



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
TESIS DE POSGRADO

**AUTOMEDICACIÓN CON BENZODIACEPINAS Y RIESGO DE
ABUSO EN ADULTOS
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2019**

PRESENTADA POR
JOHN KLAUSS CABANILLAS TEJADA

ASESOR
MGTR. HENRY ALLPAS GÓMEZ

TESIS
PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN
INVESTIGACIÓN CLÍNICA

LIMA – PERÚ
2020



Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**AUTOMEDICACIÓN CON BENZODIACEPINAS Y RIESGO DE
ABUSO EN ADULTOS
HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2019**

TESIS

**PARA OPTAR
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

**PRESENTADO POR
JOHN KLAUSS CABANILLAS TEJADA**

**ASESOR
MGTR. HENRY ALLPAS GÓMEZ**

LIMA, PERÚ

2020

JURADO

Presidente: Teodoro Julio Oscanoa Espinoza, doctor en Medicina

Miembro: Luis Lens Sardón, magíster en Ciencias Farmacéuticas

Miembro: Caroline Malamud Kessler, máster Propio en el Sueño: Fisiología y
Medicina

Para todos mis seres amados

AGRADECIMIENTOS

A los profesores de la Facultad de Medicina de la Universidad San Martín de Porres, por las enseñanzas brindadas durante la Maestría de Investigación Clínica.

A mis padres, hermanos y Estefani, quienes me alentaron a culminar el presente proyecto.

Al doctor Christian Richard Mejía Álvarez, por la colaboración y orientación desde un inicio para la realización del presente trabajo.

Al magíster Henry Allpas Gómez, por su asesoría durante el desarrollo de la presente tesis.

Al Hospital San Juan de Lurigancho y sus autoridades, por brindarme las facilidades para ejecutar el trabajo en sus instalaciones.

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Índice	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA	17
III. RESULTADOS	21
IV. DISCUSIÓN	24
CONCLUSIONES	29
RECOMENDACIONES	30
FUENTES DE INFORMACIÓN	31
ANEXOS	38

RESUMEN

Objetivo: Establecer la relación entre la automedicación con benzodiazepinas y el riesgo de abuso, que requiere tratamiento, en pacientes adultos en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2019.

Metodología: Fue un estudio de tipo observacional, descriptivo correlacional, transversal y prospectivo. El tamaño de la muestra fue de 874 participantes (nivel de confianza 95.0%; potencia 80%). El muestreo se realizó de manera no aleatoria. Se usó una encuesta para determinar datos demográficos, uso de benzodiazepinas y preguntas del ASSIST 3.0.

Resultados: Dentro de las personas encuestadas los datos demográficos más prevalente fueron el sexo femenino (74,5%), la mediana de edades fue de 52 años (rango intercuartílico: 40-62 años), el rango de edad de 50-59 años (26,43%), el estado civil casado (31,6%), el nivel educativo secundaria (48,4%) y la ocupación como ama de casa (47,3%). De los encuestados, 485 fueron consideradas como consumidores de benzodiazepinas con receta médica y los otros 389 sin receta esta. Los consumidores con y sin receta médica que necesitan tratamiento fueron 129 (26,60%) y 245 (62,98%), respectivamente ($p < 0.001$).

Conclusiones: Hay una mayor prevalencia de personas que necesitan tratamiento para el abuso en el grupo de consumidores sin receta médica que en el de consumidores con esta, por lo que existe una relación significativa entre la automedicación con benzodiazepinas y el riesgo de abuso, que requiere tratamiento, en pacientes adultos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2019.

Palabras claves: Automedicación, benzodiazepinas, abuso, receta médica

ABSTRACT

Objective: To establish the relationship between self-medication with benzodiazepines and the risk of abuse that requires treatment in patients of legal age at the San Juan de Lurigancho Hospital, 2019.

Methodology: It was an observational, correlational descriptive, transversal and prospective study. The sample size was 874 participants (95.0% confidence level; 80% power). Sampling was performed non-randomly. A survey was used to determine demographics, benzodiazepine use, and ASSIST 3.0 questions.

Results: Among the respondents, the most prevalent demographic data were female sex (74.5%), the median age was 52 years (interquartile range: 40-62 years), the age range 50-59 years (26.43%), married marital status (31.6%), secondary education level (48.4%) and occupation as a housewife (47.3%). Of those surveyed, 485 were considered as consumers of benzodiazepines with prescription and the other 389 consumers without a prescription. Prescription and non-prescription consumers needing treatment were 129 (26.60%) and 245 (62.98%), respectively ($p < 0.001$).

Conclusions: There is a higher prevalence of people who need treatment for abuse in the group of consumers without a prescription than in the group of consumers with a prescription so there is a significant relationship between self-medication with benzodiazepines and the risk of abuse that requires treatment in adult patients at San Juan Hospital of Lurigancho in the year 2019.

Keywords: self-medication, benzodiazepines, abuse, prescription

I. INTRODUCCIÓN

Las benzodiazepinas son un grupo de sustancias que pertenece a los psicofármacos los cuales son definidos como todo producto farmacéutico que contiene sustancias psicotrópicas, las cuales son usadas como terapia para enfermedades psíquicas o neurológicas (1). Asimismo las benzodiazepinas pertenecen también a un grupo de fármacos denominados tranquilizantes es decir que tienen un efecto calmante. Este grupo de fármacos tranquilizantes al cual pertenece las benzodiazepinas está dividido en dos grupos: tranquilizantes mayores (neurolepticos) y menores (ansiolíticos); y estos últimos son usados como sedantes y para tratar la ansiedad; y las benzodiazepinas son su grupo más destacado (2).

Todas las benzodiazepinas que se usan en seres humanos tienen la capacidad de inducir la fijación del principal neurotransmisor inhibitorio, el ácido aminobutírico γ (GABA, γ -aminobutyric acid) al subtipo GABA_A de sus receptores que existen como conductos de cloruro multisubunidades regulados por ligandos y con ello estimulan las corrientes iónicas inducidas por GABA a través de dichos conductos.

Las benzodiazepinas son una familia homogénea de fármacos con una estructura química básica y manifiestan efectos clínicos cualitativamente similares, pero importantes diferencias cuantitativas en su espectro farmacodinámico y propiedades farmacocinéticas vinculadas a su estructura química, que han permitido perfiles diferentes de aplicaciones terapéuticas. Se piensa que diversos mecanismos distintos de acción contribuyen a los efectos sedantes-hipnóticos, miorrelajantes, ansiolíticos y anticonvulsivos de las benzodiazepinas, y subunidades específicas del receptor GABA_A son las encargadas de generar las propiedades farmacológicas específicas de esta categoría de fármacos (3,4).

Las benzodiazepinas modifican la actividad en todos los niveles del SNC, aunque tal acción muestra selectividad en algunas estructuras anatómicas. Los compuestos de esta categoría no producen los mismos grados de depresión neuronal generados por los barbitúricos y los anestésicos volátiles. Todas las benzodiazepinas poseen perfiles farmacológicos similares, aunque difieren en su

selectividad, razón por la cual la utilidad clínica de cada una de ellas varía considerablemente.

