM      |
|                 | CARBROMAL    | DIAZEPAM        | ETIZOLAM        |
|                 | CLOBAZAM     | ESTAZOLAM       | QUAZEPAN        |
|                 | CLOBENZOREX  | ETCLORVINOL     | ZOLPIDEM        |
|                 | CLONAZEPAN   | ETILANFETAMINA  | AMINORES        |
|                 | CLORALODOL   | PRAZEPAM        | MESOCABO        |
|                 | CLORALOSA    | PROPIHEXEDRINA  | SIBUTRAMINA     |
|                 | CAMAZEPAM    | PROBARBITAL     |                 |



corresponden a los medicamentos psicotrópicos, con acción ansiolítica del tipo benzodiazepínicos, incluidos en este estudio.

**2.-Diagnóstico asociado a la prescripción de ansiolítico:** La patología es una variable significativa dentro del estudio, por lo tanto es importante identificar las distintas patologías por la cual se prescribió el ansiolítico, ver si corresponde a algún estado ansioso, clasificándola dentro de los distintos tipos de ansiedad o si corresponde a otro tipo de patología como depresión, insomnio, entre otras.

**Ansiedad:** trastorno emocional que en caso de estrés extremo se presenta de manera exagerada, siendo considerada una patología, la cual se clasifica en:

**Trastorno de pánico:** A menudo, los síntomas de este trastorno aparecen rápidamente y sin un estresor identificable. El paciente puede haber tenido períodos de gran ansiedad en el pasado, o haber participado en una reciente situación estresante. Se caracteriza por presentarse en episodios súbitos de intenso temor, de máxima intensidad en segundos y síntomas físico intensos.

**Trastorno de ansiedad generalizada (TAG):** estado de persistente ansiedad, sin que predomine alguna circunstancia ambiental particular o algún factor desencadenante. TAG se desarrolla normalmente en un período de tiempo y no puede ser observado hasta que sea lo suficientemente significativo como para causar problemas con el funcionamiento normal de la persona.

**Trastorno obsesivo compulsivo (TOC):** Las características principales de este trastorno son obsesiones (persistentes, a menudo irracionales y pensamientos incontrolables) y compulsiones (acciones que se utilizan para neutralizar las obsesiones). Para que el comportamiento se defina dentro de un TOC, debe ser perturbador para el funcionamiento cotidiano.

**Trastorno de ansiedad social:** generalmente un evento traumático es el causante, se presenta como un miedo intenso y duradero a una o más situaciones sociales en las que la persona está expuesta a ser observada por los demás.

**Trastorno por estrés post- traumático (TEPT):** Por definición, siempre TEPT sigue un acontecimiento traumático que causa intenso miedo y / o desamparo en un individuo. Típicamente los síntomas aparecen poco después de desarrollar el evento, pero pueden tardar años. La duración de los síntomas es de al menos un mes para este diagnóstico.

**Fobias específicas:** generalmente un evento traumático es el precursor de una fobia, que puede o no estar en el nivel consciente y se genera como un miedo intenso y persistente que es irracional desencadenado por la presencia o anticipación de objetos o situaciones, por ejemplo, fobia a animales, lugares cerrados, oscuridad, etc.

**3.-Conocimiento del paciente sobre su patología, medicamento ansiolítico y tratamiento:** nos entrega información del conocimiento que maneja el paciente sobre su patología, el correcto uso del medicamento y su tratamiento. Permite identificar si conoce el efecto farmacológico, nombre genérico, dosis, posología, duración del tratamiento, reacciones adversas, entre otros, de esta forma reconocer los riesgos potenciales en el uso de ansiolíticos.

**Efecto farmacológico:** resultado visible de la acción farmacológica de un fármaco en el organismo. Por ejemplo, en el caso de las benzodiazepinas el efecto farmacológico principal es que son ansiolíticos.

**Nombre genérico de un producto farmacéutico:** Es aquel medicamento que está constituido por un principio activo que puede ser producido por cualquier laboratorio farmacéutico sin restricción alguna. El medicamento genérico presenta la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos, y la misma forma farmacéutica, que un medicamento original, y se reconoce por tener en el etiquetado las siglas EFG -Equivalente Farmacéutico Genérico. Esta denominación aceptada por la Organización Mundial de la Salud (OMS.), bajo los distintivos y siglas "Denominaciones Comunes Internacionales" (D.C.I.) o

"International Nonproprietary Names" (I.N.N), o en las farmacopeas oficialmente reconocidas en el país.

**Dosis:** se entiende como dosis a la cantidad de principio activo que contiene un medicamento y que será administrado al paciente.

**Posología:** corresponde a la dosis que se debe administrar de medicamento en un determinado intervalo de tiempo.

**Duración de tratamiento:** cantidad de tiempo (días, semanas, meses, años o permanente) que debe consumir el medicamento para cumplir con la terapia farmacológica.

**Reacción adversa al medicamento (RAM):** todo efecto de un medicamento que es perjudicial y no deseado, que ocurre a dosis usadas con fines terapéuticos, profilácticos o de diagnóstico.

**4.-Identificar el tiempo de uso del medicamento ansiolítico:** es importante conocer el tiempo de uso del medicamento ansiolítico y también de aquellos pacientes que lo utilizan por primera vez. Se podrá relacionar el tipo de conocimiento en relación al tiempo de uso y observar mayor incidencia de reacciones adversas con el uso a largo plazo.

**5.-Conocer la percepción del paciente sobre el éxito de la terapia ansiolítica y aparición de posibles RAMs:** nos permite conocer la percepción del paciente sobre los resultados observados de su terapia ansiolítica, es decir, si cumple con el efecto terapéutico buscado y si presenta algún tipo de RAM característico de los medicamentos ansiolíticos.

**Efecto terapéutico:** es el efecto farmacológico deseado o buscado que sirve para el tratamiento de diferentes enfermedades. Por ejemplo, en el caso de la ansiedad, se busca un fármaco que tenga efecto ansiolítico.

## **Reacciones adversas (RAM) más comunes de las benzodiazepinas**

**Sedación:** es una de las reacciones adversas más comunes de los ansiolíticos. Producen sedación, es decir actúan como inductores del sueño, generalmente en aquellos usuarios de uso a largo plazo o crónico siendo muchas veces prescritos como hipnóticos.

**Somnolencia:** es una de las reacciones adversas más comunes, generalmente el uso indebido o crónico lleva a un estado de sedación permanente denominado somnolencia, donde la persona presenta una disminución de sus reflejos y un aspecto aletargado permanente durante el día.

**Dependencia:** el uso a largo plazo e indiscriminado genera dependencia física y psíquica, el cuerpo genera un acostumbamiento fisiológico a la acción de las BZD, es decir la persona siente la necesidad de consumir el medicamento y junto con ello genera tolerancia. Una consecuencia de la dependencia, es el síndrome de abstinencia que surge al dejar de administrar el medicamento y se manifiesta con síntomas que van desde insomnio, ansiedad de rebote, agitación psicomotora y convulsiones, entre otros.

**Alteraciones psicomotoras y cognitivas:** el uso a largo plazo puede producir alteraciones a nivel del sistema nervioso, dentro de éstas encontramos problemas de visión, coordinación, concentración, memoria anterógrada, atención, confusión mental, etc.

**Tolerancia:** con el uso a largo plazo se desarrolla tolerancia que produce una disminución de la intensidad de la respuesta a las BZD cuando se repite la misma dosis, el paciente requiere de un aumento de dosis para conseguir los mismos efectos.

**Reacciones paradójicas:** fenómeno raro en el que aparecen síntomas contrarios a los que motivaron su prescripción: irritabilidad, excitación, insomnio, agresividad e incluso alucinaciones.

**6.-Identificar el conocimiento del paciente sobre las indicaciones médicas:** permite saber si durante la prescripción medica se le entregó la información necesaria para un uso adecuado del medicamento, es decir si posee información sobre el medicamento ansiolítico, como la dosis, posología, duración del tratamiento, contraindicaciones del medicamento y posibles reacciones adversas.

**7.-Conocer si el paciente cumple correctamente con las indicaciones médicas:** factor importante para relacionar la adherencia al tratamiento con el éxito o fracaso de la terapia farmacológica, como también el desarrollo de reacciones adversas y abuso del medicamento.

**8.-Conocer si ha estado anteriormente en tratamiento con ansiolíticos:** Es importante saber si el paciente ha estado en tratamiento anteriormente y si ha usado más de un tipo de ansiolítico. También conocer la razón del cambio de medicamento, que se puede deber a varios factores, tales como la aparición de reacciones adversas, fracaso de la terapia farmacológica, aumento de dosis, motivos económicos y otros. Esto permite establecer cierta relación entre un uso continuado de determinado ansiolítico y la aparición de RAM, como dependencia y tolerancia, que reflejan el fracaso del tratamiento.

**9.-Referente de información y resolución de inquietudes sobre el medicamento:** nos permite conocer por parte del paciente, si durante el uso de un medicamento, consulta y resuelve sus dudas con su médico tratante, acude a la farmacia a solicitar atención farmacéutica, para obtener información sobre su tratamiento o busca otra fuente de información (familiar, amigos, Internet, libros, etc.) para conocer sobre el uso adecuado de determinado medicamento.

#### **4.4. Procesamiento y análisis de datos:**

Para el análisis estadístico, se utiliza el programa Epi INFO año 2002, versión 3.2.2.

## 5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se realizó un estudio observacional transversal descriptivo a pacientes que solicitaban la dispensación de medicamentos ansiolíticos, específicamente benzodiazepinas, bajo presentación de receta médica, en las tres farmacias comunitarias de la cadena Salcobrand en la ciudad de Valdivia.

Una limitante de nuestro estudio, es que los datos se obtuvieron a través de encuestas realizadas a los pacientes que acudían a las farmacias. Por tanto, la información y los resultados obtenidos pueden estar sujetos a cierto sesgo, que depende de la muestra, de la honestidad del entrevistado, como también, de algún error al traspasar la información, por parte del encuestador.

### 5.1. Características sociodemográficas de la población en estudio

#### 5.1.1. Género del usuario de ansiolíticos.

La distribución de los pacientes de terapia ansiolítica según sexo fue de 118 usuarias mujeres lo que corresponde al 82,5% de la población y 25 hombres lo que equivale a un 14,5 %, ver tabla N° 1.

Los resultados obtenidos en este estudio son similares, en proporción, a otros estudios realizados sobre el uso de BZD a nivel nacional, en donde la distribución por sexo se ve marcada por el género femenino. El estudio realizado en un centro de salud de atención primaria en la ciudad de Ancud, Chile, obtuvo una distribución porcentual de uso de BZD de 23,4% de pacientes hombres y el 76,6% restante eran pacientes mujeres (Olivera, 2009). En otro estudio sobre la tendencia al uso de BZD en farmacias privadas, realizado en la ciudad de Concepción, Chile durante el año 2003 y el año 2007, se comparó la distribución por género, según el año del estudio, ambos años marcaron una diferencia significativa entre ambos sexos, registrando una distribución de 73% y un 71% en los años respectivos para usuarias mujeres, contra un 27% y 29% en hombres (Yates *et al*, 2009). Así mismo, un estudio realizado en Chile, el año 2000, en consultorios de atención primaria tanto en zonas urbanas y rurales, mostró que el consumo de

BZD es significativamente mayor en mujeres, alcanzando un 61% (Galleguillos *et al*, 2003). El estudio realizado en la población general de Santiago de Chile, mostró una mayor prevalencia de consumo de BZD en mujeres que en hombres (Fritsch *et al*, 2005). Otro estudio realizado en Chile, en los consultorios de atención primaria de la comuna de Valdivia, sobre pacientes adultos mayores usuarios crónicos de BZD, también se observa una predominancia del género femenino (Riquelme *et al*, 2008).

La distribución por género a nivel mundial también muestra una tendencia marcada del género femenino, estudios indican que el perfil del paciente usuario de ansiolíticos, son mayoritariamente mujeres y que el uso de BZD es dos veces más alto en mujeres que hombres (Duch *et al*, 1998; Busto, 2000). En nuestro estudio, la distribución de la población Valdiviana, usuaria de BZD, según el sexo del paciente, marca una notable tendencia al género femenino, siendo casi seis veces mayor en mujeres que en hombres.

Esta gran proporción de usuarias femeninas de BZD, se puede deber a que la mayor prevalencia de pacientes que padecen de cuadros de ansiedad, depresión e insomnio es el género femenino, ya que las mujeres tienen mayor probabilidad de desarrollar estas enfermedades, siendo la ansiedad generalizada dos veces más común en mujeres que en hombres. Los motivos que pueden explicar el predominio del sexo femenino en el uso de BZD, pueden ser varios, por ejemplo, en la población adulta femenina, en edad menopáusica, se presentan alteraciones hormonales, que afectan los estados de ánimo, por tanto, más susceptibles a padecer de trastornos emocionales, también el rol que cumplen a nivel social-familiar, dejándolas más susceptibles a desarrollar trastornos a nivel del sistema nervioso (Tyrer *et al*, 2006; Robinson *et al*, 2007; Riquelme, 2008).

### **5.1.2. Rango de edad del usuario de ansiolíticos.**

La distribución de los pacientes de terapia ansiolítica, según rango de edad, muestra que la mayor parte de la población encuestada, es decir 61 pacientes, pertenecen al rango de edad de 31-55 años, que corresponde al 42,7%. Seguido de 43 pacientes, que se encuentran en el rango de edad de 56-70 años, que corresponde al 30,1% de la población en estudio. El porcentaje más bajo

corresponde a 19 pacientes, del rango de edad de 71-95 años que equivale a un 13,3% de la población usuaria de ansiolíticos. Es importante destacar que 20 pacientes, pertenecen al rango de edad de 18-30 años, equivalente a un 14% de la población, ver tabla N° 2.

Este resultado muestra una proporción mayor en usuarios pertenecientes a la población adulta y adulta mayor hasta los 70 años aproximadamente, similar a la distribución de los usuarios de terapia ansiolítica según rango de edad de otros estudios realizados sobre el uso de BZD en Chile, donde la edad es una variable sociodemográfica, considerada al momento de analizar los resultados. El estudio sobre “la tendencia del uso de BZD en una muestra de consultantes de atención primaria”, muestra que el promedio de edad de los pacientes consultados corresponde a 47,8 años, en donde el rango con mayor frecuencia, se encontraba entre 46-60 años de edad, correspondiente a un 29%, seguido de 31-45 años de edad, con un 25,5% de la población (Galleguillos *et al*, 2003). Otro estudio realizado en farmacias privadas de la ciudad de Concepción, Chile durante los años 2003 y 2007, observó que los pacientes que más usan BZD, según distribución por rango de edad es entre los 40 a 60 años de edad, equivalente a un 29% y 39%, respectivamente (Yates *et al*, 2009). Así mismo, en un estudio realizado en la población general de Santiago de Chile, la tasa de consumo de BZD en la población adulta de 16 a 64 años, fue de 3,8% (Fritsch *et al*, 2005). En nuestro estudio, la distribución de usuarios ansiolíticos de la ciudad de Valdivia, según edad, correspondió mayormente a pacientes cuyo rango de edad fluctuaba entre 31-70 años, es decir, la población adulta es la población que más usa ansiolíticos, concordando con los demás estudios. Además, se observa un aumento de la población adulto joven, que se ha convertido en usuaria de ansiolíticos. A diferencia de los resultados obtenidos, en un centro de atención primaria de la ciudad de Ancud, el promedio de pacientes usuarios de BZD fue de 60,5 años (Olivera, 2009). En Brasil, la prevalencia del consumo de BZD corresponde al 8%, en la población adulta, mayor de 15 años, donde el grupo etario mayor de 65 años, representa el más alto nivel de consumo (Fritsch *et al*, 2005). En Europa el 42% de todos los usuarios de BZD mayores de 65 años, consume 2,9 veces más BZD que la población joven (Ten Wolde *et al*, 2008).

Por lo tanto, la distribución por rango etario de pacientes usuarios de ansiolíticos en Valdivia y diversos estudios realizados en Chile, coincide con la distribución a nivel mundial,



tanto en países de Latinoamérica y Europeos, en donde el uso de BZD tiene una alta tasa de prescripción, principalmente en usuarios que forman parte de la población adulta, adulta mayor o ancianos, según Busto, los pacientes usuarios de ansiolíticos, mayores de 60 años es dos veces más alto que en jóvenes (Busto, 2000).

En general, el consumo de BZD es más frecuente en la población adulta mayor de 65 años, la razón se puede relacionar con las múltiples patologías que pueden desarrollar, dentro de ellas, los trastornos del sueño, como el insomnio, afectan a gran parte de la población adulta mayor y generalmente, en este caso, el uso terapéutico de las BZD mayormente se debe a su acción hipnótica. En España, la prevalencia del uso de BZD como agentes hipnóticos, en la población mayor a 65 años alcanza un 26% y puede ser atribuible a la alta prevalencia de insomnio en la población adulta (Busto, 2000). Sin embargo en este estudio la población con mayor prescripción de BZD oscila entre 31 – 70 años, con una proporción mayor entre los 31 – 55 años, en donde el mayor uso terapéutico de las BZD se debe a su acción ansiolítica, lo que puede relacionarse con distintos factores sociales que afectan a la población adulta, como el estrés laboral, diversas presiones sociales o problemas familiares, que pueden desencadenar en cuadros de insomnio, depresión y aumento de trastornos de ansiedad, sobre todo en la población laboral. Los trastornos de estrés y ansiedad son frecuentes en las sociedades modernas, con una prevalencia estimada durante 12 meses de un 17% (Duch *et al*, 1998; Robinson *et al*, 2008).