Conforme aumenta la dosis de una benzodiacepina, la sedación evoluciona y se torna hipnosis, para seguir con estupor. Las publicaciones clínicas suelen señalar los efectos “anestésicos” y usos de estos fármacos, pero no causan una verdadera anestesia general, porque el sujeto conserva la conciencia y no se alcanza la inmovilidad suficiente para hacer una operación quirúrgica. Sin embargo, en dosis “preanestésicas” él no recuerda (amnesia) hechos que ocurrieron después de administrarlo.

Las propiedades fisicoquímicas y farmacocinéticas de las benzodiacepinas modifican en grado sumo su utilidad clínica. Los fármacos que muestran actividad a nivel del receptor de benzodiacepina pueden dividirse, con base en su semivida de eliminación, en cuatro categorías; fármacos de acción (3–8):

- ultracorta (semivida menor de 6 h) que incluyen el triazolam y el midazolam,
- corta (semivida entre 6-12 h) que incluyen al loperazolam y oxazepam,
- intermedia (semivida de 12 a 24 h) que incluyen alprazolam, bromazepam y lorazepam,
- larga (semivida mayor de 24 h) que incluyen clonazepam y diazepam.

Tabla 1. Benzodiacepinas y sus características

FÁRMACO	VÍA ADMINISTRACIÓN	DE	USO CLÍNICO PRINCIPAL	POTENCIA
Alprazolam	Oral		Ansiolítico, antidepresivo	Alta
Bromazepam	Oral		Ansiolítico	Intermedia
Clonazepam	Oral		Anticonvulsivo, ansiolítico	Alta
Diazepam	Oral, IM, IV, rectal		Anticonvulsivo, ansiolítico	Baja
Lorazepam	Oral, IM, IV		Ansiolítico, hipnótico	Alta
Midazolam	IV, IM		Hipnótico, Anestésico	Alta
Triazolam	Oral		Insomnio	Alta

Fuente: (3-5,8)

A partir de esta estructura básica (Figura 1), se pueden realizar modificaciones químicas que, por su naturaleza y posición, pueden condicionar los efectos de la molécula final.

La posición R₇ es la más favorable para la actividad de las benzodiazepinas. Cuanto más electronegativo sea el sustituyente, tendrá una actividad más potente. Por lo tanto, podemos clasificar los sustituyentes de acuerdo con su potencia:

CF₃> NO₂> Br> Cl> OCH₃> CH₃

La sustitución por NO₂ generará propiedades bastante hipnóticas, mientras que la sustitución por Cl causará propiedades ansiolíticas. La sustitución en R₁ también aumentará la actividad al aumentar la alquilación. Además del resultado en la actividad, la sustitución también puede tener efectos sobre la vida media de las moléculas. Si en la posición R₃, hay sustitución por un grupo electronegativo (grupo hidroxilo, por ejemplo), esto conducirá a un aumento de la polaridad y, por lo tanto, a una eliminación más rápida por glucuronoconjugación (10).

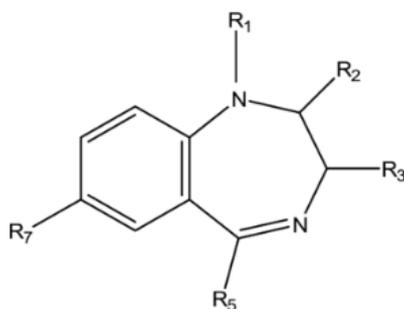


Figura 1. Estructura de las benzodiazepinas

Fuente: (3,4)

Tabla 2. Estructura de las benzodiazepinas

BENZODIAZEPINA	R ₁	R ₂	R ₃	R ₅	R ₇ '
Alprazolam	Anillo triazol fusionado		—H	—Fenil	—Cl
Bromazepam	—H	=O	—H	—2-Piridil	—Br
Clonazepam	—H	=O	—H	—2-Cl-Fenil	—NO ₂
Diazepam	—CH ₃	=O	—H	—Fenil	—Cl
Lorazepam	—H	=O	—OH	—2-Cl-Fenil	—Cl
Midazolam	Anillo triazol fusionado		—H	—2-F-Fenil	—Cl
Triazolam	Anillo triazol fusionado		—H	—2-Cl-Fenil	—Cl

Fuente: (3, 4,10)

Las benzodiacepinas son un grupo de fármacos cuyos efectos son prácticamente producto de sus acciones en el sistema nervioso central (SNC) y las más notables son sedación, hipnosis, disminución de la ansiedad, miorelajación, amnesia anterógrada y actividad anticonvulsiva. Un área de preocupación, en cuanto a la utilización de estos medicamento, en la terapia de la ansiedad, es el potencial para generar hábito, dependencia y abuso (4).

Las benzodiacepinas son un grupo de fármacos muy recetados en la práctica clínica y su prescripción, pese a existir mejores alternativas, es una problemática que impacta a la sociedad y en todo el mundo. Sus efectos adversos más resaltantes son las caídas, la aparición de dependencia y tolerancia asociada a un inadecuado uso crónico, con la aparición de síndromes de discontinuación si el consumidor deja de tomar este fármaco de manera abrupta. Debido al elevado poder adictivo y a una relación beneficio/riesgo desfavorable, que han demostrado estos fármacos, se debe tomar medidas para reducir su uso (9,11,12).

De acuerdo con el informe mundial sobre las drogas del 2019 emitido por la OMS, es una de las tres sustancias más utilizadas en varios países y su uso sin prescripción médica ocupa el primer lugar; Sudamérica es una de las regiones donde prevalece. Esto, además, es confirmado por la OEA que emitió un reporte en el 2019 respecto al consumo de drogas en América donde se indica que las benzodiacepinas es uno de los tranquilizantes más usados en la región (13,14).

De acuerdo a la normativa actual en Perú, son consideradas como sustancias psicotrópicas naturales o sintéticas. Ahora este tipo de productos podría causar dependencia tanto en el aspecto físico o psíquico por ello estas sustancias solo deben ser dispensadas con una receta médica (15).

La venta, sin prescripción, de los psicofármacos mencionados es una problemática que padece la sociedad en Perú. En el 2011, se registró que dentro de las farmacias y boticas del país el 25% vendían psicofármacos sin prescripción médica y dentro de este grupo se encuentran las benzodiacepinas objeto de estudio del presente trabajo, aun cuando su venta es controlada por norma de salud pública, de acuerdo con lo investigado por la Digemid. Los profesionales de salud de esta entidad

subrayarán que el consumo inadecuado y excesivo de tales medicamentos podrían causar varios problemas principalmente la dependencia e incluso la muerte; esto ha llevado a que las personas accedan a este tipo de medicamentos sin dificultad, cada vez los adolescentes hacen uso indiscriminado de este tipo de sustancias. Hoy Digemid continúa fiscalizando su venta sin prescripción; en el 2018, intervinieron a varias farmacias y boticas por vender este tipo de productos sin la respectiva prescripción médica, por lo tanto se puede observar que este problema continúa (16–18).

Esta información se ve apoyada, también, en estudios de prevalencia del uso no prescrito de psicofármacos tranquilizantes realizados por algunas organizaciones locales, en el 2012 la prevalencia de uso de tranquilizantes en la población escolar del Perú fue del 4%, y del 5.2% en la población universitaria, luego otros estudios fueron realizados posteriormente soportando lo mencionado; esto se podrá revisar más adelante en la sección de antecedentes (19).

Una de las problemáticas que acompaña a la anterior es la automedicación la cual es definida como el uso de medicamentos por iniciativa propia sin consulta previa al médico. Además, de acuerdo a la literatura el riesgo del abuso es descrito como una de las consecuencias de la automedicación (20,21).

Por lo mencionado, se observa que la automedicación tiene altos niveles de prevalencia en nuestro país, y si se acompaña con la venta sin receta, se podría intuir que la adquisición de psicofármacos en Perú es principalmente por la automedicación. Además, como se señaló, las benzodiazepinas tienen potencial para generar abuso por lo que un consumo indiscriminado, a través de la venta sin prescripción y la práctica de automedicación, significaría un alto riesgo producto de su abuso.

Antes de revisar los aspectos teóricos y explicar el desarrollo de este trabajo, es importante conocer los antecedentes sobre estudios realizados en relación con este tema:

Arango J, en 2018, publicó un estudio transversal que incluyó como población de estudio a 615 universitarios de Ingeniería de Sistemas y de Contabilidad, y su

objetivo fue establecer si el consumo de drogas se relaciona con las estrategias de afrontamiento de estrés. El instrumento que usó para evaluar el consumo de drogas fue el cuestionario ASSIST y uno de resultados fue que el 89,4% de los estudiantes ingieren sedantes presentando un consumo de riesgo bajo (22).

Taquia D et al., en 2018, publicaron un estudio transversal que incluyó como población a 400 pobladores de Huancayo que tuvo como objetivo establecer la incidencia de automedicación en la población a través de encuestas directas. Se concluyó que 41% de la población se automedicaba ansiolíticos, entre los cuales, las benzodiacepinas fueron las de mayor prevalencia; además, el 13% de pobladores que los toman sin prescripción médica lo realizan en forma habitual; y el 87%, rara vez (23).

Rodríguez E et al., en 2018, publicaron un estudio transversal y prospectivo que incluyó como población a 161 personas que acudieron a boticas y farmacia del distrito de Comas, su objetivo fue hallar la prevalencia de personas que se automedicaban de ansiolíticos a través de encuestas directas. Se concluyó que 92,6% se automedicaba y las benzodiacepinas fueron las de mayor prevalencia (24).

Parks K et al., en 2017, publicó una investigación transversal que incluyó como población a 1755 estudiantes de dos universidades públicas de Nueva York donde el propósito fue determinar la prevalencia del uso no médico de tres clases de medicamentos recetados (estimulantes, ansiolíticos / sedantes, analgésicos), se determinó que la mayoría (76,2%) de la muestra informó haber usado estimulantes; el 38,9%, haber usado ansiolíticos/sedantes y el 40,9%, analgésicos lo cual significa una alta prevalencia de consumo no médico de estas sustancias (25).

Recalde A et al., en 2017, se publicó un estudio transversal que evaluaría la relación entre el hábito de fumar y los indicadores del Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad y con factores de la personalidad, en una población de 188 estudiantes universitarios de Brasil, en uno de sus resultados, haciendo uso del cuestionario ASSIST, determinó puntajes más elevados en esta prueba en los

fumadores que en los no fumadores; se concluye que este hábito estaría asociado al uso de este tipo de medicamentos (26).

Guerrero E et al., en 2016, publicaron un estudio de corte transversal para determinar la prevalencia de uso de sustancias psicoactivas y el nivel de riesgo que conllevó esto, en 250 adultos urbanos de Boaco (Nicaragua), haciendo uso de la prueba ASSIST dando como uno de sus resultados que la prevalencia de consumo de sedantes fue del 4% de los cuales 40% estaban en un grado de riesgo moderado y el 60%, en un grado de riesgo alto lo que indicaría que la personas que consumen este tipo de medicamentos sin receta médica tiene alta probabilidad de padecer problemas de salud como una futura dependencia (27).

Merchant R et al., en 2016, publicaron una investigación donde se analizaron dos estudios transversales que se llevaron a cabo entre el 2012 y 2013, la población fue los pacientes del departamento de emergencia en el cual se observó la variación de prevalencia de uso y de la necesidad de intervención en base a los resultados de la prueba ASSIST. Respecto a las benzodiacepinas se detectó que en una población de 6432 el 9.7 % había hecho uso de estas sustancias en algún momento de su vida, y cuyo puntaje promedio fue de 7.1 (0.43) lo que quiere decir la necesidad de un tratamiento breve (28).

Hermoza-Moquillaza R et al., en 2016, publicaron un estudio de investigación observacional, descriptivo y transversal que incluyó como población 406 personas que hacían uso de establecimientos farmacéuticos de Pueblo Libre, la investigación determinó que la prevalencia de personas que se automedican fue 56,65% lo cual conllevó a concluir que la automedicación de dicha población fue alta (29).

Devida, en 2016, publicó un estudio epidemiológico que abordó el uso de drogas por parte de los estudiantes universitarios en Perú cuyo objetivo fue estimar el nivel de consumo drogas ilícitas y lícitas dentro de la población universitaria en Perú. Se realizó las encuestas a 4060 estudiante universitarios de manera *online*. Los resultados referentes al uso de tranquilizantes fue que el 11,4% de los estudiantes consumían estas sustancias ya sea con o sin receta médica; además, el 4% sin receta médica (30).

Muñoz M et al., en 2015, publicaron un trabajo transversal que incluyó como población 502 estudiantes de la Universidad del Azuay en Ecuador, la investigación determinó que el 96,4% y 98% de estudiantes de medicina y otras facultades respectivamente, consumían algún tipo de sustancia estimulante (31).

Calderón G et al., en 2015, publicaron un estudio transversal sobre el uso de tranquilizantes sin prescripción médica, que incluyó como población a 613 universitarios dando como resultado que 78 personas habían consumidos alguna vez tranquilizantes sin prescripción médica lo que conllevó a replantear el mecanismo de venta de estos tipos de producto (32).

Ramos J, en 2014, publicó un estudio de investigación observacional, descriptivo y transversal que incluyó como población 384 habitantes del distrito de Ate Vitarte que fueron a una de las siete farmacias y boticas elegidas en búsqueda de atención, se determinó que la frecuencia de automedicación fue 90,10% es una de las causas por parte de los consumidores que no consideraban la enfermedad que padecían tan grave y la otra fue que contaban con tiempo disponible para ir al médico (33).

Devida, en 2014, publicó un estudio que abordó el tema de la prevención y uso de drogas en Lima Metropolitana y el Callao donde se hizo encuestas directas a los participantes, se obtuvo como uno de sus resultados que el 3% de la personas encuestadas de 12 a 65 años de edad consumía medicamentos tranquilizantes sin receta médica (34).

Uchupe O, en 2013, publicó una investigación observacional, descriptivo y transversal que incluyó como población a 276 personas que viven en Villa el Salvador, se determinó que la prevalencia de automedicación es del 93.48 % concluyendo que esto significaría un problemas de salud pública que va en aumento; además, se pudo encontrar que un alto porcentaje se automedicaba por recomendaciones de terceros (35).