### **5.1.3. Nivel educacional de los usuarios de ansiolíticos.**

Según la distribución de los pacientes de terapia ansiolítica de la ciudad de Valdivia, de acuerdo a su nivel educacional, 54 pacientes poseen estudios de enseñanza media completa, equivalente a un 37,8% de la población encuestada. Otros 43 pacientes, poseen educación superior completa, equivalente un 30,1% de la población encuestada y 17 pacientes poseen educación técnica completa, es decir un 11,9%. Sólo 18 pacientes poseen educación básica completa, que corresponde a un 12,6% de la población en estudio. Cabe destacar que 3 pacientes, poseen educación básica incompleta y otros 3 pacientes, poseen educación media incompleta, que corresponde al 2,1% de la población en estudio, respectivamente, ver tabla N° 3.

Con respecto al nivel educacional de los pacientes usuarios de terapia ansiolítica, se puede apreciar que el consumo de BZD es independiente del nivel educacional del paciente y transversal a todos los estratos sociales, afectando con mayor proporción a la población laboral. Un estudio realizado en la ciudad de Concepción, Chile a trabajadores de una empresa privada, evidenció que el 10% de los trabajadores encuestados tenía antecedentes de uso de BZD y los diagnósticos que originaron su prescripción fueron trastornos emocionales, tales como, trastorno depresivo, ansioso, insomnio y estrés (Salazar *et al*, 2008). Otro estudio evidencia, que las variables asociadas al consumo de BZD son mayormente la edad y el sexo, pero que ni la situación económica y civil se encuentran relacionadas con su uso (Busto, 2000). También un estudio realizado en Santiago a través de encuestas, donde dentro de las variables sociodemográficas, se les consultaba el nivel de educación, no arrojó ninguna significancia estadística con respecto al uso de BZD (Fritsch *et al*, 2005). Así mismo, nuestro estudio, no arroja ninguna significancia sobre el uso de BZD y el nivel educacional de sus usuarios, lo que coincide con los otros estudios, sobre el uso de BZD.

## **5.2. Identificación general del medicamento y tratamiento ansiolítico.**

### **5.2.1. Procedencia de la receta**

La distribución según procedencia de la receta de los pacientes de terapia ansiolítica, fue de 121 recetas del servicio particular, correspondiente a un 84,6% de la población y sólo 22 recetas provenientes del sector público, es decir un 15,4% de la población usuaria de ansiolíticos, ver tabla N° 4. Estos resultados, marcan una gran diferencia entre los usuarios de terapia ansiolítica que acuden a la farmacia comunitaria a solicitar la dispensación de BZD con recetas de procedencia particular y público. El resultado de nuestro estudio, puede estar condicionado, ya que por lo general, las recetas prescritas en el sector público son dispensadas en las mismas farmacias presentes en los diversos hospitales y consultorios públicos, distribuidos en la red asistencial de Valdivia. Es posible entonces, que los pacientes provenientes del sector público, presentes en este estudio, sean mayoritariamente atendidos en los centros de la red asistencial de salud, pero que al momento de acudir a la farmacia asistencial a solicitar el medicamento prescrito, éste no se encontraba disponible físicamente en ese momento o que el medicamento

prescrito no se encuentra dentro del arsenal terapéutico. En Valdivia, en los centro de salud de atención primaria y en sus farmacias sólo están disponibles para su dispensación, algunas BZD, tales como alprazolam, diazepam, clonazepam y clordiazepóxido, en su forma genérica (Riquelme, 2008). Por otro lado los usuarios con receta de procedencia particular, que corresponden a la mayoría, generalmente se atienden en clínicas y en consultas médicas particulares.

### 5.2.2. Medicamento ansiolítico prescrito

La distribución de las 143 recetas estudiadas, según los ansiolíticos con mayor frecuencia de prescripción, corresponden a clonazepam, con 79 prescripciones de BZD y de alprazolam con 39 prescripciones, correspondientes al 55,2% y al 27,3% de la distribución según el medicamento ansiolítico prescrito, respectivamente. Estos dos fármacos, constituyen el 82,5% de las prescripciones de BZD en la población encuestada, le sigue en una proporción muy baja, 7 prescripciones de bromazepam y clotiazepam, equivalente a un 4,9% del total de las recetas, respectivamente. Luego, el clordiazepóxido con 5 prescripciones, que corresponde al 3,5% de las recetas. Lorazepam con 3 prescripciones, corresponde a un 2,1%. Diazepam con 2 prescripciones lo que equivale a 1,4% de las recetas y con una prescripción de ketazolam que equivale al 0,7% de las recetas, ver tabla N°5.

El diazepam fue por muchos años la BZD más usada, quizás debido a que fue la segunda BZD que apareció en el mercado, luego del clordiazepóxido, siendo entre los años 1968-1987 el psicofármaco con más prescripciones en Estados Unidos y Europa. Esto se evidenció en diversos estudios que demuestran su gran uso en décadas pasadas y como también en los últimos años ha sido reemplazada por otras BZD como alprazolam y mayoritariamente por el clonazepam, ambas BZD de vida media intermedia, cuyo uso terapéutico se relaciona más con su acción ansiolítica. A diferencia del diazepam, que aunque también es eficaz como ansiolítico y anticonvulsivante, posee afinidad por los receptores  $\alpha_1$ , 2, 3, 5, por lo tanto no presenta selectividad para su efecto farmacológico ansiolítico. Por otro lado, al ser de vida media prolongada, produce un mayor riesgo de presentar reacciones adversas, como por ejemplo, causar sedación (Duch *et al*, 1998; Crawforth *et al*, 2003; García *et al*, 2004; Antich *et al*, 2008;

Licata *et al*, 2008). Un estudio en pacientes, usuarios de BZD, en centros de atención primaria de salud en Chile, mostró que durante el año 2000, la BZD más usada con un 56% de prescripciones era el diazepam, seguida con un 34% de las prescripciones por el alprazolam y más abajo con un 5% clonazepam (Galleguillos *et al*, 2003). Otro estudio hecho en la ciudad de Concepción, Chile el año 1988, evidenció que el diazepam era la BZD más utilizada, alcanzó un 21% de uso por sobre las demás BZD, seguido de lorazepam, clordiazepóxido entre otros. Si comparamos estos resultados, con otro estudio realizado en la misma ciudad de Concepción, durante los años 2003 y 2007, los resultados cambiaron considerablemente, ya que durante el año 2003, la BZD con mayor uso fue el alprazolam con un 42%, seguido de clonazepam con un 36%, mientras que durante el año 2007, los resultados fueron clonazepam 42% y alprazolam 34% y entre tanto el diazepam disminuyó considerablemente su uso a un 3% (Yates *et al*, 2009).

La evidencia presente en nuestro estudio y en diversos estudios realizados en Chile, con respecto al tipo de BZD más usada y la variación con respecto al tiempo, sigue la proporción de estudios extranjeros. Un estudio realizado en España, en farmacias comunitarias sobre el uso de psicofármacos, deja a las BZD dentro de los primeros lugares, en donde el alprazolam alcanza un 19,4% de uso, seguido de bromazepam y diazepam (Antich *et al*, 2008). Otro estudio realizado en España, durante los años 1995-2002, muestra el consumo de ansiolíticos e hipnóticos en la población española, en donde el mayor uso de BZD fue las de vida media intermedia, destacando el alprazolam, lorazepam y lormetazepam (García *et al*, 2004).

Los resultados obtenidos en nuestro estudio, donde el clonazepam y alprazolam presenta el mayor porcentaje de uso en los pacientes, no se asemejan a los resultados obtenidos, en un estudio realizado en la comuna de Valdivia durante los años 2001-2004, en establecimientos dependientes del ministerio de salud de Valdivia, donde el mayor porcentaje de uso de BZD correspondió a clordiazepóxido y diazepam. Esto, puede deberse a que, recién el año 2004 se incorporó en el arsenal terapéutico de las redes asistenciales, el clonazepam y además tiene un uso restringido.

El aumento del uso de las BZD ansiolíticas, de vida media menor o intermedia, en desmedro del diazepam, se puede deber, entre otras cosas, a querer fomentar el uso racional de

los medicamentos ansiolíticos, considerando que las BZD más adecuadas para su uso terapéutico como ansiolíticas, son las BZD de vida media intermedia. Sobre todo, en el caso del paciente adulto mayor, donde la edad afecta en gran medida la vida media del medicamento, se debe evitar el uso de diazepam, ya que al ser una BZD de vida media prolongada, que fluctúa entre las 20-80 horas, puede producir una tendencia a la acumulación con dosis diarias, lo que se acentúa más, en estos pacientes, ya que pueden también tener disminuido la función renal y hepática. Además, por el efecto de la somnolencia, puede aumentar el riesgo de sufrir caídas y fracturas de caderas (Duch *et al*, 1998; O'Brien, 2005).

Por otro lado, la indicación específica del alprazolam, es para tratamientos de ansiedad generalizada y crisis de pánico, ya que posee ciertas características farmacocinéticas que la favorecen. Como el ser una BZD de rápido inicio de acción, que la hace eficaz para controlar estados de angustia, además tiene la ventaja de no presentar metabolitos activos. Algunas de sus desventajas, son por ejemplo, tener una vida media intermedia, que fluctúa entre las de 9-15 horas, produce recurrencia de los síntomas entre las tomas diurnas con períodos cada vez más cortos de eficacia y rebote sintomático matutino. Esto produce ciertos inconvenientes en el paciente, además de aumentar el riesgo de potencial de abuso (O'Brien, 2005). Otra característica importante del alprazolam, es que se asocia con actividad antidepressiva, por lo que se utilizaría en pacientes que presentan trastornos mixtos de depresión-ansiedad (García *et al*, 2004). El clonazepam, eficaz anticonvulsivante, también presenta efecto ansiolítico, por eso a principios de los años 1990 comenzó a utilizarse para el tratamiento de la ansiedad. A diferencia del alprazolam, es de inicio de acción más lento, con una vida media que fluctúa entre las 18-50 hrs., por lo que se creía no presentaría los mismos inconvenientes y además con la ventaja, de que administrando dosis menores, se obtiene el mismo efecto ansiolítico. Sin embargo, en la actualidad, no hay evidencia clínica, que demuestre que el clonazepam y alprazolam, presenten mayor seguridad y eficacia, que el diazepam, ya que todas las BZD presentan riesgo de dependencia y abuso, durante un tiempo de uso prolongado (Tesar *et al*, 1991; Duch *et al*, 1998; Díaz *et al*, 2008; Vicens *et al*, 2008).

### 5.2.3. Identificación del diagnóstico asociado a la prescripción de ansiolíticos.

Con respecto a la patología por la cual se prescribió el medicamento ansiolítico, el diagnóstico más asociado correspondió a trastornos ansiosos, equivalente a un 55,3% de los pacientes. El tipo de ansiedad que se presentó con mayor frecuencia, fue la ansiedad generalizada, con 58 pacientes, lo cual representa un 40,6% de la población estudiada. Seguida de 14 pacientes con crisis de pánico, que correspondió a un 9,8% de la población, sólo 5 pacientes presentaban estrés post-traumático, equivalente a un 3,5% de la población en estudio. Mientras que, en el caso de fobias específicas y trastorno obsesivo compulsivo, sólo se identificó un paciente para cada patología, que corresponde a un 0,7% de la población, respectivamente.

Cabe destacar que 56 pacientes, usuarios de BZD, pertenecen a la categoría de “OTRA” patología equivalente a un 39,2% de la población en estudio y que 8 pacientes afirman no saber la patología por la cual se les prescribió el ansiolítico, lo que corresponde a un 5,6% de la población estudiada, ver tabla N° 6.

El motivo “OTRA” se refiere a otra patología, distinta a los diferentes tipos de ansiedad, por la cual fue prescrito el medicamento ansiolítico, dentro de estos 56 pacientes, la patología más común, con 26 prescripciones fue la depresión equivalente a un 18,2%, de la población encuestada, seguido de 20 pacientes que presentaban insomnio, lo que equivale a un 14 % de la población estudiada.

Los diagnósticos asociados al uso de BZD fueron trastornos de ansiedad, depresión e insomnio, en una mayor proporción. Asemejándose nuestros resultados a distintos estudios que marcan estos trastornos emocionales como los más prevalentes asociados al uso de BZD. Un estudio realizado en Santiago, sobre el uso de BZD, muestra que el diagnóstico más común asociado a su uso corresponde a trastornos ansiosos con un 33,53% (Fritsch *et al*, 2005). Un estudio realizado en Chile, en una muestra de atención primaria, sobre el uso de BZD, la variable diagnóstico mostró que el 30% de las prescripciones, era por insomnio, el 27% por trastorno ansioso y el 29% correspondían a depresión (Galleguillos *et al*, 2003).

Como sabemos los problemas de salud mental, como la ansiedad, depresión e insomnio, tienen una alta prevalencia a nivel mundial y por tanto influyen en una mayor prescripción de BZD (Duch *et al*, 1998; Antich *et al*, 2008; Robinson *et al*, 2008; Olivera, 2009). La prescripción de BZD debe siempre buscar que el paciente tenga un uso racional del medicamento ansiolítico, por tanto se debe prescribir el ansiolítico adecuado para cada diagnóstico en particular.

En nuestro estudio, algunos usuarios evidenciaban presentar ansiedad en comorbilidad con depresión o insomnio, acentuándose el caso de presentar ansiedad junto con depresión, en donde la mayoría de los casos la terapia farmacológica incluye agentes ansiolítico y antidepresivos. La comorbilidad de estos trastornos emocionales es bastante común en estos pacientes, generalmente se da el caso de una trastorno mixto ansiedad-depresión (Olivera, 2009). Estudios epidemiológicos en Europa, demuestran que la ansiedad y depresión mixtas son trastornos emocionales comunes y cuya prevalencia va en aumento. Existen estudios que sugieren que la ansiedad y la depresión mayor podrían tener una base genética común (Tyrer *et al*, 2006).

#### **5.2.4. Identificación de los distintos grupos terapéuticos usados por los pacientes en tratamiento con ansiolíticos.**

De los 143 pacientes encuestados, 103 están en tratamiento farmacológico con otro tipo de medicamentos, es decir un 72% de la población usuaria de ansiolíticos, se encuentra en tratamiento concomitante con BZD y otros medicamentos pertenecientes a distintos grupos terapéuticos. Por otro lado, 40 pacientes de terapia ansiolítica, dicen no consumir ningún otro tipo de medicamento, es decir un 28%, de la población encuestada, ver tabla N° 7.

Al identificar los distintos grupos terapéuticos usados por los pacientes en tratamiento con BZD, observamos que los medicamentos antidepresivos ocupan el primer lugar, con 31 pacientes que se encuentran en tratamiento antidepresivo, correspondiente al 30,1% de la población. En segundo lugar se encuentran los medicamentos antihipertensivos, con 30 pacientes en tratamiento, lo que corresponde a un 29,1% de la población. Algunos otros grupos terapéuticos destacados, como por ejemplo, los AINES, son utilizados por 9 pacientes, es decir un 8,7% de la población, también se encuentran medicamentos hormonotépicos y calciotépicos, cada uno de

ellos con una frecuencia de 8 y 7 pacientes es decir el 7,8% y 6,8%, respectivamente. Otros medicamentos utilizados por los pacientes en estudio son hipoglicemiantes, antiulcerosos, hipolipemiantes, anticonvulsivantes, diuréticos, antiepilépticos, entre otros, ver tabla N° 8.

Nuestros resultados, muestran que los medicamentos antidepresivos, son los más usados por los pacientes en estudio, en concomitancia con el tratamiento de BZD. Esto evidencia la estrecha relación entre el diagnóstico de un trastorno emocional y la prescripción de psicofármacos, como parte de su tratamiento farmacológico. Los medicamentos antidepresivos, utilizados por el 30,1% de los pacientes en estudio, se relacionan, con otro de nuestros resultados, en el cual se identificó las distintas patologías que presentaban los pacientes en estudio, en donde el 33% de los casos, correspondía a depresión, ver tabla N° 11. Además, se presentaron 8 pacientes con un trastorno emocional mixto de depresión-ansiedad, como ya mencionamos, uno de los trastornos emocionales más comunes son la depresión y la ansiedad, muchas veces presentándose en comorbilidad. Nuestros resultados, son similares a un estudio realizado en la ciudad de Valdivia, en las distintas redes asistenciales, en donde el 27,3% de la población en estudio, se encontraba en terapia concomitante de BZD y otro psicofármaco, donde la asociación más frecuente era con antidepresivos (Riquelme *et al*, 2008).

Diversos estudios, muestran que hay un gran aumento en el uso de psicofármacos en general, en donde los ansiolíticos y antidepresivos ocupan los primeros lugares de uso, estos datos se pueden observar tanto en Chile como a nivel mundial. En Chile, el uso de psicofármacos antidepresivos, ha ido en aumento, sobre todo desde el año 2000, donde aumentó la cantidad de antidepresivos que se entregan a los pacientes de las redes asistenciales. También se debe considerar, que desde el año 2006, la depresión fue incluida en las Garantías Explícitas en Salud (GES) y en los arsenales de las canastas obligatorias para tratar los trastornos depresivos (García *et al*, 2004; Vicens *et al*, 2008; Ulloa, 2009).

El estudio realizado en Chile, sobre “las importaciones y autorizaciones para el uso y disposición de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) durante el período 2003-2007, en Chile”, muestra un aumento gradual, por cada año, sobre las autorizaciones de medicamentos antidepresivos ISRS, realizadas por el ISP. Según los registros durante el período



2003-2007, la cantidad total de ISRS autorizados alcanzó la suma de 26.912 kilos netos. Durante el año 2003, se autorizaron 3.242 kilos netos, lo que aumentó a 7.339 kilos netos durante el año 2007. Durante el período en que se realizó el estudio, se produjo un aumento del 26% de las cantidades en kilos netos de ISRS autorizados, estos resultados evidencian un aumento del uso de antidepresivos por parte de la población Chilena (Ulloa, 2009).

En España, un estudio realizado sobre el uso de psicofármacos, desde farmacias comunitarias, mostró que de los pacientes incluidos en el estudio, un 60% solicitaba BZD y que el 40% restante correspondió a la solicitud de antidepresivos, un incremento en la prescripción de psicofármacos, en especial de ansiolíticos y antidepresivos, (Antich *et al*, 2008). El aumento progresivo del uso de psicofármacos ha sido causa de estudio en diversos países, considerándolo como un problema a nivel mundial, ocupan el tercer lugar de fármacos comercializados en el mundo, destacándose los antidepresivos y ansiolíticos (Fridman *et al*, 2002). Nuestro estudio, también muestra que, gran parte de los usuarios de terapia ansiolítica, se encontraban en tratamiento con antidepresivos.

Junto a lo señalado anteriormente, nuestros resultados concuerdan con los datos epidemiológicos de diversos estudios, en donde se indica que la ansiedad y depresión se pueden presentar en comorbilidad. Por lo tanto, es común, que los usuarios de ansiolíticos, se encuentren en una terapia psicofarmacológica, con BZD en concomitancia con medicamentos antidepresivos.

Por otro lado, el segundo lugar, de medicamentos más usados por los pacientes del estudio, fueron los antihipertensivos. El uso de fármacos antihipertensivos es común en la población adulta y sobre todo adulto mayor, que generalmente presenta enfermedades de tipo crónicas, como lo son la hipertensión, diabetes, dislipidemias, entre otras. Es por eso, que en la población adulta, es común que el paciente, tenga una politerapia farmacológica, con fármacos que corresponden a distintos grupos terapéuticos (Riquelme, 2008).

### 5.2.5. Conocimiento del paciente sobre su patología

En cuanto al conocimiento sobre la patología por la cual se prescribió el medicamento ansiolítico, de los 143 pacientes en estudio, 86 pacientes encuestados manifiestan tener conocimiento sobre su patología, es decir el 60,1% de la población estudiada, mientras que 57 pacientes reconocen no tener ningún tipo de conocimiento sobre su patología, lo que corresponde a un 40%, ver tabla N° 9.

En cuanto a los usuarios que afirman tener conocimiento sobre su patología, al ser consultados sobre qué sabían de su patología, la mayoría lo asociaba a cuadros de estrés debido a problemas familiares, sucesos que acontecieron y desencadenaron el cuadro ansioso, como por ejemplo accidentes, pérdida de algún ser querido y algunos otros traumas, que desencadenaron en un trastorno emocional. También destacaban el estrés producido por el exceso de trabajo y las exigencias laborales, lo que no está lejos de la razón causal de este tipo de trastornos que afectan el sistema nervioso y que está evidenciado en algunas investigaciones. El estudio realizado en una empresa privada de Concepción, evidencia que la jornada laboral extensa es un factor frecuente y que influye en el deterioro de la salud mental y física (Salazar *et al*, 2008). En Chile, según un estudio realizado por la Universidad Alfonso Ibáñez, se observó que uno de cada cuatro chilenos sufre de estrés, principal factor desencadenante de cuadros ansiosos que alteran la salud mental y física (Yates *et al*, 2009).

Los pacientes que no tienen conocimiento sobre su patología al momento de solicitar la dispensación de BZD, dejan en manifiesto la importancia del rol que debiera cumplir el farmacéutico comunitario como educador de la salud. El suministro de medicamentos a la comunidad, se realiza tanto en farmacias privadas como asistenciales, por tanto la responsabilidad de una correcta dispensación recae en los farmacéuticos; y está correcta dispensación debe ir acompañada de educación al paciente. Si bien es cierto, el despacho de medicamentos, como las BZD, se rige bajo el control de psicotrópicos y estupefacientes, el cual debe ser bajo la supervisión del profesional químico farmacéutico, lamentablemente muchas veces no pasa más allá del control establecido por el código sanitario, sin mayor intervención farmacéutica. Es importante entonces, fomentar la intervención farmacéutica en farmacias

comunitarias, ya que los farmacéuticos, poseen la formación académica necesaria para aportar con sus conocimientos, a la salud de la población y generar así un paciente satisfecho, que reconozca la función e importancia que cumple el farmacéutico comunitario (Wiedenmayer *et al*, 2006; Basak *et al*, 2009).

Se debe considerar, que no todos los usuarios que acuden a las farmacias comunitarias, pertenecen al mismo estrato socioeconómico, por ende la disponibilidad de que acudan a un especialista o consulta privada, se ve limitada y en la farmacia se presenta la oportunidad para que reciban una correcta atención de salud. Sin embargo, muchas veces, sólo se realiza el ejercicio de dispensar el medicamento, sin mayor intervención farmacéutica (Basak *et al*, 2009). El farmacéutico en la farmacia comunitaria, debe cumplir con su rol de educador y colaborador de la atención de salud pública y privada, no sólo como un dispensador de medicamentos, de esta forma la labor del farmacéutico será reconocida por los demás profesionales de la salud y valorada también como una profesión del área de la salud, que dentro de sus responsabilidades, está la labor de asegurar el uso correcto de los medicamentos por parte de la población.

#### **5.2.6. Identificación de las distintas patologías presentes en los pacientes usuarios de ansiolíticos**

De los 143 pacientes encuestados, 103 presentan más de una patología, lo que corresponde a un 72% de la población en estudio, mientras que 40 pacientes afirman no presentar otra patología, es decir un 28% de la población en estudio, ver tabla N° 10.

De las distintas patologías que afirman presentar los pacientes, la depresión e hipertensión ocupan el mayor porcentaje, con 34 pacientes, cada patología, es decir el 33% respectivamente, seguido de insomnio con 27 usuarios, es decir un 26,2%. Algunas de las patologías nombradas por los usuarios fueron, hipotiroidismo, diabetes, dislipidemias, arritmias, osteoporosis, ICC, IR, artrosis degenerativa, entre otras, ver tabla N°11.

Las patologías más comunes de los pacientes en estudio, fueron los trastornos emocionales como, depresión e insomnio y enfermedades del tipo crónicas, siendo la

hipertensión, la enfermedad más recurrente. Las patologías más asociadas a los pacientes, concuerdan con nuestros resultados anteriores, en donde identificamos los distintos grupos terapéuticos que utilizan los pacientes. Destacándose los medicamentos antidepresivos, ocupando el primer lugar, con un 30,1% de los pacientes en tratamiento, seguido de los medicamentos antihipertensivos, con un 29,1 % de los pacientes, ver tabla N° 8. Es decir, son resultados razonables y esperados, al saber que la mayoría de los pacientes de nuestro estudio, padecen de algún trastorno emocional y por ende se espera que se encuentren en tratamiento con psicofármacos como ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos, como lo evidencian nuestros resultados.

El insomnio, afecta a un 26,2% de la población en nuestro estudio, alcanzando el tercer lugar dentro de las patologías más recurrentes. A nivel mundial, el insomnio es uno de los trastornos más frecuentes, con mayor prevalencia en mujeres y en la población adulto mayor. Generalmente su tratamiento farmacológico va acompañado de BZD con efecto hipnótico o hipnóticos no benzodiazepínicos. Si la opción, es tratar el insomnio con BZD, se recomienda que el tratamiento sea dentro de un máximo de 10 a 14 días. Sus causas pueden ser múltiples y puede presentarse como un insomnio primario ó como parte de la sintomatología de otra enfermedad, también conocido como insomnio secundario. Las alteraciones psiquiátricas, son una de las causas más frecuente de insomnio crónico, relacionado estrechamente con depresión y/o ansiedad (Díaz *et al*, 2008; Ten Wolde *et al*, 2008). En nuestro estudio, la mayoría de los casos de pacientes con insomnio, también padecía de algún diagnóstico de ansiedad o depresión.

La presencia de enfermedades crónicas, en especial hipertensión, se puede relacionar, con que la mayoría de los pacientes son adulto mayor, por tanto es común la presencia de comorbilidad de distintas patologías, acompañado de tratamiento farmacológico permanente. Al igual, que un estudio realizado en Valdivia, sobre el uso crónico de BZD en el adulto mayor, las enfermedades crónicas asociadas a los pacientes en ese estudio, indicaban que el 94,8% de los casos presentaban hipertensión, por ende mantenían una terapia concomitante de BZD y medicamentos hipertensivos (Riquelme *et al*, 2008).

Las patologías más recurrentes, que presentaron los pacientes de nuestro estudio, también concuerdan, con otros estudios y datos epidemiológicos, en donde los distintos trastornos emocionales, que presentan los pacientes, como la ansiedad, depresión e insomnio son las alteraciones emocionales más comunes y muchas veces en comorbilidad entre ellas. En Chile, las enfermedades más prevalentes son las crónicas, el cáncer, los accidentes automovilísticos y los problemas de salud mental (Tyres *et al*, 2006; Ulloa, 2009).

Dentro de las patologías que afectan el sistema nervioso central, además de la depresión e insomnio, se encuentran algunos casos de pacientes que padecen algún trastorno a nivel del sistema nervioso, la cual es el motivo de la prescripción del medicamento ansiolítico, tanto por su efecto principal ansiolítico, como también otros efectos terapéuticos como anticonvulsivante, hipnótico y miorrelajante, estas enfermedades corresponden a brucismo, alzheimer, esquizofrenia, síndrome de prader-willi, trastorno bipolar, trastorno psicomotor y también para tratar la adicción al alcohol.

#### **5.2.7. Conocimiento del paciente sobre el medicamento y la terapia ansiolítica**

De los 143 pacientes encuestados, 122 pacientes, dicen conocer el medicamento prescrito, es decir un 85,3% de la población estudiada. En comparación, con 21 pacientes, que reconocen no tener conocimiento sobre el medicamento ansiolítico prescrito, es decir un 14,7% de la población en estudio, ver tabla N° 12.

A los 122 pacientes, que decían conocer el medicamento ansiolítico, se les hizo preguntas generales sobre el uso de BZD y su tratamiento. Como por ejemplo, se les preguntó, si conocían el efecto terapéutico del medicamento ansiolítico, en donde 63 pacientes respondieron correctamente, es decir un 51,6%. Con respecto a la dosis prescrita por el médico, 58 pacientes, dicen conocer la dosis del medicamento, es decir un 47,5%. La duración de su tratamiento farmacológico con BZD, era manejado por 83 pacientes, es decir 68% de los usuarios estudiados. El nombre del medicamento (comercial o genérico), fue nombrado por 65 pacientes, es decir 53,3% de la población. Mientras que la posología, la manejan 113 pacientes, es decir un 92,6%.

La identificación o conocimiento sobre los distintos tipos de RAM producidos por las BZD, solo fue mencionada por 11 pacientes, es decir un 9% de la población en estudio, ver tabla N° 13.

Los resultados obtenidos, en gran medida se relacionan con el tiempo de uso del medicamento ansiolítico por parte del paciente, donde la mayoría lleva meses o años de tratamiento con BZD, por tanto es razonable que tengan ciertos conocimiento sobre el medicamento, manejen su posología, dosis diaria y también identifiquen sus efectos terapéuticos. Por otro lado, el 14,7 % de los usuarios encuestados, no conocen el medicamento, en su mayoría la razón era que lo usarían por primera vez y algunos otros motivos. Por ejemplo, que lo identificaban como un relajante o tranquilizante, sin tener claras la dosis ni tampoco identificando el nombre del medicamento, entre otras razones.

Este resultado, nos manifiesta que siempre es importante la intervención farmacéutica, durante la dispensación de medicamentos, sobre todos de aquellos con riesgo de causar dependencia y abuso, como es el caso de las BZD. Se aconseja que se realice un abordaje temprano, por parte de los profesionales de la salud, sobre los riesgos del uso de BZD en pacientes recién prescritos, lo cual evitaría estos riesgos. La educación al paciente por parte del médico y la intervención farmacéutica, por parte del farmacéutico comunitario, juegan un papel importante en el cambio de actitud del paciente con respecto a su terapia farmacológica y podría disminuir el uso de BZD (Vicens *et al*, 2008; Braund *et al*, 2010).

Un estudio realizado en Europa, en la Universidad de Leiden, Holanda, sobre ciertos determinantes psicológicos que influyen en la educación al paciente sobre el uso de BZD, por parte del médico y el farmacéutico comunitario, indicaron que al momento de prescribir la BZD, la educación al paciente, sobre su uso y desventajas, fue realizada por un 91% de los médicos. En cambio, sólo un 47 % de los farmacéuticos comunitarios, educa al paciente al momento de dispensar por primera vez la BZD. También, se les consultó, sobre la intención de educar al paciente recién prescrito y al paciente que acude a la farmacia a renovar su receta. Los resultados obtenidos indicaron que, el médico tiene una disposición a educar al paciente, en un 95,5% de los casos. En comparación con el farmacéutico que mostró una intención de educar al paciente en un 72,1%. Se plantean algunas explicaciones para estos resultados, como por ejemplo, que los

médicos se sienten más capaces para educar a sus pacientes que los farmacéuticos, debido a que mantienen un contacto más personal con el paciente. Otro estudio, realizado en Nueva Zelanda, sobre los tipos de intervenciones farmacéuticas, realizadas en farmacias comunitarias, evidenció que la mayor parte de ellas, era sobre trámites burocráticos y administrativos, también se observó que la atención farmacéutica, se ve limitada por falta de tiempo y recursos. La falta de experiencia, sobre intervenciones farmacéuticas, relacionadas con el área clínica, es una limitante al momento de educar al paciente sobre el correcto uso de medicamentos. Sin embargo, sabemos que la atención farmacéutica es fundamental para el paciente y la salud de la población, ya que una correcta dispensación del medicamento, por parte del farmacéutico, ayuda a la calidad, seguridad y eficacia en el tratamiento de los medicamentos dispensados (Ten Wolde *et al*, 2008; Braund *et al*, 2010). Es por eso, que urge la necesidad de desarrollar y generar recursos, para explotar aún más, la atención farmacéutica relacionada con la clínica. Ya que, al igual que el área relacionada con la tecnología farmacéutica, el farmacéutico comunitario, también es parte fundamental de la profesión farmacéutica.

### **5.2.8. Tiempo de uso del medicamento ansiolítico**

Al consultar si el ansiolítico era usado por primera vez, 104 pacientes reconocen que no era primera vez que utilizaban el medicamento, es decir un 72,7% de la población en estudio. En comparación con 39 pacientes que reconocen usar BZD por primera vez, que corresponde al 27,3%, de los pacientes estudiados, ver tabla N° 14.

De los 104 pacientes, que ya habían utilizado el medicamento ansiolítico, se les consultó el tiempo que llevaban en tratamiento farmacológico con BZD. El mayor rango de tiempo, fue de 1–5 años de uso de BZD, con 47 pacientes, que representan un 45,2%. Seguido de 24 pacientes, que se encuentran usando BZD entre 1-3 meses, es decir 23,1% de la población es estudio. Se encontraban, con tratamiento de BZD, entre 4-7 meses de duración, 14 pacientes, es decir un 13,5%. Es importante mencionar que 12 pacientes se encuentran usando el medicamento por más de 6 años correspondiendo al 11,5%, ver tabla N° 15.

El mayor tiempo de uso de BZD, corresponde a pacientes que llevan entre 1-5 años en tratamiento. Obviando los casos aislados, de pacientes que son consumidores crónicos de BZD, debido a trastornos a nivel del sistema nervioso central, tales como trastorno psicomotor, epilepsia, alzheimer e insomnio en pacientes mayores de 65 años. El tratamiento prolongado, de los pacientes de nuestro estudio, no coincide con la evidencia bibliográfica sobre estudios del uso racional de BZD, en el tratamiento de ansiedad e insomnio. La eficacia de las BZD, su inicio de acción rápido, y seguridad terapéutica está evidenciada con un uso a corto plazo. El uso de BZD, es un tema de gran discusión, en términos de la seguridad y eficacia, que puede proporcionar un tratamiento con BZD a largo plazo. Muchos estudios han demostrado, que el tiempo de uso, pasa a ser un factor de riesgo para desarrollar dependencia, abuso y tolerancia. Además, de aumentar el riesgo de sufrir accidentes automovilísticos y una mayor probabilidad de sufrir fracturas de caderas, sobre todo en la población adulto mayor, como también el deterioro de las capacidades cognitivas (Licata *et al*, 2008; Vicens *et al*, 2008). Ya, desde la década de 1980, muchos psiquiatras comenzaron a cuestionarse los beneficios que presentaba el uso de las BZD, versus los riesgos de su uso. Muchos concluyeron, que era mayor el riesgo, que el beneficio, debido a la dependencia desarrollada por algunos pacientes, con el uso a largo plazo, lo que superaba con creces los beneficios de ser un potente ansiolítico y que sólo se aseguraba su utilidad con un tratamiento a corto plazo (O'Brien, 2005).

Los pacientes, que llevan años de tratamiento con BZD, probablemente ya han desarrollado dependencia farmacológica al medicamento, ya que el riesgo de dependencia, aumenta cuanto mayor es la duración del tratamiento y se cree que a partir del tercer mes de tratamiento, el paciente puede presentar dependencia. La dependencia farmacológica al medicamento, la podemos definir como una adaptación fisiológica natural, como consecuencia de la utilización continua de fármacos que actúan a nivel del sistema nervioso central. Esta adaptación es la base biológica para la tolerancia farmacológica y la aparición de síntomas de abstinencia al suspender bruscamente el consumo de BZD (O'Brien, 2005; Vicens *et al*, 2008). Por tanto, se genera una cadena, que se inicia con un tratamiento prolongado de BZD, fomentando su uso y prescripción irracional, que conlleva a generar dependencia farmacológica del medicamento y por ende a un abuso en el uso de BZD, por parte del paciente.