Automedicación

La OMS define a la automedicación cuando las personas seleccionan y hacen uso de manera deliberada medicamentos con el objetivo de tratar diferentes afecciones que ellos mismos detectan (36).

La automedicación no responsable es cuando una persona toma por cuenta propia un medicamento con venta bajo receta médica desconociendo su uso adecuado, sus riesgos potenciales, y los síntomas para los cuales los consume, además de realizarlo sin consultar al médico. La automedicación no responsable es conocida también como autoprescripción (37). También puede ser definida como el uso de medicamentos por decisión propia sin que algún profesional de salud de su opinión en el diagnóstico de lo que puede estar padeciendo el paciente ni en la prescripción ni en la dispensación ni en la supervisión o seguimiento de los efectos (20).

La automedicación también ha sido tradicionalmente definida para quienes consumen drogas, hierbas o algún remedio preparado en casa por decisión propia o por consejo de algún conocido, sin consultar a un médico. Una de las principales razones por la que los pacientes se automedican es porque no están dispuestos a someterse a la inconveniencia de visitar a un médico por lo que correctamente sienten que pueden manejar por sí mismos, con la información adecuada. La automedicación es muy común y se pueden enumerar una serie de razones para ello. La falta de tiempo, la falta de servicios de salud, la limitación financiera, la ignorancia, los malentendidos, la publicidad extensiva y la disponibilidad de medicamentos son responsables de la creciente tendencia de automedicación (38).

Consecuencias de la automedicación

La automedicación es un problema que ha ido en aumento en la sociedad y que ha llevado a producir consecuencias tales como las siguientes (21):

Nivel individual

- Autodiagnóstico inexacto
- No consultar inmediatamente a un médico adecuado
- Selección inadecuada del tratamiento
- No detectar riesgos farmacológicos inusuales

- Efectos adversos poco frecuentes pero graves
- No diagnosticar las contraindicaciones, interacciones, advertencias y precauciones
- No distinguir que el mismo ingrediente activo ya está siendo tomado bajo una denominación distinta.
- No informar de la automedicación reciente al médico que prescribió (doble medicación / interacción dañina)
- No reconocer ni informar las reacciones adversas a los medicamentos
- Vía de administración incorrecta
- Dosificación en exceso
- Uso en tiempo demasiado prolongado
- Riesgo de dependencia y abuso
- Interacción entre alimentos y medicamentos
- Almacenamiento en condiciones incorrectas o más allá de la vida útil recomendada.

Nivel comunitario

- La automedicación inadecuada podría resultar en un aumento de la enfermedad, la tolerancia, la resistencia en el cuerpo y el desperdicio de gastos.

La automedicación en Perú

De acuerdo a la encuesta realizada a nivel nacional por el INEN en el 2014 el 52.3% de los consumidores de farmacias y boticas afirmaron comprar medicamentos sin prescripción médica y el 19.2% respondieron que compraban medicamentos con receta médica pero no mostraron tal documento, tales cifras son bastantes altas si las apoyamos con trabajos de investigación sobre la frecuencia de automedicación que se realizaron en los distritos de Villa El Salvador (46.10%), Pueblo Libre (56.65%) y Ate Vitarte (90.10%); además, también en Ayacucho (87.80%) (29,33,39–41).

Asimismo, la encuesta realizada por el INEN muestra los motivos por lo que los usuarios recurren a la automedicación siendo las cinco primeras las siguientes (39):

- ya consumió antes el producto en referencia,
- no hay necesidad de ir al médico porque las molestias son leves,

- toma mucho tiempo ser atendido en un establecimiento de salud,
- las citas para la atención en un establecimiento de salud toman tiempo,
- el personal que trabaja en las farmacias da buenas indicaciones.

En 2018, una encuesta desarrollada por Kantar Worldpanel indicó que solo el 6% de los hogares en Perú no se automedicaba, teniendo mucha relación con los valores de prevalencia mencionados de la automedicación (42).

Cabe precisar que la automedicación es un hábito que se ha detectado en personas que asisten a centros hospitalarios, como se ha podido demostrar en algunos estudios de prevalencias de personas que se atienden en hospitales y/o clínicas (43,44).

Es una problemática que no solo prevalece en nuestro país, sino también en varios lugares del mundo, distintos estudios que miden la prevalencia de esta práctica han dado como conclusión que debemos enfocarnos en reducir la automedicación por las consecuencia que tiene dicha práctica (45–47).

Abuso

El abuso es una conducta de carácter desadaptativa dado que la persona dedica demasiado tiempo a una actividad lo que puede conllevar a que deje de realizar otras de su interés (48).

Si se enfoca al ámbito de los fármacos denominado “abuso de drogas”, se define de acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS) cuando las personas hacen uso excesivo, persistente o esporádica de un medicamento de tal manera que no esté relacionado con el uso indicado y la práctica médica permitida (49).

Se puede considerar como abuso de drogas cuando se toma de forma intencional dosis excesivas de un fármaco o cuando se consume a dosis terapéuticos, pero con fines distintos para los que está prescrito. Además se consideran que las expresiones “uso indebido” y “uso no médico” son iguales de abuso de drogas (49).

Riesgo de abuso

La OMS cuenta con el cuestionario ASSIST que es una herramienta que nos ayuda a detectar el nivel de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, entre las cuales están las benzodiacepinas. Cabe mencionar que el consumo que evalúa es el que se hace sin receta médica de manera esporádica o de manera constante de acuerdo al cuestionario, es decir evaluamos su abuso el cual como se indicó arriba es el uso excesivo, persistente y de manera esporádica sin prescripción médica. Es decir el cuestionario nos va poder ayudar a evaluar el nivel de riesgo del abuso de estos medicamentos lo cuales están clasificados de la siguiente manera (50,51):

- Bajo: Su actual patrón de consumo representa un riesgo bajo sobre su salud y de otros problemas.
- Moderado: Usted presenta riesgo para su salud y de otros tipos de problemas derivados de su actual patrón de consumo de sustancias.
- Alto: Usted presenta un riesgo elevado de experimentar problemas graves (de salud, sociales, económicos, legales, de pareja) derivado de su patrón actual de consumo y probablemente sea dependiente.

Dependencia y adicción

La dependencia es una conducta de carácter reiterativo donde el consumidor ha incluido esa actividad de la que abusa a sus necesidades e incluso reemplaza sus demás necesidades con ello buscando constantemente la sustancia, cosa o situación sin importar los daños (48).

En el ámbito de los fármacos a esta dependencia se le denomina “farmacodependencia”, la cual se define como el estado en que el consumidor genera un necesidad en repetir la dosis con el fin de poder sentirse bien o evitar sentirse mal” (49).

Una definición básica de la farmacodependencia de acuerdo al CIE-10 es cuando el individuo no puede controlar su conducta toxicófila y establece ciertos criterios para diagnosticar la farmacodependencia que se basa en seis puntos de control, dos de los cuales son al abstinencia y la tolerancia (49).