En Chile, existe una guía sobre la prescripción y uso racional de BZD, donde se advierte de los riesgos y desventajas que produce el uso de BZD, tanto a corto como a largo plazo, creado por el Ministerio de Salud de Chile, en el año 1994. El uso a corto plazo de BZD, tiene el riesgo de producir somnolencia, alteración de las funciones psicomotoras, que pueden afectar sobre todo al paciente adulto mayor, con riesgo de sufrir fracturas de caderas y caídas, como también alteración de la memoria. A largo plazo, el uso de BZD, tiene mayores riesgos, que se pueden agrupar en: Alteraciones cognitivas, como: 1)- alteraciones visuoespaciales 2)- alteración en la mantención de la atención 3)- alteración de la memoria. También, presenta riesgo de abuso en pacientes con historial de abuso de otras sustancias y riesgo de desarrollar dependencia, como también depresión. Otros riesgo, asociados al uso continuo de BZD, es el uso durante el embarazo, ya que puede producir síntomas de privación en neonatos, también puede causar hipersensibilidad al fármaco y alteraciones paradójales.

Por otro lado, la prescripción de BZD, para tratar la ansiedad y depresión, siempre se recomienda debe ser por un período corto de tiempo, no más de 6 meses de tratamiento, con un ideal de sólo 3 semanas de tratamiento. Educando al paciente y advirtiéndolo, que el uso de BZD ayudara a disminuir los síntomas, pero no a tratar la enfermedad. El tratamiento del insomnio con BZD, sólo se debe tratar, cuando la causa del insomnio fue desencadenada por algún trastorno emocional, como depresión o ansiedad, siendo las BZD de vida media corta, las de elección. Se recomienda un tratamiento, por un período corto que no supere los 14 días, a pesar de esto se evidencian estudios en que el 3% de la población utiliza las BZD de forma crónica (Díaz *et al*, 2008; Ten Wolde *et al*, 2008; Olivera, 2009). Un estudio realizado en España, sobre el uso de psicofármacos, mostró que más de la mitad de los tratamientos de ansiedad e insomnio crónico, eran superiores a un año, por lo tanto no se cumplía con las recomendaciones farmacológicas sobre el uso de BZD (Antich *et al*, 2008)

Es importante, una vez más, la educación del paciente sobre el correcto uso de BZD y su seguimiento farmacoterapéutico. Los pacientes con un uso prolongado por meses y años de BZD, deben ser sometidos a una deshabitación del uso de BZD, tarea que debe ser en conjunto con su médico de cabecera y el farmacéutico comunitario (Vicens *et al*, 2008).

### 5.2.9. Reconoce mejora con la terapia ansiolítica

Con respecto al éxito de la terapia ansiolítica, de los 143 pacientes encuestados, 101 reconocen una mejoría o un efecto positivo desde la toma del medicamento, es decir un 97,1% de los pacientes. Tan sólo, 3 pacientes, indican no evidenciar mejora, en su tratamiento, es decir 2,9% encuestados, ver tabla N° 16.

Estos resultados, pueden tener relación, con el efecto terapéutico de las BZD, ya que calma la sintomatología de la ansiedad y permite conciliar el sueño en el caso de insomnio, pero muchas veces enmascara el problema de base, es decir, el paciente se siente mejor y lo atribuye al consumo de BZD, lo que conlleva a su uso prolongado y como consecuencia a la dependencia a las BZD, sin llevar un tratamiento correcto. Sin embargo, resulta paradójico, el hecho, de que la mayoría de los pacientes de nuestro estudio, a pesar de llevar años de tratamiento con BZD, tiempo en el cual, las RAM se evidencian aún más y podrían alterar la calidad de vida del paciente. El 97,1% de los pacientes, afirman sentirse bien desde que está en tratamiento ó afirman tener un efecto positivo al tomar el medicamento, a pesar de que el 59,6 % de los pacientes, dicen presentar algún tipo de RAM, ver tabla N°17. Quizás, se puede tomar, como una evidencia, de la dependencia farmacológica, que produce el uso prolongado de BZD, sobre todo, considerando que luego de 3 meses de tratamiento, ya es posible desarrollar dependencia farmacológica. El paciente, generalmente no advierte el riesgo en el uso de BZD, ya a que al ser un medicamento, que necesita de prescripción médica para su uso y es de venta controlada, bajo receta retenida, la dependencia se desarrolla durante el tratamiento e indicación, hecha por el medico tratante, por lo tanto, el paciente se siente seguro de su tratamiento, lo asume como una decisión facultativa y no percibirán la necesidad de deshabituarse. Además, muchos se autodefinieron como dependientes a las BZD, motivo causal de la sensación de bienestar que siente el paciente, que muchas veces podría confundirse con el síndrome de abstinencia. Luego de un tiempo, la BZD, se prescribe no para tratar la ansiedad o insomnio, sino para evitar la aparición de los síntomas de abstinencia (Vicens *et al*, 2008; Olivera, 2009).

Nuestros resultados, muestran que generalmente, el paciente no recibe una atención de salud adecuada, ya que no existe intervención del médico y farmacéutico, que adviertan del riesgo de las BZD, como tampoco que motiven la retirada de las BZD.

#### **5.2.10. Reacciones adversas a las benzodiazepinas**

Las RAM, pueden aparecer durante el uso de BZD, tanto en un período corto o a largo plazo. De los 104 pacientes, que han utilizado BZD más de una vez, la sospecha de presentar algún tipo de RAM, fue señalada por 62 pacientes, que describen presentar alguna RAM, es decir un 59,6% de los usuarios en estudio. Mientras que 42 pacientes, que han utilizado BZD más de una vez, no señalaban presentar ningún tipo de RAM, detectable con el instrumento utilizado, que corresponde a un 40,4% de la población en estudio, ver tabla N° 17.

Dentro de los distintos tipos de RAM que produce el uso de BZD, se encuentran las más comunes como sedación, somnolencia, dependencia, alteraciones psicomotoras y cognitivas, tolerancia, reacciones paradójicas, entre otras. La RAM más común reportada por los pacientes del estudio, fue la dependencia a BZD, con una frecuencia de 36 pacientes que señalaron padecer de dependencia al medicamento, es decir un 58,1%. Seguido de somnolencia que fue señalada por 16 pacientes, con un 25,8% y, de alteraciones psicomotoras y cognitivas con 15 pacientes, es decir un 24,2% de los pacientes en estudio. La sedación, presentó una frecuencia de sólo 9 pacientes, que la reportaron, es decir un 14,5% de los encuestados. Las reacciones paradójicas y la tolerancia, tuvieron una frecuencia de sólo 6 pacientes, es decir un 9,7% respectivamente. Otros 4 pacientes señalaron presentar otro tipo de RAM, ver tabla N° 18.

Si analizamos, la relación entre el tiempo de uso de BZD y la aparición de RAM, de nuestros pacientes en estudio, podemos ver que existe una estrecha relación, entre el uso prolongado y la aparición de RAM. Se observó, que 29 pacientes, que llevaban entre 1-5 años de uso de BZD, describieron algún tipo de RAM, es decir 46,8% de la población en estudio. Luego, 12 pacientes, que se encontraban en tratamiento, durante 1-3 meses, describieron algún tipo de RAM, es decir 19,4% de la población estudiada. Seguido de, 10 pacientes que llevan más de 6 años en tratamiento con BZD y que señalaron presentar algún tipo de RAM, es decir 16,1% de la

población. Por otro lado, 7 pacientes, que llevaban 4-7 meses de tratamiento con BZD señalaron presentar RAM, es decir un 11,3 %, de la población y sólo 4 pacientes, de 8-12 meses de tratamiento, señalaron algún tipo de RAM, es decir 6,5%, ver tabla N° 19. Nuestros resultados concuerdan con diversos estudios y análisis sobre el uso de BZD, donde se afirma que el uso de BZD es beneficioso a corto plazo, cuando no superan más de 3 meses de tratamiento y que los riesgos superan los beneficios con un uso prolongado (Ten Wolde *et al*, 2008; Vicens *et al*, 2008; Olivera, 2009).

A pesar, de los distintos estudios que tratan sobre el riesgo de un uso a largo plazo y de las evidencias que existen sobre el desarrollo de tolerancia al medicamento, con un uso prolongado, siendo útiles como ansiolíticas, sólo con un uso a corto plazo, el 3% de los consumidores de BZD, pasan a ser crónicos. Si analizamos, el tiempo de uso de BZD, de los pacientes en estudio, con respecto a los que señalan o autoreferían presentar dependencia a las BZD, observamos que, concuerda con las bases teóricas, ya que el uso a largo plazo de BZD y la utilización de dosis altas, causa dependencia farmacológica (O'Brien, 2005; Ten Wolde *et al*, 2008; Vicens *et al*, 2008). Con respecto a los pacientes encuestados, 19 llevaban entre 1- 5 años de consumo de BZD y autoreferían presentar dependencia, es decir un 52,8%. Luego 9 pacientes, que llevaban más de 6 años de consumo, señalaban presentar dependencia es decir un 25%. Seguido de un porcentaje muy bajo, por parte de aquellos usuarios que llevaban sólo meses de tratamiento con BZD, ver tabla N° 20.

Los usuarios que desarrollan dependencia a las BZD por un uso prolongado, desencadenan en un abuso de BZD y también en el desarrollo de tolerancia, con la aparición del síndrome de abstinencia. Existen muchos factores de riesgo de dependencia y abuso, en el paciente, los que pueden agruparse en 3 grupos: 1)- factores que dependen de la droga: como las propiedades intrínsecas de un fármaco; factores farmacocinéticos que pueden aumentar su lipofilia y ser absorbidos más rápido, lo que representa una mayor probabilidad de abuso; la disponibilidad, en relación a su accesibilidad. 2)- factores que dependen del paciente: como biológicos, que afectarán en la metabolización del medicamento; la edad, se debe tener en cuenta, que la mayoría de los pacientes son adultos o adulto mayor, es en ese tipo de pacientes, donde se debe poner mayor interés y cuidado, al momento de seleccionar la BZD que será prescrita. Ya

que, existe evidencia que son los ancianos, las personas más expuestas a sufrir de fracturas de caderas, por el uso de BZD y que aumenta el riesgo mientras más prolongado sea el tratamiento, como también al usar altas dosis y BZD de vida media larga. Además, al tener disminuido la capacidad de su sistema hepático y renal, se produce una acumulación de las BZD, que puede generar en una demencia en el paciente adulto mayor, la cual puede confundirse con alzheimer. Por último, la comorbilidad, entre trastornos psiquiátricos y del abuso de drogas por parte de los pacientes dependientes de BZD. Estos factores, deberían considerarse al momento de prescribir BZD y hacer la comparación riesgo/beneficio del uso de BZD. En cada paciente, se debe recordar que el uso de cada medicamento, dependerá únicamente, si el medicamento tiene un efecto terapéutico que supere los riesgos que pueda presentar (Busto, 2000; Wang *et al*, 2001; O'Brien, 2005).

Los pacientes con dependencia, deben ser sometidos a una retirada del uso o deshabitación de BZD, por parte de su médico tratante, en el cual el farmacéutico debería cumplir un rol fundamental, mediante el seguimiento farmacoterapéutico y la educación al paciente. Como se sabe, la retirada y disminución del uso de BZD, debe considerar varios aspectos, por ejemplo la retirada debe ser paulatina, con disminución de la dosis, hasta llegar a suprimir el uso, ya que si se interrumpe de forma abrupta, el paciente puede presentar recaída, síndrome de rebote o síndrome de abstinencia (Vicens *et al*, 2008; Olivera, 2009).

La educación de los pacientes es fundamental para llevar a cabo el retiro de BZD, en pacientes que presentan dependencia, como también prevenir que el paciente tenga un tratamiento de tiempo prolongado con BZD, por lo que la intervención del farmacéutico comunitario, en este tipo de casos, sería de gran aporte para la mejora en la salud del paciente y en la población en general. Existen distintos estudios, que hablan sobre la importancia del rol farmacéutico y como su intervención favorece la salud de la población (Antich *et al*, 2008; Ten Wolde *et al*, 2008; Basak *et al*, 2009; Braund *et al*, 2010). Así también, se encuentra definido por la federación internacional farmacéutica, conocida como la declaración de Tokio, en el año 1993, donde se establecen las buenas prácticas de farmacia y define, la atención farmacéutica, como “ un concepto de práctica profesional en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico”. “La atención farmacéutica es el compendio de las actitudes, los

comportamientos, los compromisos, las inquietudes, los valores éticos, las funciones, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente” (OMS, 1993). Por lo tanto, en base a los resultados obtenidos y las experiencias que se han descrito en otros países, nos encontramos con la oportunidad de realizar y desarrollar prácticas de atención farmacéutica en farmacia comunitaria.

### **5.2.11. Identificación de pacientes que han estado en tratamiento con ansiolíticos**

Con respecto, al uso de otro tipo de ansiolítico, previo al tratamiento actual. Encontramos, que 74 pacientes, dicen haber usado el mismo fármaco u otro tipo de ansiolítico, es decir un 51,7% de los pacientes en estudio, han estado más de una vez un tratamiento con BZD. Mientras, 69 pacientes dicen no haber usado otro tipo de ansiolítico, es decir un 48,3%, ver tabla N° 21.

De los 74 pacientes, que ya habían estado en tratamiento con ansiolíticos, la BZD más usada fue el clonazepam, representando al 49,3 % de los pacientes. Seguido de alprazolam, con un 23,2% de uso y luego diazepam con un 17,4 % de uso, ver tabla N° 22.

Entre las distintas razones que pueden motivar la modificación de la terapia farmacológica, por otro ansiolítico de la misma familia de las BZD o por la misma BZD, pero de distinta dosis o de otro laboratorio, pueden existir diversas razones. Encontramos que, 15 pacientes dicen, no obtuvieron mejora o respuesta al tratamiento farmacológico, con la BZD usada anteriormente, es decir 21,7% de la población en estudio. Otros 9 pacientes, indicaron que, buscaban una alternativa más económica, correspondiente a un 13% de la población estudiada. Mientras que, 9 pacientes indicaron que la razón del cambio, fue que reportaron RAM con el uso del anterior ansiolítico, equivalente a un 13%. En tanto que 34 pacientes indicaron otro motivo para el cambio, correspondiente a un 49,3%, en el que generalmente indicaron que fue decisión del médico, cambio de médico o que estuvieron anteriormente en tratamiento con el medicamento y ahora volverían a retomar el uso de ansiolíticos, ver tabla N° 23.

El alto porcentaje de pacientes, que han estado en tratamiento con BZD, más de una vez, puede tener relación, con nuestros resultados anteriores. Como vimos, gran parte de la población en estudio, llevaba varios meses o años usando BZD, además de presentar un gran porcentaje de dependencia, lo que podemos relacionar con un tratamiento recurrente de BZD y con el fracaso terapéutico. La indiscriminada prescripción de BZD, por parte del médico tratante, sin intentar nuevas alternativas terapéuticas, que permitan suprimir el uso de BZD y evitar poner en riesgo la salud de los pacientes, también es un factor preocupante. Un estudio, realizado en Chile, en atención primaria, también evidencia, la inadecuada prescripción y deficiente control en el tratamiento con BZD, por parte del médico tratante (Olivera, 2009).

#### **5.2.12. Conocimiento de las indicaciones médicas**

Las indicaciones médicas, se refieren a la información entregada por el médico al momento de prescribir un medicamento, las cuales son vitales para un correcto uso, principalmente en medicamentos con riesgo de dependencia y abuso, como son las BZD. Básicamente, estas indicaciones consisten en dar a conocer al paciente la dosis del medicamento, su posología, duración del tratamiento, el riesgo de las contraindicaciones que presentan las BZD y las posibles reacciones adversas que dependen del tiempo de uso del medicamento. Al ser consultados sobre las indicaciones entregadas por el médico 138 pacientes, dicen tener claras las indicaciones, con respecto al uso del medicamento, es decir el 96,5% de los pacientes en estudio, mientras que sólo 5 pacientes, no conocen o no sabían de las indicaciones médicas, es decir un 3,5%, ver tabla N° 24.

Para identificar, que entiende el paciente, por indicación médica, se le consultó si el médico tratante le había informado sobre ciertos aspectos del medicamento. 137 pacientes afirmaron conocer la posología, es decir un 99,3%. La duración del tratamiento, era manejada por 127 pacientes, es decir un 92%. La dosis del medicamento, la manejaban 108 pacientes, es decir corresponde a un 78,3%. Las contraindicaciones, que presentan las BZD, por ejemplo: el riesgo de usar BZD y el consumo de alcohol, era conocida por 109 pacientes, es decir un 79%. Las RAM, decían conocerlas 73 pacientes, es decir 53,2% de la población estudiada, a pesar de que la mayoría no identificó el tipo de RAM que producen las BZD, ver tabla N° 25.

La información entregada a los pacientes sobre la terapia ansiolítica es fundamental, para favorecer un correcto uso del medicamento, dar a conocer todas las desventajas sobre el uso de BZD, podría ayudar a disminuir el tiempo de uso del medicamento. La mejor herramienta, para evitar la dependencia y abuso a las BZD, es la educación al paciente, desde la primera prescripción. Existen muchos estudios que lo evidencian, por ejemplo en España, un estudio sobre el uso de psicofármacos, donde en algunos casos se detectó un fracaso en la terapia con BZD o algún otro psicofármaco, la atención farmacéutica se consideraba fundamental, para la detección de esos casos y la colaboración con el médico tratante, para el éxito de la terapia farmacológica. Por otro lado, un estudio realizado sobre, la educación al paciente usuario de BZD, evidencio que es ineficaz por parte de los profesionales de la salud, enfatizando al médico general y al farmacéutico, en donde se indica que la educación sobre las desventajas del uso de BZD a menudo es inexistente, pero también, enfatiza en que, la atención farmacéutica, tendría un papel importante en la salud del paciente (Ten Wolde *et al*, 2008).