La farmacodependencia se puede producir en un individuo que utiliza de manera adecuada su fármaco, es decir que no ha recurrido al abuso. En estas situaciones el paciente debe continuar su tratamiento aun teniendo conocimiento de que se está produciendo una dependencia la cual sería notificada como una reacción adversa del fármaco (49).

De acuerdo a la AEPCCC la dependencia o la adicción empiezan como abuso, pero no siempre un abuso deriva en una dependencia. Se debe considerar que esta afirmación es de manera general y no se aplica en todos los casos como se mencionó donde se puede producir una dependencia pero por abuso del fármaco (48,49).

La adicción se puede considerar como un estado grave de dependencia, pero de acuerdo a la OMS es difícil distinguir la adicción de la dependencia. De acuerdo a otra fuente y a lo mencionado la adicción se puede considerar como una enfermedad crónica y también recurrente del cerebro en la cual el individuo sufre de una necesidad compulsiva de la droga aun sabiendo los riesgos que conlleva; y dado que afecta directamente al cerebro puede producir en la persona afectada conductas peligrosas (49,52).

Adicionalmente, el NIH menciona a la falta de supervisión como un factor de riesgo en la adicción de drogas, aquí podríamos considerar la falta de supervisión en la adecuada medicación lo que conlleva a la automedicación (52).

Cuestionario ASSIST (50,51)

Es la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias que fue elaborado por investigadores y especialista asistidos por la OMS. La razón de la elaboración de esta herramienta fue debido a que el consumo de psicoactivo se convirtió en un problema que afecta a la sociedad a nivel mundial preocupante en estos días.

Este cuestionario tiene actualmente dos versiones las 3.0 y la 3.1. La versión 3.0 está destinada para fines de investigación y es la que será usada en el presente trabajo, en cambio la 3.1 tiene fines clínicos y no aplicaba para este trabajo.

La prueba ASSIST es una encuesta haciendo uso de papel y lápiz destinado para las personas que hacen uso de las sustancias que se encuentran listadas en dicho cuestionario, además esta prueba debe ser llevada a cabo por un profesional de la salud dirigido a las personas que hacen uso de los psicoactivos.

El cuestionario tiene ocho preguntas y completarlo puede tomar aproximadamente de 5 a 10 minutos y puede ser usado en diferentes culturas dado que se le considera como una herramienta culturalmente neutra por ende el uso de esta fue aplicable para el presente estudio. Las sustancias de estudio del cuestionario son varias y entre ellas esta los sedantes o pastillas para dormir (benzodicepinas) la cuales son el objeto de estudio del presente trabajo de investigación.

El resultado del cuestionario ASSIST es un determinado puntaje que nos indica el nivel de riesgo de cada sustancia que ha consumido el usuario entrevistado. El nivel de riesgo es clasificado como 'bajo', 'moderado' o 'alto', y para cada clasificación se decide la intervención más apropiada ('no tratamiento', 'intervención breve' o 'derivación a un servicio especializado para evaluación y tratamiento' respectivamente).

Se puede concluir entonces que el cuestionario ASSIST es la primera prueba a usar para detectar el uso de sustancias psicoactivas, y sirve como guía a los profesionales de salud a conocer el nivel de riesgo de cada usuario y orientarle en el mejor tratamiento.

La prueba ASSIST es usada para detectar el nivel de riesgo por el abuso de las sustancias listadas en el cuestionario, para el caso de la benzodicepinas los riesgos que considera la prueba pueden ser la sedación hasta la misma muerte si se consume con bebidas alcohólicas (50): ha sido ya usado en anteriores estudios con la finalidad de detectar el uso de sustancias de abuso y el nivel de riesgo que tienen al consumir dichas sustancias, así como también en estudios hechos en Perú (22,53,54).

A continuación, se presenta un listado de los términos básicos de este estudio y sus respectivas definiciones:

Abuso: Es el uso no relacionado para lo que no está indicado el fármaco sin la supervisión médica adecuada (49).

Adicción: Es un estado grave de la dependencia, considerada como una enfermedad del cerebro que conlleva al deseo compulsivo de consumir una sustancia (49,52).

Ansiolítico: Es un fármaco psicotrópico que es usado para la sedación y para tratar la ansiedad (2).

ASSIST: Es la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias desarrollado por OMS (50).

Automedicación: Es cuando la personas consume algún fármaco sin previa prescripción médica es decir sin haber sido evaluado de su padecimiento (37).

Benzodiacepina: Son un grupo de medicamentos psicotrópicos que son usados como ansiolíticos es decir para uso sedativos y para tratar la ansiedad (4,15).

Dependencia: En este contexto hará referencia a la farmacodependencia en la que el consumidor del fármaco necesita dosis repetidas de esta para poder conseguir una sensación de bienestar (49).

Droga: En el ámbito de la medicina y farmacología, el término es igual a «principio activo» o fármaco, como lo indica la definición de la OMS (49).

Psicofármaco: Es una sustancia química psicotrópicas que es usados para padecimientos que afectan la mente (1).

Psicotrópico: Es un agente químico que afecta al sistema nervioso central, y que puede tener como consecuencia la dependencia física o psíquica (1,15).

Tranquilizante: Son medicamentos que se prescriben para ciertos padecimientos donde se requiere un efecto calmante (2).

El **objetivo general** de la investigación fue establecer la relación entre la automedicación con benzodiazepinas y el riesgo de abuso, que requiere tratamiento, en pacientes adultos en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2019; y como específicos y los **específicos**, determinar los factores sociodemográficos, la automedicación de benzodiazepinas en los encuestados, así como especificar el riesgo de abuso en el grupo de los que se automedican en el que consume con prescripción médica.

La **hipótesis** fue que la automedicación con benzodiazepinas tiene relación con el riesgo de abuso, que requiere tratamiento, en pacientes adultos en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2019.

II. METODOLOGÍA

Tipos y diseño de estudio

Según la intervención del investigador, fue un estudio observacional porque el investigador se limitó a describir el problema a estudiar a través de una encuesta y no controló las variables; según el alcance, descriptivo correlacional generando una relación entre ambas variables y una posible hipótesis causal; según el número de mediciones de las variables de estudio, transversal ya que solo hubo una medición; según el momento de la recolección de datos, prospectivo.

Los datos de la encuesta respecto al nivel de riesgo de abuso categorizaron a los encuestados de la siguiente manera:

- No hay riesgo: No requiere tratamiento
- Riesgo leve: No requiere tratamiento
- Riesgo moderado: Requiere tratamiento leve
- Riesgo alto: Requiere tratamiento intensivo

Para fines de este trabajo, se vio conveniente en base a esta información agrupar a los pacientes en aquellos que

- no requieren tratamiento,
- requieren tratamiento.

De esta manera se evaluó la relación entre la automedicación y la necesidad de tratamiento por abuso de benzodiazepinas.

Adicionalmente, el grupo de consumidores de benzodiazepinas se clasificó como consumidores con receta médica y otros sin receta médica de acuerdo con los siguientes criterios:

Personas que no practican automedicación:

- consumidores con una receta médica vigente

Personas que practican automedicación:

- consumidores sin receta médica

- consumidores con una receta médica no vigente

Población universo

Pacientes adultos consumidores de benzodiazepinas.