### **5.2.13. Adherencia al tratamiento**

Sobre la adherencia al tratamiento con BZD, 106 pacientes cumplen con las indicaciones del tratamiento, es decir toman el medicamento a la hora indicada, lo que corresponde a un 74,1%, de la población en estudio. En tanto, 21 pacientes, reconocieron tomar el medicamento cuando comienzan los síntomas de ansiedad, cuando no pueden dormir o cuando comienzan a sentirse mal, es decir un 14,7%. Otros 3 pacientes, tomaban el medicamento sólo cuando lo recordaban y otros 3 suspendían el tratamiento, al desaparecer los síntomas, es decir un 2,1% respectivamente. Sólo 8 pacientes reconocen no cumplir con el tratamiento 5,6%, ver tabla N° 26.

Se podría pensar, que al ser fármacos de potencial abuso y dependencia, la mayor parte de los pacientes de BZD, tomen el medicamento al momento que lo deseen y en dosis mayores a las terapéuticas, como es común, en algunos casos de adicción a drogas y fármacos que actúan a nivel del SNC. Pero, la dependencia a las BZD, aparece a dosis terapéuticas y su uso mayoritariamente es por prescripción médica, siendo el factor gatillante de su dependencia, abuso y tolerancia, el tiempo prolongado de su uso (Vicens *et al*, 2008). Es importante entonces, que el



paciente al acudir a la farmacia comunitaria, ya sea pública o privada, a solicitar la dispensación de BZD, reciba toda la información relevante, con respecto al uso correcto de BZD y sobre todo advertirle de las desventajas de su uso. La intervención farmacéutica tiene un papel importante, en la farmacoterapia, salud y calidad de vida del paciente, ya que el farmacéutico comunitario, tiene la posibilidad de interactuar con el paciente y explicar la importancia de seguir de forma correcta las indicaciones, tal como lo prescribió su médico de cabecera, como también dejar claro, que el uso de BZD, es sólo eficaz por un tiempo corto y que ayudara a disminuir los síntomas, sin mejorar la patología de base. De esta forma, las responsabilidades del farmacéutico, con respecto a la práctica en farmacia comunitaria, son asegurar una farmacoterapia adecuada y garantizar la adherencia del paciente al tratamiento (Wiedenmayer *et al*, 2006).

#### **5.2.14. Dudas sobre el medicamento**

114 pacientes, indicaron al médico como su primera referencia, para solucionar dudas sobre su tratamiento farmacológico, es decir un 79,7% de la población estudiada. En comparación, con sólo 29 pacientes, que consultan al químico farmacéutico, es decir un 20,3%. Otros 20 pacientes, consultan también a algún familiar o amigo, es decir un 14%. También, 12 pacientes, nombraron al auxiliar de farmacia, es decir un 8,4% y otras opciones como Internet, lectura del prospecto, libros, entre otros, ver tabla N° 27.

Sobre los resultados obtenidos. La primera opción fue su médico de cabecera, por lo tanto, tal como indica la literatura, el médico debería abordar, desde el inicio de la prescripción con BZD, las precauciones necesarias, para evitar un mal uso del medicamento, es decir dar todas las indicaciones sobre el correcto uso del medicamento y alertar sobre los riesgos, contraindicaciones y reacciones adversas (Vicens *et al*, 2008).

Según un estudio la educación del paciente por parte de los farmacéuticos, es prácticamente inexistente cuando comienza a usar BZD u otro tipo de medicamentos. Al igual que nuestro resultado, en donde sólo el 20% de los pacientes, consultan o resuelven dudas, con el farmacéutico de las farmacias comunitarias. Una razón, es que muchas veces, el paciente, desconoce la existencia de un profesional en las farmacias comunitarias y por otro lado, el mismo

profesional no dedica el tiempo necesario, para realizar una dispensación adecuada y obtener mayor información sobre el paciente, para orientarlo de mejor forma en su farmacoterapia. Sin embargo, el mismo estudio y otros, confirman que la intervención farmacéutica disminuye el uso de BZD y que en general, si el farmacéutico desarrollara su rol como profesional de la salud, sería una gran ventaja, tanto para la salud del paciente como para el desarrollo y promoción de la profesión (Antich *et al*, 2008; Ten Wolde *et al*, 2008; Braund *et al*, 2010).

Como sabemos, la atención farmacéutica, abarca muchos aspectos en la labor del farmacéutico, destinadas principalmente a mejorar la calidad de vida del paciente. Una de las responsabilidades importantes, es identificar, resolver y prevenir los problemas relacionados con los medicamentos (PRMs), sobre todo en aquellos pacientes ambulatorios con trastornos psiquiátricos o emocionales, que se encuentren en tratamiento con psicofármacos, como las BZD. Para lograr una atención farmacéutica adecuada, se debe considerar ciertos aspectos importantes en estos tipos de pacientes, como educar y advertir sobre sus RAMs y contraindicaciones, asegurar adherencia al tratamiento e identificar grupos de riesgos (Fridman *et al*, 2003).

En base a lo expuesto anteriormente, se infiere la necesidad de implementar y desarrollar un sistema de práctica de farmacia, que tenga como principal propósito al paciente, asegurándole una atención de calidad. Para lograr este objetivo, se necesita promocionar la atención farmacéutica, tanto en farmacias asistenciales como privadas, como también incluir al profesional farmacéutico dentro de los equipos de salud, ya que es el profesional idóneo para entregar seguridad y satisfacción al paciente, durante su tratamiento farmacológico.

## 6. CONCLUSIONES

- La mayor frecuencia de los pacientes que utilizan BZD corresponde a pacientes del género femenino y el grupo etario que predomina se encuentra en el rango de 31-55 años de edad. El nivel educacional de los pacientes, se distribuyó en su mayoría en educación media completa y educación superior completa, con un 37,8% y un 30,1% de la población en estudio, respectivamente.
- Las BZD más usadas, por los pacientes en estudio, fueron clonazepam y alprazolam. El clonazepam, alcanzó más del 50% de las prescripciones, mientras que el alprazolam, alcanzó un 27,3 % de las prescripciones.
- La procedencia de la receta, correspondió en su mayoría a servicios particulares de salud.
- El diagnóstico más asociado a la prescripción de BZD, correspondió a estados ansiosos, siendo la más común la ansiedad generalizada con un 40,6%, de las prescripciones. Mientras que la depresión fue la segunda patología más asociada, seguido de insomnio.
- La mayoría de los pacientes conocían su patología, las indicaciones médicas y el medicamento prescrito. Sin embargo, no conocían los riesgos de presentar RAM con el uso de BZD.
- La mayoría de los pacientes, reconoció eficacia del tratamiento ansiolítico. A pesar, de que el 59,6% describía alguna RAM, siendo la más común, la dependencia.
- El tiempo de uso de BZD con mayor frecuencia, fue de 1 a 5 años de tratamiento, con un 45,2% de los pacientes. Además, el 72,7% de los pacientes, había estado en tratamientos con BZD, antes del actual tratamiento.

## 7. PROYECCIONES DEL ESTUDIO

Este estudio observacional descriptivo, tiene como principal objetivo caracterizar a la población Valdiviana, usuaria de BZD que acuden a las farmacias comunitarias a solicitar su dispensación. Conocer a grandes rasgos, el perfil del paciente usuario de ansiolíticos, el medicamento ansiolítico más prescrito, el conocimiento del paciente sobre las BZD, el tiempo de uso, entre otros factores. De esta forma poder comparar, la situación de Valdivia, con diversos estudios a nivel nacional y mundial, que indican un alarmante uso de BZD por parte de la población, que cada vez va en aumento de su prevalencia.

Por otro lado, queda en evidencia, que gran parte de los pacientes presentan un uso inadecuado de las BZD, ya que muchos son usuarios crónicos y cada vez abarca un mayor rango etario, con un mayor tiempo de uso de BZD. A pesar, de que gran parte de los pacientes, presentaban conocimientos generales sobre el medicamento, como su efecto terapéutico, posología, etc. No manejan los riesgos que tiene el uso de BZD a largo plazo, sus contraindicaciones, el riesgo de sufrir accidentes automovilísticos y caídas, por un mal uso del medicamento, el riesgo de disminuir sus capacidades cognitivas y la adecuada duración de los tratamientos, la que no debieran ser por más de un año. La razón, es que la educación al usuario de BZD es inadecuada, por parte de médico y farmacéuticos, como también que la educación sobre sus desventajas es inexistente (Ten Wolde *et al* ,2008).

Todos estos motivos, plantean la urgencia de realizar campañas de salud pública que eduquen y promuevan el uso racional de BZD, siendo el profesional químico farmacéutico, el idóneo para realizar dicha misión, ya que posee las herramientas académicas necesarias, para asegurar un tratamiento terapéutico de calidad, seguro y eficaz. Es decir, motivar el desarrollo de una intervención farmacéutica en farmacias comunitarias, mediante la interacción farmacéutico/paciente, cumpliendo con nuestro rol de educadores de la salud, realizando así una correcta dispensación de medicamentos.

A partir de las bases de nuestro estudio, sería importante poder realizar un estudio de intervención farmacéutica, en las farmacias comunitarias de la ciudad de Valdivia sobre la educación de los pacientes usuarios de BZD. Con el objetivo principal, de demostrar que la educación al paciente, sobre el uso racional de BZD, disminuye su uso, por ende mucho de sus riesgos, como lo es la dependencia.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

- Antich, S., Rodilla, V. (2008). Estudio de la utilización de ansiolíticos, hipnóticos y antidepresivos desde farmacias comunitarias. *FAP*. 6(1): 11-14.
- Basak, S., Foppe van Mil, J., Sathyanarayana, D. (2009). The changing roles of pharmacists in community pharmacies: perception of reality in India. *Pharm World Sci*. 31: 612-618.
- Bateson, A. (2004). The benzodiazepine site of the GABAA receptor: an old target with new potential?. *Sleep Medicine* 5(1): S9–S15.
- Braund, R., Furlan, H., George, K., Havell, M., Murphy, J., West, M. (2010). Interventions performed by New Zealand community pharmacists while dispensing prescription medications. *Pharm World Sci*. 32:22–25.
- Busto, U. (2000). Factores de riesgo en el abuso y la dependencia a benzodiazepinas. *Trastornos Adictivos*. 2(3): 177-182.
- Crawforth, J., Atack, J., Cook, S., Gibson, K., Nadin, A., Owens, A., Pike, A., Rowley, M., Smith, A., Sohal, B., Sternfeld, F., Wafford, K., Street, L. (2004). Tricyclic pyridones as functionally selective human GABA-A $\alpha$ 2/3 receptor-ion channel ligands. *Bioorganic & Medicinal Chemistry Letters*. 14: 1679-1682.
- Denis, C., Fatséas, M., Lavie, E., Auriacombe, M. (2008). Intervenciones farmacológicas para el tratamiento de la dependencia de benzodiazepina en pacientes ambulatorios (Revisión Cochrane traducida). *En: La Biblioteca Cochrane Plus*, Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Díaz, S., Pareja, J. (2008). Tratamiento del insomnio. *Inf Ter Sist Nac Salud.* 32(4): 116-122.
- Duch, F., Ruiz De Porras, L., Gimeno, D. (1998). Manejo clínico de los Ansiolíticos. *Semergen.* 24 (10): 826-836.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. (2000). Monografías: Aproximación al tratamiento del insomnio en Atención Primaria. CADIME. 16(18). Disponible en [www.easp.es/cadime](http://www.easp.es/cadime).
- Federación Farmacéutica Internacional (FIP). Declaración de la reunión del Consejo de la FIP en La Haya, Países Bajos, en 1998. Normas Profesionales: La Atención Farmacéutica.
- Fridman, G., Filinger, E. (2003). Atención Farmacéutica en Pacientes Ambulatorios con Trastornos Psiquiátricos. *Lat. Am. J. Pharm.* 22 (4): 351-4.
- Fridman, G., Zimerman, C., Bregni, C. (2002). Consumo de antidepresivos y ansiolíticos en Argentina en 1998. *Ars Pharmaceutica.* 43(1-2): 135-145.
- Fritsh, R., Rojas, G., Gaete J., Araya, R. (2005). Consumo de Benzodiazepinas en la población general del gran Santiago de Chile. *Actas Esp. Psiquiatr.* 33 (5): 286-291.
- García, J., Abajo, F., Carvajal, A., Montero, D., Madurga, M., García, V. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Rev Esp Salud Pública.* 78(3): 379-387.

- Galleguillos, T., Risco, L., Garay, J., González M., Vogel, M. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Rev Méd Chile.* 131 (5): 535-540.
- Goetz, T., Arslan, A., Wisden, W., Wulff, P. (2007). GABAA receptors: structure and function in the basal ganglia. *Prog Brain Res.* 160: 21-41.
- Licata, S., Rowlett, J. (2008). Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: GABAA receptor modulation and beyond. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior* 90: 74–89.
- Lizondo, G., Llanque, C., (2008). Depresión. *Rev Pacea Med Fam.* 5(7): 24-31.
- Ministerio de Salud de Chile (1984) .Reglamento de productos psicotrópicos, D.S 405.
- Ministerio de Salud (1994) “Normas Técnicas: Prescripción racional de Benzodiazepinas”. Ed. Dr. D. Seijas. Publicación de Salud Mental N° 6 Ministerio de Salud. Chile.
- Olivera, M. (2009). Dependencia a benzodiazepinas en un centro de atención primaria de salud: Magnitud del problema y orientaciones para el manejo integral. *Rev Chil Neuro-Psiquiat Rev.* 47 (2): 132-137.
- O’Brien, C. (2005). Benzodiazepine use, abuse and dependence. *J.Clin. Psychiatry.* 66(2): 28-33.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe de La Reunión de la OMS, Tokio, Japón, en 1993 (1995). El papel del farmacéutico en el sistema de atención de la salud. *Ars Pharmaceutica.* 36:2, 285 - 292.



- Pacheco, Q., Rey, J. (2003). Insomnio en pacientes adultos de medicina interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev. Med Hered.* 14(2): 63-68.
- Pascuzzo, C. (2008). *Farmacología Básica; Introducción a la Psicofarmacología. Ansiolíticos.*
- Riquelme, P. (2008). “Uso de benzodiazepinas y su relación con la incidencia de las reacciones adversas en pacientes adultos mayores de tratamiento crónico ambulatorio en establecimientos dependientes del Servicio de Salud Valdivia”. Tesis, Escuela de Química y Farmacia, Facultad de Ciencias, Univ. Austral de Chile.
- Robinson J, Biley FC, Dolk H. Toque terapéutico para los trastornos de ansiedad (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- Salazar, A., Inocente, A. (2008). Consumo de benzodiazepinas en trabajadores de una empresa privada. *Rev. latinoam. enferm.* 16(n. esp): 517-522.
- Sarrais, F., de Castro, P. (2007). El insomnio. *An. Sist. Sanit. Navar.* 30 (1): 121-134.
- Ten Wolde, G., Dijkstra, A., Van Empelen, P., Knuistingh, A., Zitman, F. (2008). Psychological determinants of the intention to educate patients about benzodiazepines. *Pharm World Sci.* 30:336–342.
- Tesar, G., Rosenbaum, J., et al. (1991). Estudio a Doble Ciego Controlado con Placebo de Clonazepam y Alprazolam para el Trastorno de Angustia. *Journal of Clinical Psychiatry* 52(2):70-76.

- Tyrer, P., Baldwin, D.(2006). Generalised anxiety disorder. *Lancet*. 368: 2156–66.
- Ulloa, S. (2009). “Importaciones y autorizaciones para el uso y disposición de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) durante el período 2003-2007, en Chile”. Tesis, Escuela de Química y Farmacia, Facultad de Ciencias, Univ. Austral de Chile.
- Vicens, C., Fiol, F., Gelabert (2008). Abordaje de la deshabituación de benzodiazepinas en atención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud*. 32(2): 52-57.
- Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AG, Everard M, Tromp D. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. WHO/PSM/PAR/2006.5. Geneva: World Health Organization; 2006.
- Wang, P., Bohn, L., Glynn, R., Mogun, H., Avorn, J.(2001). Hazardous Benzodiazepine Regimens in the Elderly: Effects of Half-Life, Dosage, and Duration on Risk of Hip Fracture. *Am. J Psychiatry* 158 (6) 892-898.
- Yates, T., Catril, P. (2009). Tendencias en la utilización de benzodiazepinas en la farmacia privada. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 47 (1): 9-15.