Población de estudio

Pacientes adultos consumidores de benzodiazepinas que asistieron a los servicios de medicina del Hospital San Juan de Lurigancho durante el año 2019, que cumplían, además, los criterios de inclusión y exclusión que más adelante se mencionará.

Tamaño de la muestra

Fue calculado tomando como referencia una prueba piloto que se realizó en el mismo establecimiento de salud del estudio. El tamaño de la muestra fue de 874 participantes (nivel de confianza 95.0%; potencia 80%).

Muestreo o selección de la muestra

El muestreo fue realizado de manera no aleatoria, los pacientes fueron abordados en el establecimiento en concordancia con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Pacientes adultos (≥ 18 años)
- Consumidores de benzodiazepinas
- Personas que acuden a los servicios de medicina al momento de la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Personas que no cuentan con la capacidad mental para dar respuesta por sí mismo.
- Personas que han hecho uso de benzodiazepinas pero no como tranquilizante o para dormir.

Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Los datos, tanto de la variable dependiente como independiente, fueron recolectados a través de una encuesta que está conformada por preguntas respecto a datos demográficos, y si usa o ha usado benzodiazepinas con receta médica y preguntas del cuestionario ASSIST para la evaluación del nivel de riesgo de abuso el cual será usado para agrupar a los pacientes en "No requiere tratamiento" o "Requiere Tratamiento".

Los pacientes que acudieron a los servicios de medicina fueron abordados, previa autorización de la institución, en la sala de espera donde se les consultó si desean participar de la encuesta, explicándoles el propósito de ello. Una vez que el paciente aceptó, el encuestador continuó con la toma de la firma del formato de consentimiento informado y con el llenado de la encuesta de acuerdo a cómo el paciente se sienta más cómodo.

Instrumentos de recolección y medición de variables

Como se mencionó el instrumento para evaluar la automedicación y el nivel de riesgo de abuso fue el cuestionario ASSIST elaborado por OMS. La versión 3.0 está destinada para fines de investigación y es la que se usó en el presente trabajo. Cabe precisar que como se mencionó anteriormente el cuestionario ASSIST evalúa el abuso de 10 tipos de sustancias entre las cuales están las benzodiazepinas, para este estudio las preguntas fueron dirigidas solo para este grupo de medicamentos, esto no afecta los resultados dado que las preguntas son las mismas para todas las sustancias lo único que diferencia es sobre cuál se le está preguntando al, la integridad de las preguntas se conservó.

Procesamiento y análisis de datos

Los datos recolectados se ingresaron y analizaron en una computadora personal, haciendo uso del programa STATA. Las variables que se consiguieron después de haberlos procesado se analizaron estadísticamente, y para ver el grado de relación se usó la prueba estadística de Chi² con un nivel de confianza del 95 %.

Aspectos éticos

Las encuestas solo se procedieron a realizar previo consentimiento informado es decir una vez que el formato escrito fuera comprendido, aceptado y firmado por los participantes, además fueron anónimas y no incluyeron ningún dato que pueda identificar al participante para asegurar la confidencialidad de la información obtenida. En caso de que el paciente decidiera no continuar con la entrevista esta se suspendió. Los resultados fueron entregados a los encuestados si ellos lo solicitaban, de no querer recibir dicha información se respetó su deseo. Las encuestas completadas y los consentimientos informados firmados quedan bajo el resguardo del investigador asegurando la confidencialidad de los datos de los participantes y además estos no formarán parte de la información a publicar del presente estudio manteniendo el anonimato de los participantes. Asimismo, se estableció el compromiso con el hospital para hacer entrega de un informe de los resultados y conclusiones con el fin de que busquen mejoras en sus procesos y en el control de estos medicamentos.

III. RESULTADOS

Tabla 3. Características de la población encuestada

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Masculino	223	25,5%
Femenino	651	74,5%
Edad (años)		
18-29 años	71	8.12%
30-39 años	129	14.76%
40-49 años	178	20.37%
50-59 años	231	26.43%
60-69 años	169	19.34%
70-79 años	80	9.15%
> 80 años	16	1.83%
Estado civil		
Soltero(a)	264	30,2%
Casado(a)	276	31,6%
Viudo(a)	65	7,4%
Otro	269	30,8%
Nivel de estudios		
Ninguno	33	3,8%
Primaria	193	22,1%
Secundaria	423	48,4%
Técnico	105	12,0%
Superior	120	13,7%
Ocupación		
Operario/de campo	308	35,2%
Administrativo/Oficina	58	6,6%
Desempleado	74	8,5%
Ama de casa	413	47,3%
Estudiante	15	1,7%
Jubilado	6	0,7%

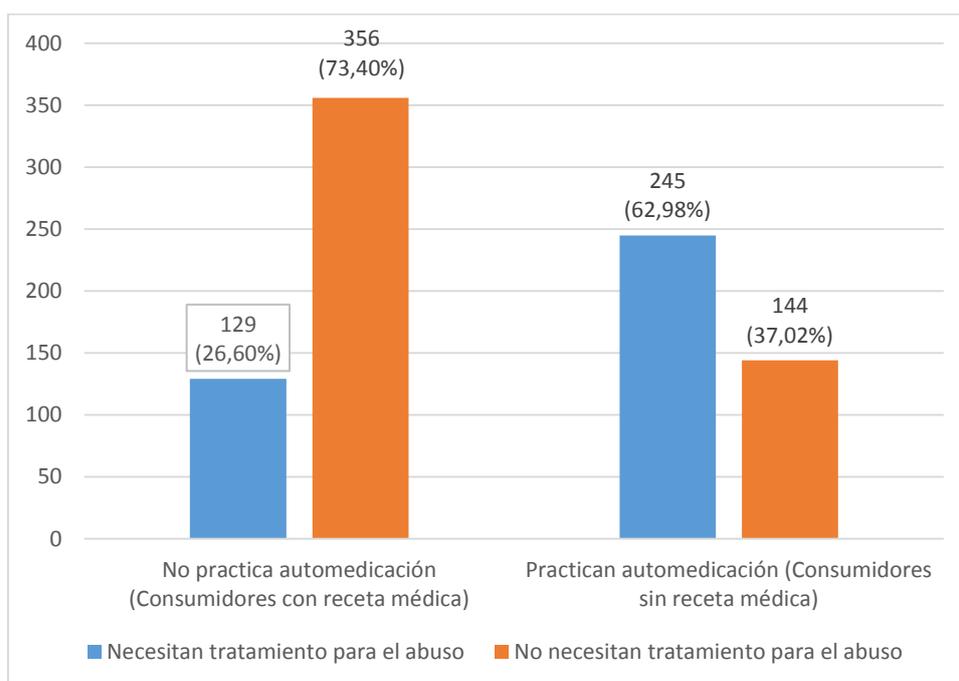
De los 874 personas que fueron encuestada, el sexo femenino fue el más prevalente (74,5%), la mediana de edades fue de 52 años (rango intercuartílico: 40-62 años), el rango de edad más prevalente fue 50-59 años (26,43%); el estado civil más común, el casado (31,6%); el nivel educativo más común, el de secundaria (48,4%) y la ocupación más común, el de ama de casa (47,3%).