## 9. TABLAS

**TABLA N° 1. Distribución de los pacientes usuarios de ansiolíticos, según sexo.**

| Sexo      | N° usuarios | % Total |
|-----------|-------------|---------|
| Femenino  | 118         | 82,5    |
| Masculino | 25          | 17,5    |
| Total     | 143         | 100     |

**TABLA N° 2. Distribución de los pacientes usuarios de ansiolíticos, según edad.**

| Edad       | N° usuarios | % Total |
|------------|-------------|---------|
| 31-55 años | 61          | 42,7    |
| 56-70 años | 43          | 30,1    |
| 18-30 años | 20          | 14      |
| 71-95 años | 19          | 13,3    |
| Total      | 143         | 100     |

**TABLA N° 3. Distribución de los pacientes usuarios de ansiolíticos, según nivel educacional.**

| Nivel educacional   | N° usuarios | % Total |
|---------------------|-------------|---------|
| Básica completa     | 18          | 12,6    |
| Básica incompleta   | 3           | 2,1     |
| Media completa      | 54          | 37,8    |
| Media incompleta    | 3           | 2,1     |
| Técnica completa    | 17          | 11,9    |
| Técnica incompleta  | 2           | 1,4     |
| Superior completa   | 43          | 30,1    |
| Superior incompleta | 3           | 2,1     |
| Total               | 143         | 100     |

**TABLA N° 4. Distribución de las recetas de ansiolíticos según procedencia de servicios particular y público.**

| Servicios  | N° recetas | % Total |
|------------|------------|---------|
| Particular | 121        | 84,6    |
| Público    | 22         | 15,4    |
| Total      | 143        | 100     |

**TABLA N° 5. Distribución de recetas según medicamento ansiolítico más prescrito.**

| Medicamento     | N° recetas | % Total |
|-----------------|------------|---------|
| Clonazepam      | 79         | 55,2    |
| Alprazolam      | 39         | 27,3    |
| Bromazepam      | 7          | 4,9     |
| Clotiazepam     | 7          | 4,9     |
| Clordiazepóxido | 5          | 3,5     |
| Lorazepam       | 3          | 2,1     |
| Diazepam        | 2          | 1,4     |
| Ketazolam       | 1          | 0,7     |
| Total           | 143        | 100     |

**TABLA N° 6. Distribución según el diagnóstico asociado a la prescripción de ansiolíticos.**

| <b>Patología</b>              | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|-------------------------------|--------------------|----------------|
| Ansiedad generalizada         | 58                 | 40,6           |
| Crisis de pánico              | 14                 | 9,8            |
| No sabe                       | 8                  | 5,6            |
| Estrés post-traumático        | 5                  | 3,5            |
| Fobias específicas            | 1                  | 0,7            |
| Trastorno obsesivo-compulsivo | 1                  | 0,7            |
| Otra                          | 56                 | 39,2           |
| <b>Total</b>                  | <b>143</b>         | <b>100,00</b>  |

**TABLA N° 7. Identificación del uso de otros grupos terapéuticos en los pacientes usuarios de ansiolíticos.**

| <b>Usa otro medicamento</b> | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|-----------------------------|--------------------|----------------|
| NO                          | 40                 | 28             |
| SÍ                          | 103                | 72             |
| <b>Total</b>                | <b>143</b>         | <b>100</b>     |

**TABLA N° 8. Identificación de los distintos grupos terapéuticos usados por los pacientes usuarios de ansiolíticos.**

| <b>Grupo Terapéutico</b> | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|--------------------------|--------------------|----------------|
| Antidepresivos           | 31                 | 30,1           |
| Antihipertensivos        | 30                 | 29,1           |
| AINES                    | 9                  | 8,7            |
| Hormonoterápicos         | 8                  | 7,8            |
| Calciooterápicos         | 7                  | 6,8            |
| Hipolipemiantes          | 5                  | 4,9            |
| Antiulcerosos            | 4                  | 3,9            |
| Anorexígenos             | 4                  | 3,9            |
| Hipoglicemiantes         | 4                  | 3,9            |
| Broncodilatadores        | 4                  | 3,9            |
| Vitaminas y minerales    | 4                  | 3,9            |
| Diuréticos               | 3                  | 2,9            |
| Analgésicos narcóticos   | 2                  | 1,9            |
| Anticonvulsivantes       | 2                  | 1,9            |
| Antineoplásicos          | 2                  | 1,9            |
| Antineuríticos           | 2                  | 1,9            |
| Antijaquecoso            | 2                  | 1,9            |
| Antiparkinsonianos       | 2                  | 1,9            |
| Antipsicóticos           | 2                  | 1,9            |
| No sabe                  | 2                  | 1,9            |
| Sedantes naturales       | 2                  | 1,9            |
| Antialcohólicos          | 1                  | 1              |
| Antianémicos             | 1                  | 1              |
| Antiarrítmicos           | 1                  | 1              |
| Antiartrósicos           | 1                  | 1              |
| Antiepilépticos          | 1                  | 1              |
| Antiespasmódicos         | 1                  | 1              |
| Reactivadores cerebrales | 1                  | 1              |
| Tratamiento obesidad     | 1                  | 1              |

Nota: el paciente puede señalar el uso de uno o más grupos terapéuticos.

**TABLA N° 9. Identificación de los pacientes que tienen conocimiento sobre su patología.**

| <b>Conoce patología</b> | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|-------------------------|--------------------|----------------|
| NO                      | 57                 | 40             |
| SÍ                      | 86                 | 60,1           |
| Total                   | 143                | 100            |

**TABLA N° 10. Identificación de los pacientes que presentan más de una patología.**

| <b>Presenta otra patología</b> | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|--------------------------------|--------------------|----------------|
| NO                             | 40                 | 28             |
| SÍ                             | 103                | 72             |
| Total                          | 143                | 100            |

**TABLA N° 11. Distribución de las distintas patologías asociadas a los pacientes usuarios de ansiolíticos.**

| <b>Patología</b>         | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|--------------------------|--------------------|----------------|
| Depresión                | 34                 | 33             |
| Hipertensión             | 34                 | 33             |
| Insomnio                 | 27                 | 26,2           |
| Hipotiroidismo           | 5                  | 4,9            |
| Asma                     | 4                  | 3,9            |
| Diabetes                 | 4                  | 3,9            |
| Dislipidemias            | 4                  | 3,9            |
| Artrosis degenerativa    | 3                  | 2,9            |
| Colopatía funcional      | 3                  | 2,9            |
| Osteoporosis             | 3                  | 2,9            |
| Parkinson                | 3                  | 2,9            |
| Alcoholismo              | 2                  | 1,9            |
| Arritmias                | 2                  | 1,9            |
| Demencia senil           | 2                  | 1,9            |
| IR                       | 2                  | 1,9            |
| Insuficiencia cardíaca   | 2                  | 1,9            |
| Alzheimer                | 1                  | 1              |
| Artritis reumatoide      | 1                  | 1              |
| Brucismo                 | 1                  | 1              |
| Celiaco                  | 1                  | 1              |
| Cáncer                   | 1                  | 1              |
| Edema hipofisiario       | 1                  | 1              |
| Epilepsia                | 1                  | 1              |
| EPOC                     | 1                  | 1              |
| Esquizofrenia            | 1                  | 1              |
| Estrés                   | 1                  | 1              |
| Gastritis                | 1                  | 1              |
| Hipertiroidismo          | 1                  | 1              |
| Migraña                  | 1                  | 1              |
| Neumotórax               | 1                  | 1              |
| Osteomielitis crónica    | 1                  | 1              |
| Síndrome antifosfolípido | 1                  | 1              |
| Síndrome de prader-willi | 1                  | 1              |
| Trastorno bipolar        | 1                  | 1              |
| Trastorno psicomotor     | 1                  | 1              |
| Trombosis                | 1                  | 1              |

Nota: el paciente puede reportar una o más patologías asociadas.



**TABLA N° 12. Distribución según conocimiento de la terapia ansiolítica.**

| <b>Conoce el medicamento</b> | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|------------------------------|--------------------|----------------|
| NO                           | 21                 | 14,7           |
| SÍ                           | 122                | 85,3           |
| Total                        | 143                | 100            |

**TABLA N° 13. Identificación del tipo de conocimiento sobre BZD.**

| <b>Conocimiento</b>  | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|----------------------|--------------------|----------------|
| Ansiolítico          | 63                 | 51,6           |
| Dosis                | 58                 | 47,5           |
| Duración tratamiento | 83                 | 68             |
| Nombre               | 65                 | 53,3           |
| Posología            | 113                | 92,6           |
| RAM y otros          | 11                 | 9              |

Nota: el paciente pueden señalar uno o más conocimientos sobre las BZD.

**TABLA N° 14. Identificación de los pacientes que se les prescribió por primera vez el medicamento ansiolítico.**

| <b>Primera vez que se prescribió el ansiolítico</b> | <b>N° pacientes</b> | <b>% Total</b> |
|---|---------------------|----------------|
| NO  | 104                 | 72,7           |
| SÍ  | 39                  | 27,3           |
| Total   | 143                 | 100            |

**TABLA N° 15. Distribución según tiempo de uso del medicamento en pacientes usuarios de ansiolíticos.**

| <b>Tiempo de uso</b> | <b>N° usuario</b> | <b>% Total</b> |
|----------------------|-------------------|----------------|
| 1-3 meses            | 24                | 23,1           |
| 4-7 meses            | 14                | 13,5           |
| 8-12 meses           | 7                 | 6,7            |
| 1-5 años             | 47                | 45,2           |
| > 6 años             | 12                | 11,5           |
| Total                | 104               | 100            |

**TABLA N° 16. Distribución según reconocimiento de eficacia del tratamiento farmacológico.**

| <b>Reconoce mejoría</b> | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|-------------------------|--------------------|----------------|
| NO                      | 3                  | 2,9            |
| SÍ                      | 101                | 97,1           |
| Total                   | 104                | 100            |

**TABLA N° 17. Identificación de reacciones adversas a las benzodiazepinas, señaladas por el paciente usuario de ansiolítico.**

| <b>Señala Presentar RAM</b> | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|-----------------------------|--------------------|----------------|
| NO                          | 42                 | 40,4           |
| SÍ                          | 62                 | 59,6           |
| Total                       | 104                | 100            |

**TABLA N° 18. Distribución de las RAM más comunes señaladas por el paciente usuario de ansiolítico.**

| RAM                                    | N° usuarios | % Total |
|--|-------------|---------|
| Dependencia                            | 36          | 58,1    |
| Alteraciones psicomotoras y cognitivas | 15          | 24,2    |
| Somnolencia                            | 16          | 25,8    |
| Sedación                               | 9           | 14,5    |
| Reacciones paradójicas                 | 6           | 9,7     |
| Tolerancia                             | 6           | 9,7     |
| Otras                                  | 4           | 6,5     |

Nota: el paciente puede manifestar una o más RAM.

**TABLA N° 19. Distribución por tiempo de uso según pacientes usuarios de ansiolíticos que señalan presentar RAM.**

| Tiempo de uso | RAM N° usuarios | % Total |
|---------------|-----------------|---------|
| 1-5 años      | 29              | 46,8    |
| 1-3 meses     | 12              | 19,4    |
| > 6 años      | 10              | 16,1    |
| 4-7 meses     | 7               | 11,3    |
| 8-12 meses    | 4               | 6,5     |
| Total         | 62              | 100     |

**TABLA N° 20. Distribución por tiempo de uso según pacientes usuarios de ansiolíticos que señalan presentar dependencia al medicamento.**

| <b>Tiempo de uso</b> | <b>Dependencia N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|----------------------|--------------------------------|----------------|
| 1-5 años             | 19                             | 52,8           |
| > 6 años             | 9                              | 25             |
| 1-3 meses            | 3                              | 8,3            |
| 4-7 meses            | 3                              | 8,3            |
| 8-12 meses           | 2                              | 5,6            |
| Total                | 36                             | 100            |

**TABLA N° 21. Identificación de los pacientes que han estado en tratamiento con ansiolíticos.**

| <b>¿Uso antes del tratamiento actual, otro tipo de ansiolítico?</b> | <b>N° usuarios</b> | <b>% Totales</b> |
|---|--------------------|------------------|
| NO  | 74                 | 51,7             |
| SÍ  | 69                 | 48,3             |
| Total   | 143                | 100              |

**TABLA N° 22. Distribución según el ansiolítico usado anteriormente.**

| <b>Ansiolítico usado anteriormente</b> | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|--|--------------------|----------------|
| Clonazepam                             | 34                 | 49,3           |
| Alprazolam                             | 16                 | 23,2           |
| Diazepam                               | 12                 | 17,4           |
| Bromazepam                             | 2                  | 2,9            |
| Lorazepam                              | 2                  | 2,9            |
| Clordiazepóxido                        | 1                  | 1,4            |
| Ketazolam                              | 1                  | 1,4            |
| No recuerda                            | 6                  | 8,7            |

Nota: el paciente puede señalar el uso anterior de una o más BZD

**TABLA N° 23. Identificación del motivo por el cual se modificó la terapia ansiolítica.**

| Motivo del cambio | N° usuarios | % Total |
|-------------------|-------------|---------|
| No hay mejora     | 15          | 21,7    |
| Economía          | 9           | 13      |
| RAM               | 9           | 13      |
| Aumento de dosis  | 2           | 2,9     |
| Otro              | 34          | 49,3    |
| Total             | 69          | 100     |

**TABLA N° 24. Identificación del conocimiento sobre las indicaciones médicas en los pacientes usuarios de ansiolíticos.**

| Conoce indicaciones | N° usuarios | % Total |
|---------------------|-------------|---------|
| NO                  | 5           | 3,5     |
| Sí                  | 138         | 96,5    |
| Total               | 143         | 100     |

**TABLA N° 25. Distribución según el conocimiento de las indicaciones médicas en los pacientes usuarios de ansiolíticos.**

| Tipo de indicaciones     | N° usuarios | % Total |
|--------------------------|-------------|---------|
| Posología                | 137         | 99,3    |
| Duración del tratamiento | 127         | 92      |
| Dosis                    | 108         | 78,3    |
| Contraindicaciones       | 109         | 79      |
| RAM                      | 73          | 52,9    |

Nota: el paciente puede señalar uno o más conocimientos de las indicaciones médicas.

**TABLA N° 26. Distribución según la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes usuarios de ansiolíticos.**

| <b>Cumple con tratamiento farmacológico</b>    | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|--|--------------------|----------------|
| Toma ansiolítico a la hora indicada.           | 106                | 74,1           |
| Toma ansiolítico cuando se siente mal.         | 21                 | 14,7           |
| No   | 8                  | 5,6            |
| Toma ansiolítico cuando se acuerda.            | 3                  | 2,1            |
| Suspende el tratamiento cuando se siente bien. | 2                  | 1,4            |
| Otras  | 3                  | 2,1            |
| <b>Total</b>                                   | <b>143</b>         | <b>100</b>     |

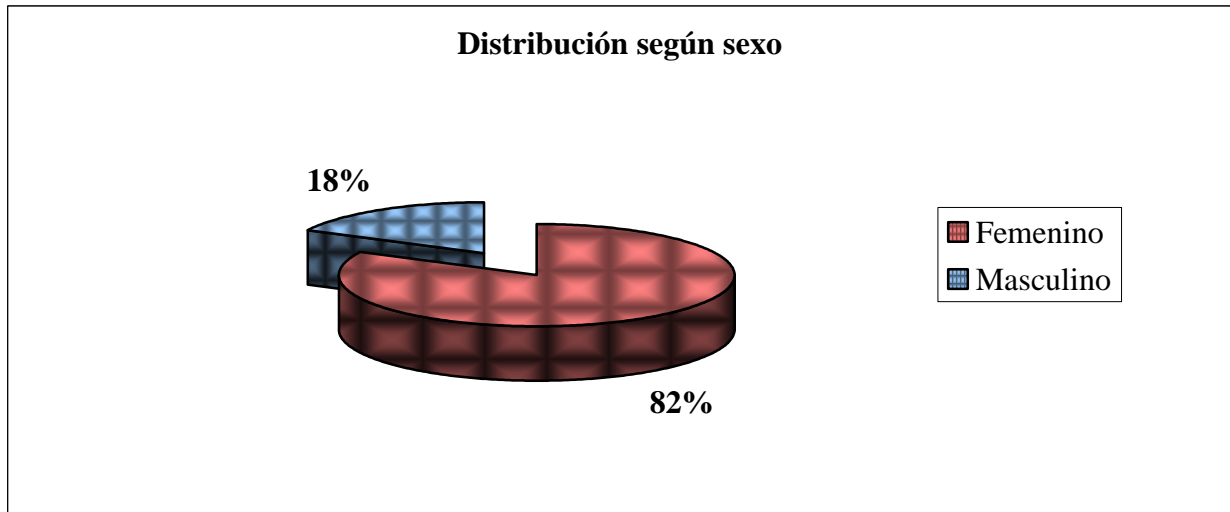
**TABLA N° 27. Distribución según la resolución de dudas sobre el medicamento y el tratamiento ansiolítico por parte del paciente.**

| <b>¿A quién consulta sus dudas sobre el medicamento?</b> | <b>N° usuarios</b> | <b>% Total</b> |
|--|--------------------|----------------|
| Médico   | 114                | 79,7           |
| Farmacéutico   | 29                 | 20,3           |
| Familiar o amigo   | 20                 | 14             |
| Internet   | 18                 | 12,6           |
| Auxiliar de Farmacia                                     | 12                 | 8,4            |
| Otros  | 19                 | 13,3           |

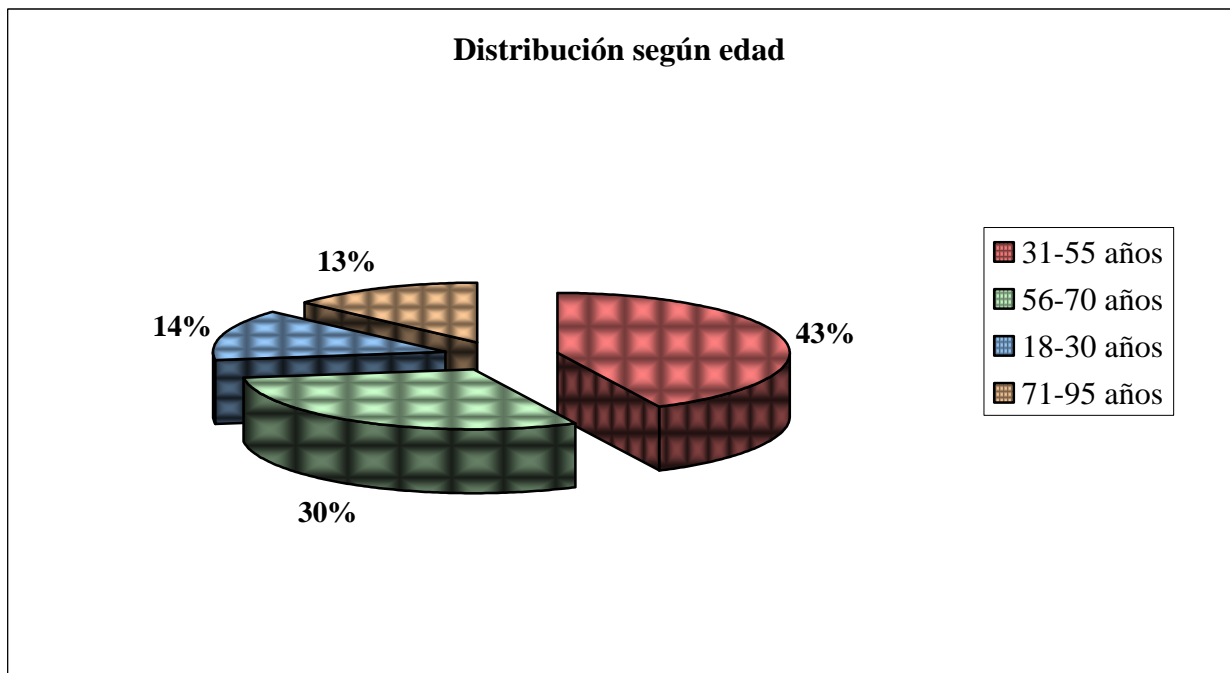
Nota: el paciente puede señalar una o más opciones para la resolución de dudas sobre el medicamento.