Tabla 4. Uso de la receta médica en la población encuestada:

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Personas que no practican automedicación (Grupo 1)		
Personas consumidores con receta médica vigente	485	55.49%
Personas que practican automedicación (Grupo 2)		
Personas consumidores sin receta médica	206	23.57%
Personas consumidores con una receta médica no vigente	183	20.94%
TOTAL	874	100.00%

De los 874 encuestados, 485 (55,49%) han hecho uso de receta médica para el consumo de benzodiazepinas, 206 (23,57%) han consumido sin haber sido recetados y 183 (20.94%) han consumido con una receta no vigente.

Gráfico 1. Necesidad de tratamiento en ambos grupos de estudio



*p<0.001 (Chi-cuadrado de Pearson)

De los encuestados 485 fueron consideradas como consumidores de benzodiazepinas con receta médica y los otros 389 sin receta. De los primeros, 129 (26,60%) necesitan tratamiento para el abuso y de los segundos 245 (62,98%) también.

Tabla 5. Datos demográficos vs. abuso que necesita tratamiento

Variable	Necesitan tratamiento para el abuso	No necesitan tratamiento para el abuso	Valor p
Sexo			
Masculino	111 (49,78%)	112 (50,22%)	0,015
Femenino	263 (40,40%)	388 (59,60%)	
Edad (años)			
	53 (42-62)	49 (37-59)	0,183
18-29 años	32 (45,07%)	39 (54,93%)	
30-39 años	67 (51,94%)	62 (48,06%)	
40-49 años	73 (41,01%)	105 (58,99%)	
50-59 años	94 (40,69%)	137 (59,31%)	
60-69 años	62 (36,69%)	107 (63,31%)	
70-79 años	38 (47,50%)	42 (52,50%)	
> 80 años	8 (50,00%)	8 (50,00%)	
Estado civil			
Soltero(a)	117 (44,32%)	147 (55,68%)	0,863
Casado(a)	120 (43,48%)	156 (56,52%)	
Viudo(a)	27 (41,54%)	38 (58,46%)	
Otro	110 (40,89%)	159 (59,11%)	
Nivel de estudios			
Ninguno	10 (30,30%)	23 (69,70%)	0,095
Primaria	72 (37,31%)	121 (62,69%)	
Secundaria	185 (43,74%)	238 (56,26%)	
Técnico	54 (51,43%)	51 (48,57%)	
Superior	53 (44,17%)	67 (55,83%)	
Ocupación			
Operario/de campo	136 (44,16%)	172 (55,84%)	0,022
Administrativo/Oficina	34 (58,62%)	24 (41,38%)	
Desempleado	26 (35,14%)	48 (64,86%)	
Ama de casa	166 (40,19%)	247 (59,81%)	
Estudiante	7 (46,67%)	8 (53,33%)	
Jubilado	5 (83,33%)	1 (16,67%)	

La relación entre el sexo y la necesidad de tratamiento tuvo un $p=0,015$ y la relación entre la ocupación y la necesidad de tratamiento, un $p=0,022$.

IV. DISCUSIÓN

A la fecha de haber realizado este trabajo, se han hecho varios estudios que se han ido señalando en la introducción sobre la prevalencia de automedicación en Perú que muestran altos niveles de este hábito en nuestro entorno y también estudios sobre el abuso de benzodiazepinas, algún fueron hechos con el cuestionario ASSIST el cual se usó en esta investigación. Sin embargo, no hay uno que relacione el hábito de la automedicación y el riesgo de abuso de benzodiazepinas lo cual es algo que se buscó.

Este estudio ha sido realizado en base a la definición de abuso de OMS que indica que toda persona hace uso excesivo, persistente y de manera esporádica de un medicamento de tal manera que no esté relacionado con el uso indicado y la práctica médica permitida está cometiendo abuso. Cabe precisar que OMS hace una distinción en los niveles de abuso, dado que es muy distinto una persona que ha consumido un benzodiazepina sin prescripción una vez al mes de manera constante a una que la consume de la misma manera, pero semanalmente. Es por ello que se clasifica el abuso en categorías de acuerdo a su gravedad y a la necesidad de tratamiento (49,50). Debido a ello se resalta que el presente estudio no está evaluando la dependencia dado que eso implicaría detectar a las personas dependientes de sus dosis terapéuticas, dependientes de dosis altas y a los usuarios de sustancias ilícitas (3). En base a ello, se quiso demostrar la relación de la automedicación de benzodiazepinas con un nivel de riesgo de abuso que requiere tratamiento. La frecuencia de la automedicación fue evaluada en el cuestionario ASSIST lo cual formó parte de la evaluación del nivel de riesgo del abuso. El puntaje del cuestionario ASSIST fue calculado acorde a las instrucciones de la OMS, es decir solo se sumó el puntaje de la pregunta 2 a la pregunta 7; y este puntaje fue evaluado con la siguiente tabla (50):

Tabla 6. Interpretación del puntaje ASSIST

Nivel de riesgo	Bajo	Moderado	Alto
Requerimiento de tratamiento	Sin Intervención	Intervención Breve	Tratamiento más intensivo
Puntaje	0 - 3	4 - 26	27+

Y como se mencionó anteriormente para fines de este trabajo, se vio conveniente agrupar a los pacientes en personas que no requieren tratamiento (sin intervención) y las que si requieren tratamiento (Intervención Breve y Tratamiento más intensivo).

La pregunta 8 del cuestionario ASSIST no forma parte de la suma antes mencionada y su interpretación fue hecha de acuerdo a las indicaciones del cuestionario ASSIST las cuales están indicadas en el mismo cuestionario.

La bibliografía indica que el uso de benzodiazepinas podría llevar a un nivel de riesgo de abuso grave que podría requerir tratamiento, y que por ello el uso de este tipo de medicamentos bajo prescripción médica es crítico. Encontrar una relación entre el consumo sin prescripción médica y un nivel de riesgo de abuso que requiere tratamiento, reforzaría la idea mencionada (9,11,12).

Las personas que fueron encuestadas han hecho uso de benzodiazepinas como tranquilizantes o como pastillas para dormir de acuerdo al cuestionario usado, pero se debe precisar que se desconoce la especialidad médica que ha prescrito estos medicamentos a las personas que han tenido receta médica; así como también el motivo exacto por el cual fue prescrito. Además se debe considerar que el hospital es un establecimiento categoría II-2, es decir, cuenta con varias especialidades que han podido prescribir estos medicamentos (55). Esta información no formó parte de la evaluación dado que no fue relevante para nuestro objetivo e implicaría otro tipo de estudio.

De acuerdo a la edad registrada en los cuestionarios, las personas con rango de edad de 50-59 años tuvieron mayor prevalencia (26.4%) en el uso de estos medicamentos. La característica de la edad es un factor que no está muy definido respecto al consumo de benzodiazepinas, un estudio hecho en Lima, en el 2013, indica a las personas de 51-65 años de edad como los mayores consumidores, pero por una ligera diferencia respecto a los otros grupos. Luego, otro estudio indica a las personas de 42-49 años como los mayores consumidores, pero con receta médica y a los de 20-39 años sin receta, por lo tanto podríamos decir que la edad no es un factor que se pueda extrapolar a todas las poblaciones (23,34,56).