## 10. GRÁFICOS.

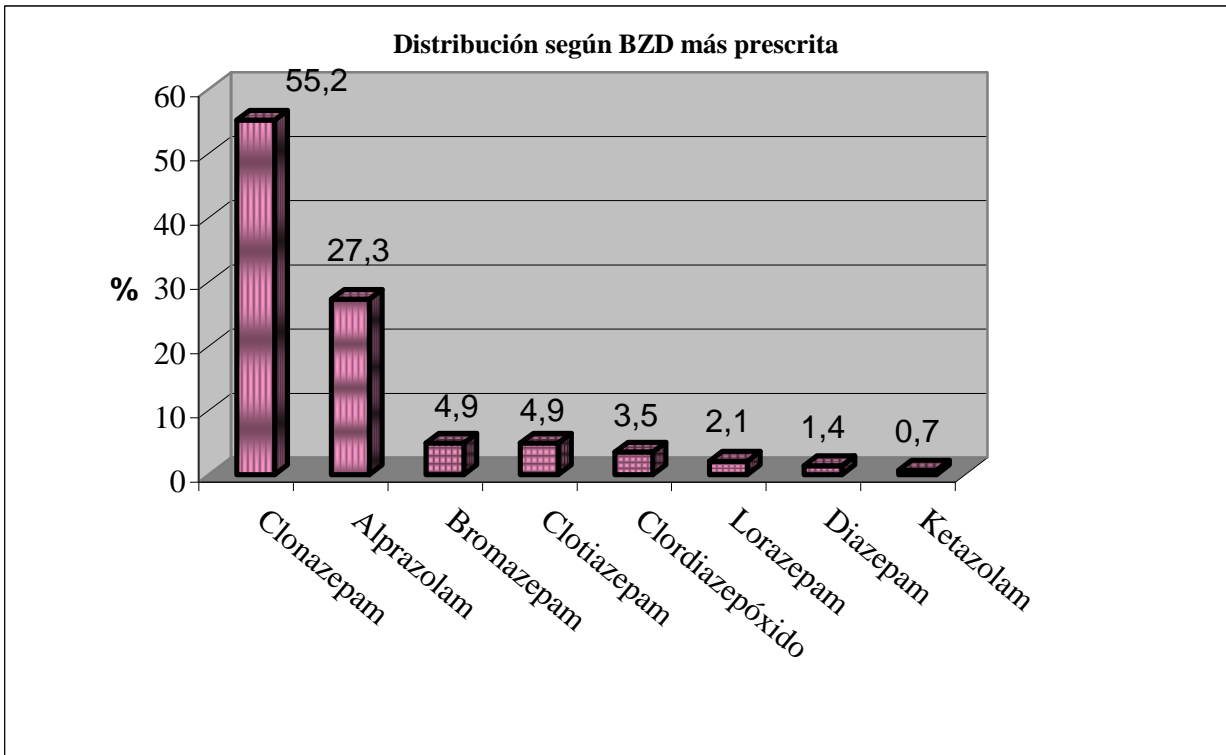
**Gráfico N°1: Distribución de los pacientes usuarios de ansiolíticos, según sexo**



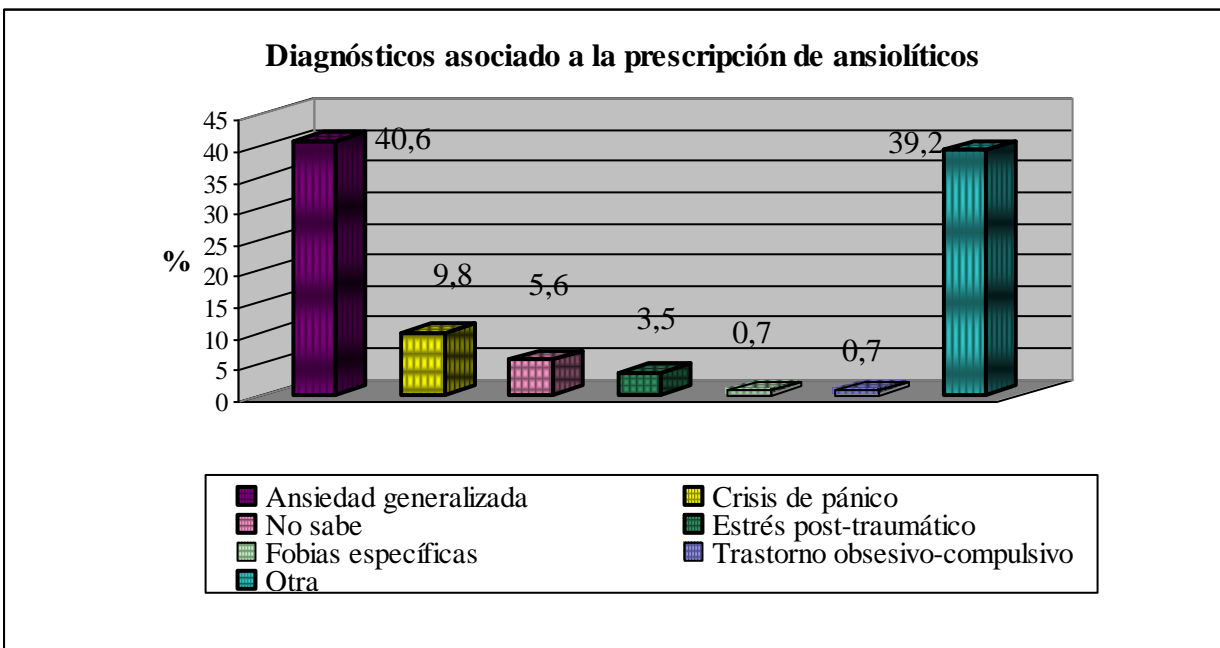
**Gráfico N°2: Distribución de los pacientes usuarios de ansiolíticos, según edad**



**Gráfico N°3: Distribución según medicamento ansiolítico más prescrito.**

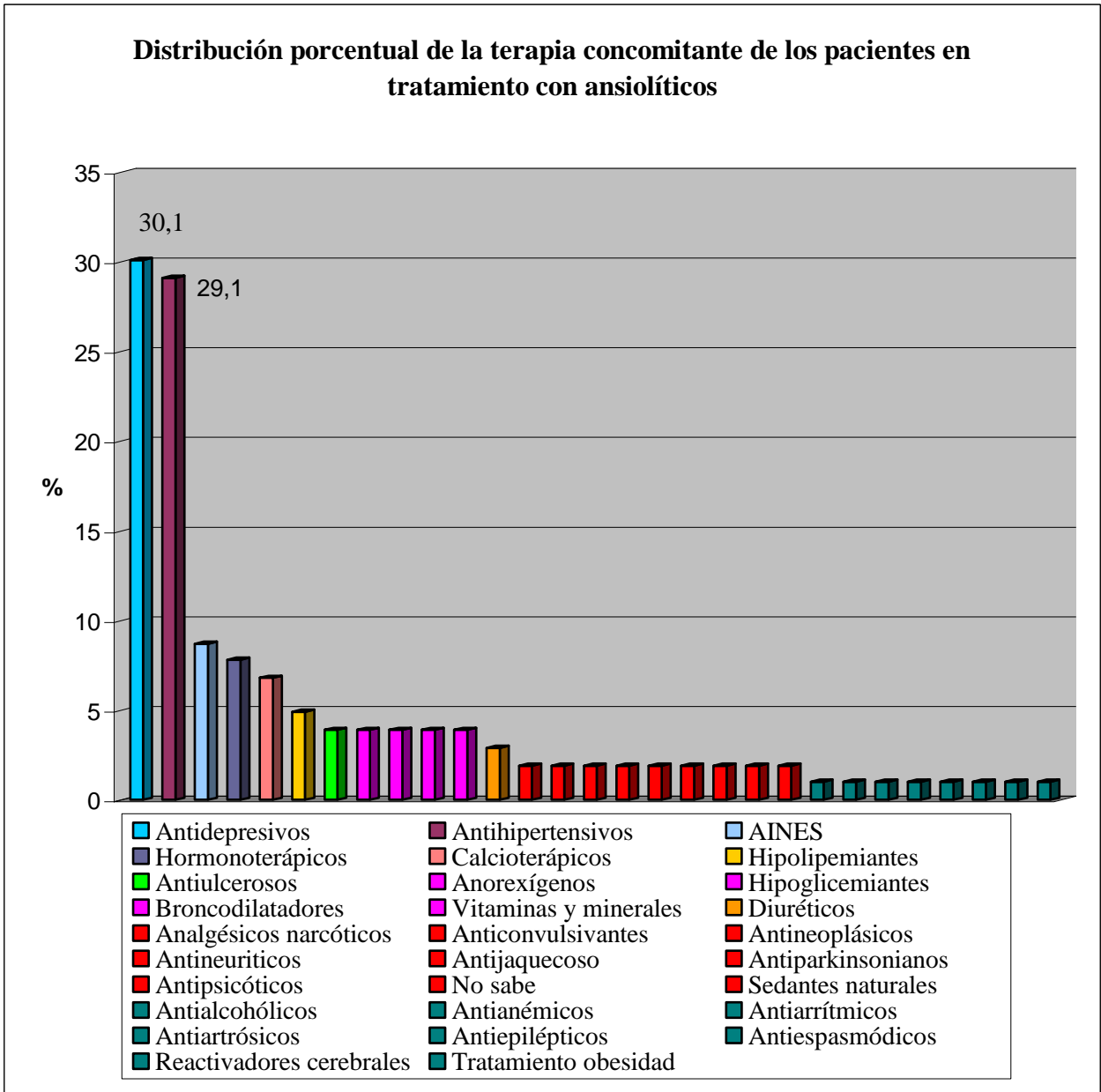


**Gráfico N°4: Distribución según diagnóstico asociado a la prescripción de ansiolíticos.**

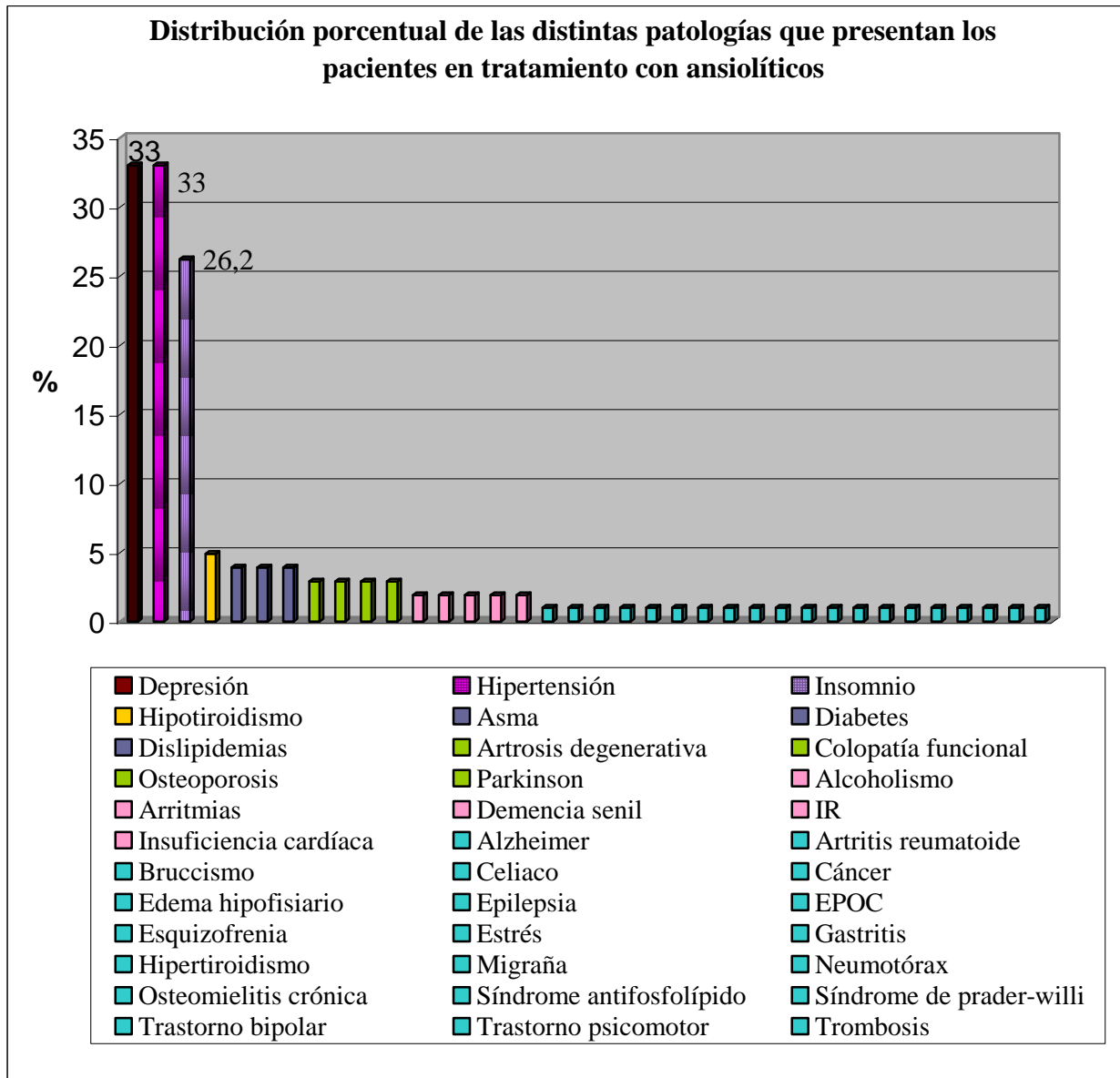




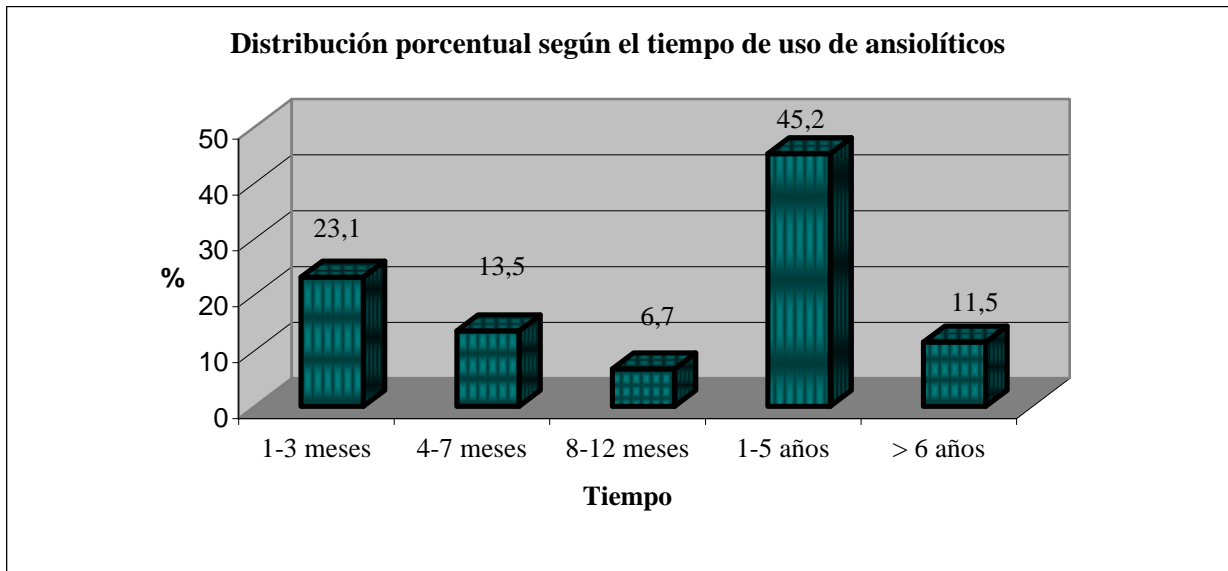
**Gráfico N°5: Distribución de los distintos grupos terapéuticos usados por los pacientes usuarios de ansiolíticos.**



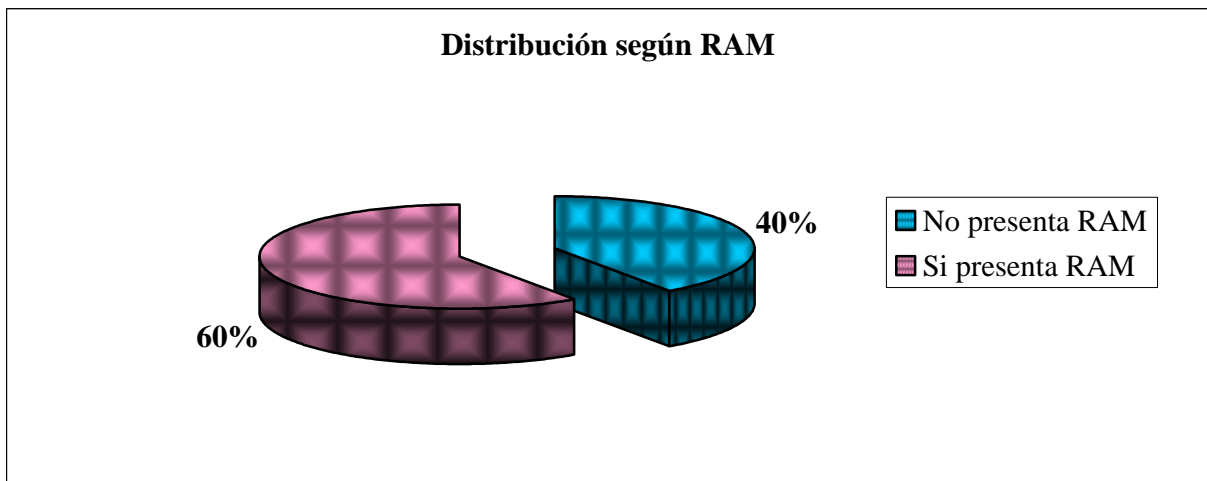
**Gráfico N°6: Distribución de las distintas patologías que presentan los pacientes en tratamiento con ansiolíticos.**



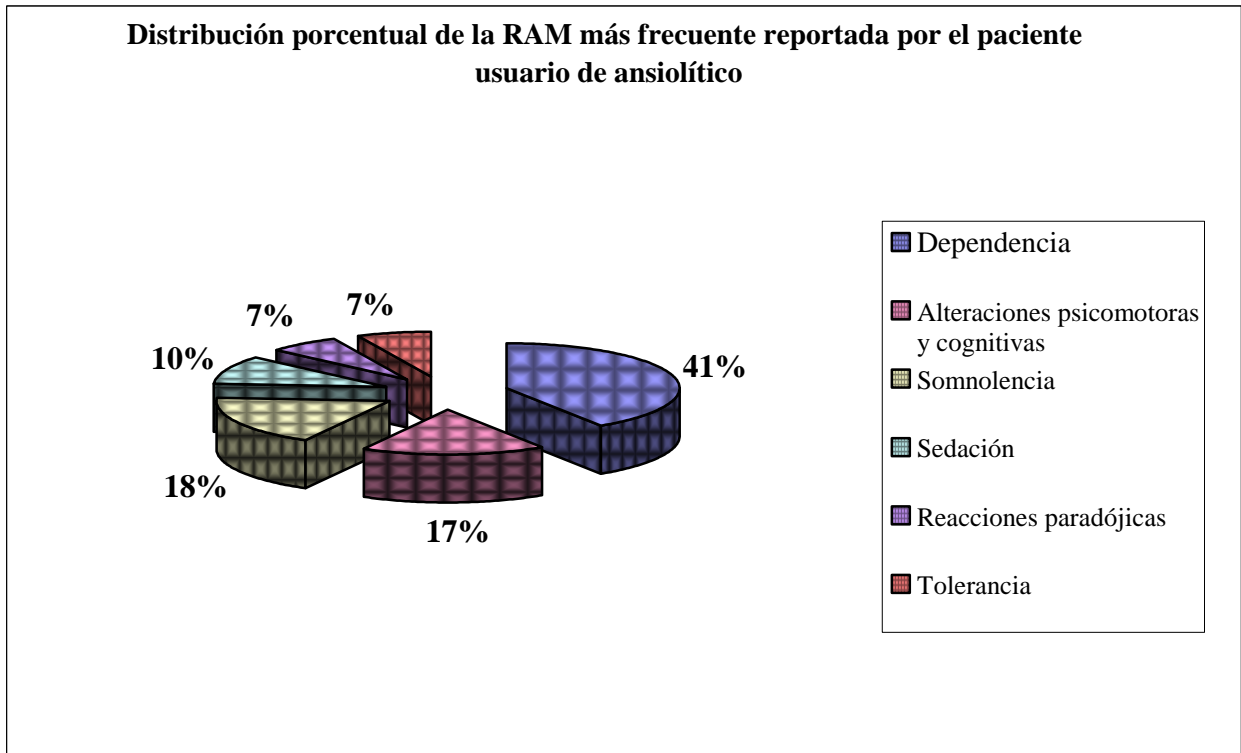
**Gráfico N° 7: Distribución porcentual según tiempo de uso del medicamento ansiolítico.**



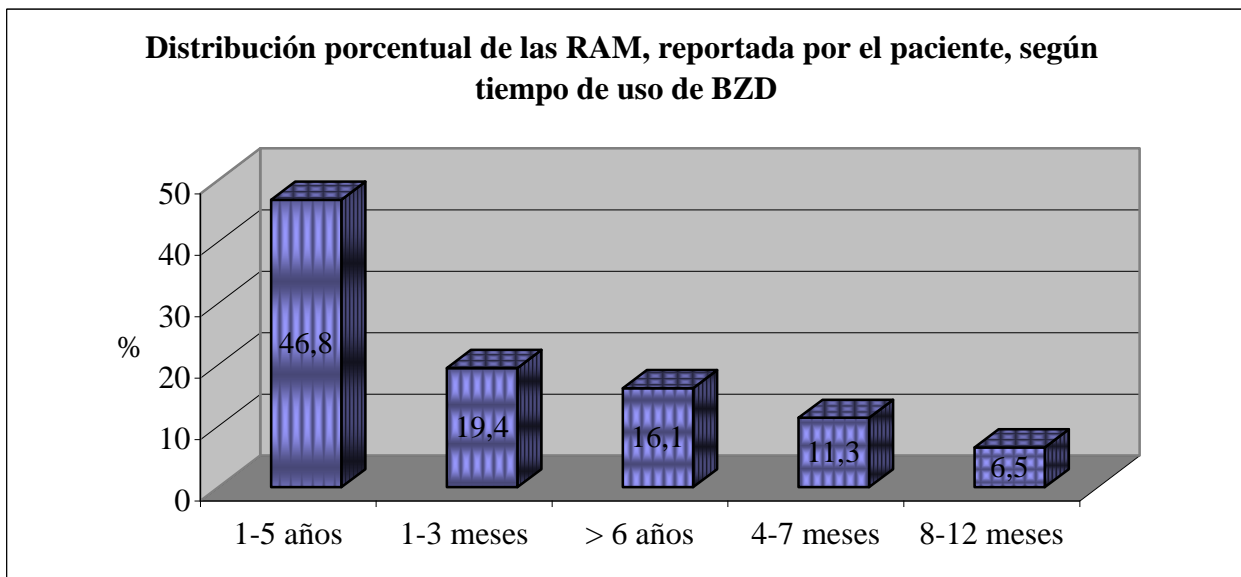
**Gráfico N° 8: Distribución según reacciones adversas (RAM) manifestadas por el paciente usuario de ansiolíticos.**



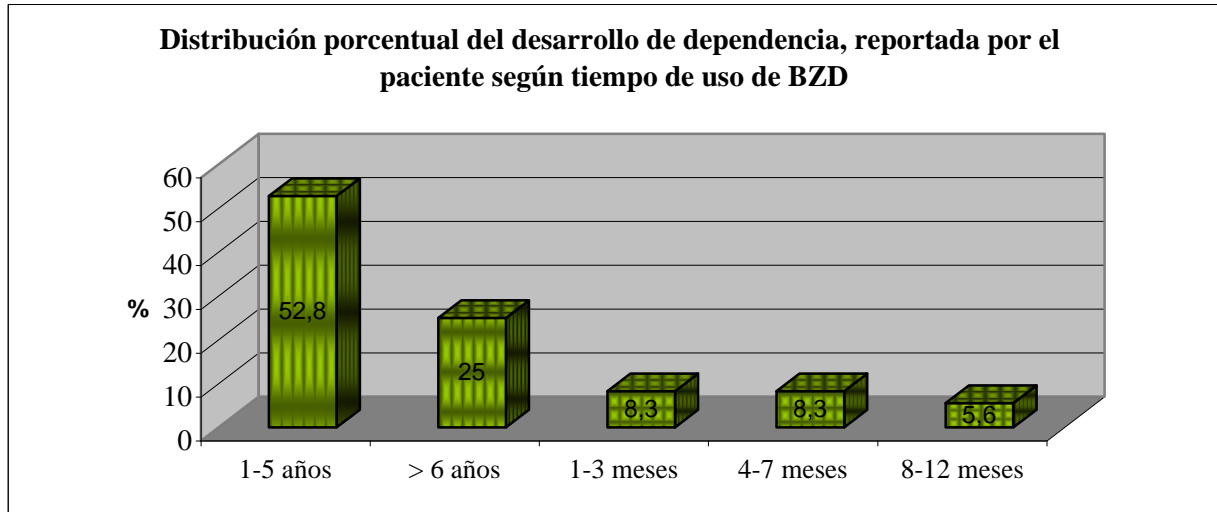
**Gráfico N° 9: Distribución porcentual de la RAM más frecuente reportada por el paciente usuario de ansiolítico.**



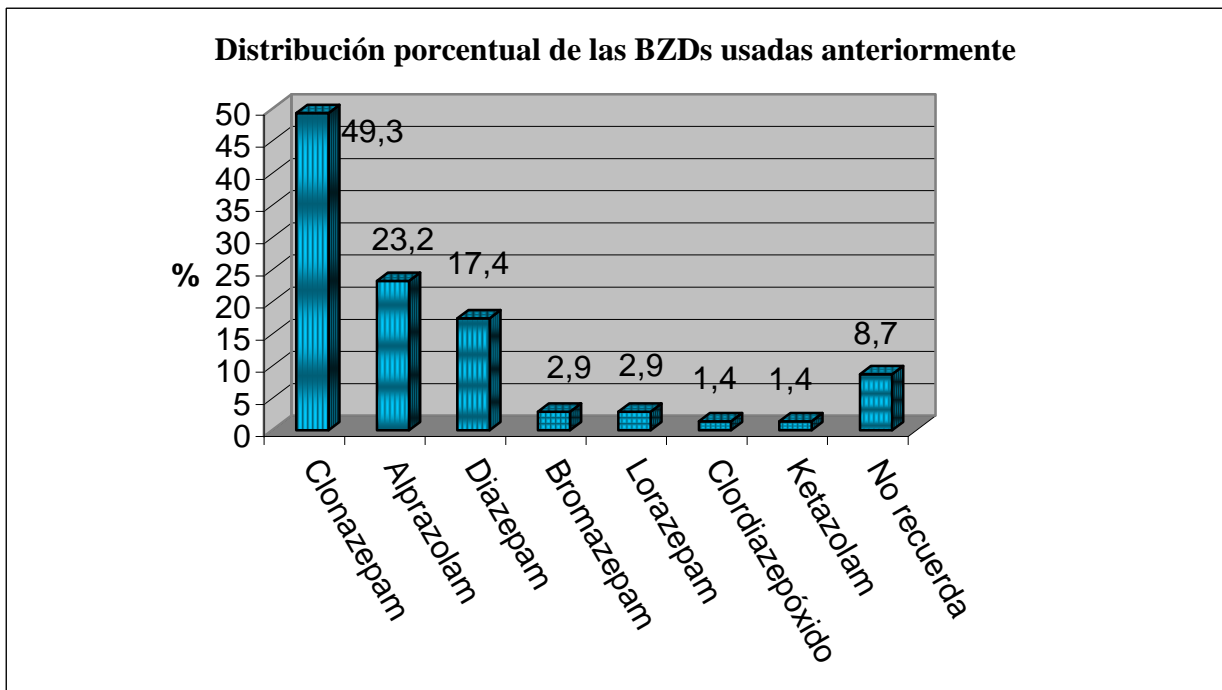
**Gráfico N° 10: Distribución porcentual del desarrollo de RAM, reportada por el paciente, según tiempo de uso del medicamento ansiolítico.**



**Gráfico N° 11: Distribución porcentual del desarrollo de dependencia, reportada por el paciente según tiempo de uso del medicamento ansiolítico.**



**Gráfico N° 12: Distribución del medicamento ansiolítico usado anteriormente.**



**ANEXOS**

## ANEXO 1

## FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha \_\_\_\_\_ Farmacia N° \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_ Adquiriente \_\_\_\_\_

## I. Características sociodemográficas

Edad \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_

| Nivel educacional | Completa | Incompleta |
|-------------------|----------|------------|
| Ed. Básica        |          |            |
| Ed. Media         |          |            |
| Técnico           |          |            |
| Superior          |          |            |

## II. Identificación general del medicamento y tratamiento:

❖ Receta: Sector Público \_\_\_\_\_ Sector privado \_\_\_\_\_

|                      |  |
|----------------------|--|
| Nombre comercial     |  |
| Nombre Genérico      |  |
| Dosis                |  |
| Duración tratamiento |  |

❖ ¿Por qué se prescribió el medicamento?

1- Ansiedad \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Trastorno pánico  
 \_\_\_\_\_ Trastorno de ansiedad  
 \_\_\_\_\_ Trastorno obsesivo compulsivo  
 \_\_\_\_\_ Trastorno por estrés post-traumático  
 \_\_\_\_\_ Fobias específicas  
 \_\_\_\_\_ Otras  
 \_\_\_\_\_ No sabe, no se acuerda

❖ **¿Presenta otra patología?**

No \_\_\_\_\_ Si (cuál/es) \_\_\_\_\_

❖ **Utiliza algún otro medicamento**

No \_\_\_\_\_ Si (cuál/es) \_\_\_\_\_

❖ **¿Tiene conocimiento sobre su patología?**

No \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_ ¿Qué sabe?

❖ **¿Conoce el medicamento que solicita?**

No \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_ ¿Qué sabe? \_\_\_\_\_ ansiolítico \_\_\_\_\_ nombre \_\_\_\_\_ dosis \_\_\_\_\_ posología

\_\_\_\_\_ duración tratamiento \_\_\_\_\_ Efectos adversos

\_\_\_\_\_ otros

❖ **¿Primera vez que utiliza el medicamento?:**

Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_ Tiempo de uso: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ años

❖ **¿Ha tenido mejoría usando el medicamento? Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**

❖ **Reacciones adversas:**

\_\_\_\_\_ sedación

\_\_\_\_\_ somnolencia

\_\_\_\_\_ dependencia

\_\_\_\_\_ alteraciones psicomotoras y cognitivas (visión, coordinación, concentración, atención, confusión, etc.)

\_\_\_\_\_ tolerancia

\_\_\_\_\_ reacciones paradójicas (aumento de ansiedad, irritación, rabia, alucinaciones, insomnio)

\_\_\_\_\_ ninguna de las anteriores

\_\_\_\_\_ otras.



❖ ¿Ha usado otro tipo de ansiolítico antes?

No \_\_\_\_\_

Sí (cuál) \_\_\_\_\_

❖ Cambio de medicamento, por qué:

\_\_\_\_\_ no se observo mejora

\_\_\_\_\_ aumento de dosis

\_\_\_\_\_ se observo efectos indeseados con medicamento anterior

\_\_\_\_\_ Motivos económicos

\_\_\_\_\_ Otros, ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

❖ ¿Tiene claro las indicaciones del médico?

No \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_

| Indicaciones                 | Sabe | No sabe |
|------------------------------|------|---------|
| Dosis del medicamento        |      |         |
| Cuántas veces al día         |      |         |
| Consumir día o noche         |      |         |
| Duración tratamiento         |      |         |
| No mezclar con alcohol       |      |         |
| Posibles reacciones adversas |      |         |

❖ ¿Cumple con el tratamiento?

No \_\_\_\_\_

Sí \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ toma el medicamento a las horas indicadas

\_\_\_\_\_ toma el medicamento cuando se siente mal

\_\_\_\_\_ toma el medicamento cuando se acuerda

\_\_\_\_\_ lo deja de tomar cuando desaparecen los síntomas

❖ ¿Si tiene dudas sobre el medicamento a quién acude?

\_\_\_\_\_ médico

\_\_\_\_\_ farmacéutico

\_\_\_\_\_ auxiliar de farmacia

\_\_\_\_\_ familiares o amigos

\_\_\_\_\_ internet

\_\_\_\_\_ otras

**ANEXO 2.**  
**Consentimiento Informado**

Título: Estudio Cualitativo del uso de ansiolíticos en pacientes de farmacias comunitarias Salcobrand de la ciudad de Valdivia.

Yo \_\_\_\_\_ (Rut del paciente), acepto participar en forma voluntaria en este estudio y declaro que he recibido información a cerca de este y he podido aclarar dudas al respecto. Se que los datos entregados por mí en este estudio serán tratados de manera confidencial para la investigación “Estudio cualitativo del uso de ansiolíticos en pacientes de farmacias comunitarias Salcobrand de la ciudad de Valdivia” del estudiante de Química y Farmacia de la Universidad Austral de Chile Srta. Geraldine Bozzo, por lo tanto mis respuestas no podrán ser individualizadas.

Comprendo que mi participación en este estudio es voluntaria, y que me puedo retirar de él si así lo estimo conveniente, y que mis respuestas no tendrán ningún tipo de repercusión e mis cuidados médicos y farmacéuticos.

\_\_\_\_\_  
Firma Paciente

\_\_\_\_\_  
Geraldine Bozzo  
(Alumno tesista)

Fecha: \_\_\_\_\_  
Valdivia, Farmacias Salcobrand