Respecto a los datos demográficos, se observa que el consumo de benzodiazepinas es más prevalente en mujeres mostrando una prevalencia de 74,5% en la muestra estudiada en comparación con 25,5% que representaría a los hombres, este resultado está en concordancia con la bibliografía indican que el sexo femenino tiene más tendencia a consumir este tipo de productos (13,14,23,24,30,34).

Las personas que han sido solteras (30,2%) y casadas (31,6%) han sido los más prevalentes en el uso de este grupo de medicamentos. Este resultado tiene relación con un estudio hecho en Estados Unidos en un grupo de consumidores de benzodiazepinas donde tanto las personas solteras como casadas fueron las de mayor prevalencia. En Perú, no hay un trabajo similar al realizado en Estados Unidos para sustentar lo mencionado, pero si hay un estudio de prevalencia de automedicación donde las personas solteras y casadas fueron los más prevalentes, y debemos considerar también las características de la población de Lima que de acuerdo a la encuesta que realizó Devida para evaluar el consumo de tranquilizantes, la población de Lima metropolitana era en su mayoría casados y solteros esto quiere decir que existe mayor probabilidad de encontrar en estas personas en un estudio de esta naturaleza (33,34,57).

Respecto a su ocupación, se notó que la opción de otros fue de alta prevalencia por lo que se procedió a detallar los grupos y se consiguió que las amas de casa fueron el que más consumía benzodiazepinas (47.3%). Se debe recordar que este resultado está relacionado al hecho que se comentó donde las mujeres fueron el grupo donde se encontró mayor nivel de prevalencia. Un estudio de prevalencia de automedicación en Perú indican a las amas de casa como las que tienen mayor prevalencia en esta práctica. Además, un estudio extranjero indica que las mujeres amas de casa tienen más tendencia a la práctica de la automedicación que las mujeres que cuentan con un trabajo remunerable (33,58).

Las personas con un nivel de educación secundaria (48,4%) fueron el grupo más prevalente en el consumo de benzodiazepinas, resultados muy similares se tuvo en un estudio en España donde personas con instrucción de nivel secundaria fue el

grupo más prevalente; además un estudio hecho en Perú también indicó que las personas con este nivel de educación fueron el grupo de mayor prevalencia en el consumo de estas sustancias (24,59).

Referente al uso de recetas médicas, se encontró que el 55,49% de los encuestados las han usado para consumir benzodiazepinas. Este nivel de uso fue esperado dado que la encuesta fue hecha en un hospital por lo tanto hay más probabilidad de que las personas que se atienden sigan las instrucciones de su médico. Esto no quiere decir que estos 55.49% no han hecho uso de benzodiazepinas sin receta médica dado que las encuestas detectaron que de este grupo 26,6% requiere tratamiento por riesgo de abuso. Esto quiere decir que hay un grupo que hace uso de este medicamento con y sin prescripción médica. Las razones por la que puede pasar esto son variables podríamos pensar que las personas no se sientan satisfechas con la dosis administrada por su médico, otros que han completado sus visitas ya no desearían retomarlos, etc. Las razones no fueron estudiadas en el presente estudio e implicaría un análisis por separado.

Ahora enfocándonos en el objetivo principal del estudio el cual fue saber si existía una relación entre el hábito de la automedicación y un abuso que requiere tratamiento. Del grupo pudimos detectar 485 personas que han hecho uso de receta médica, es decir, personas que han seguido las indicaciones de su médico prescriptor y han asistido a sus visitas, las cuales son importantes para que pueda revisar el correcto uso del medicamento (3). De estas 485 personas, solo el 26.6% tenía un nivel de riesgo de abuso que requería ser tratado, aquí se tiene a personas que siguen su receta médica pero que a pesar de ello sienten la necesidad de buscar cantidades adicionales a tal punto que necesitan ser tratados.

Luego 389 personas del grupo 2 que son las que han consumido solo sin receta médica o que han abandonado sus controles con su médico prescriptor, y que se han enfocado solo en el hábito de automedicarse. De estas, 62,98% señalaron un nivel de uso de estos medicamentos que necesitan ser tratados.

Haciendo uso de la prueba de χ^2 , se obtuvo un $p < 0.001$ siendo mucho menor del nivel de significancia de 0.05 que se tenía establecido, por lo tanto, este

resultado indicó que sí existe una relación significativa entre la automedicación de benzodiazepinas y un nivel de riesgo de abuso que requiere tratamiento. Este resultado tiene mucha relación con la bibliografía que indica que el uso indiscriminado y sin control de benzodiazepinas puede llevar al abuso y dependencia de este tipo de productos.

La relación de datos demográficos con el abuso que requiere tratamiento brindó también información que debería seguir investigándose. El análisis que se pudo realizar con la muestra tomada indicó que el sexo y la ocupación tienen una relación significativa con el nivel de riesgo de abuso que requiere tratamiento, lo cual coincide con los estudios de prevalencia señalados de que grupos demográficos practican más la automedicación. Esto reforzaría que la automedicación tiene una relación significativa con un nivel de riesgo de abuso que requiere tratamiento.

CONCLUSIONES

Existe una relación significativa entre la automedicación con benzodiazepinas y el riesgo de abuso que requiere tratamiento en pacientes adultos en el Hospital San Juan de Lurigancho en el año 2019.

De los factores demográficos, solo la edad y la ocupación han dado un resultado que indica una relación significativa con el abuso que requiere tratamiento.

El 55,49% de los encuestados ha sido considerado como personas que consumen con receta médica y el 44,51% han sido considerados como seres que practican automedicación, de acuerdo a los criterios establecidos en el estudio.

De las personas que practican la automedicación, el 62,98% necesitan tratamiento para el abuso y de las personas que hacen uso de su receta médica el 26,60% necesitan tratamiento para el abuso.

RECOMENDACIONES

Realizar un estudio que incluya un mayor número de sujetos de mayor variedad desde el punto de vista demográfico, es decir, ya no solo personas de un solo hospital, sino captar personas de diferentes sectores que permita determinar de mejor manera la existencia de relación significativa entre la automedicación y el abuso que requiere tratamiento. Asimismo, esto también ayudará a tener un mayor muestra por cada tipo de benzodiazepinas y, de esa manera, poder comparar los riesgos entre los fármacos de este grupo.

Además, un estudio para comparar el uso de benzodiazepinas entre las mujeres que son amas de casa y las que tienen un trabajo remunerado, ayudaría a confirmar que esta ocupación es un factor de riesgo.

Dado que el nivel de significancia obtenido, fue bastante menor y, por ende, existe una relación significativa, se recomienda el control adecuado de este tipo de medicamentos por parte de los prescriptores y dispensadores. Además, de la concientización en la población sobre el uso correcto de tipo de medicamentos.

Efectuar un estudio prospectivo para evaluar si la automedicación es causa de este abuso, dado que la presente investigación ha concluido que hay una relación significativa más no indica a la automedicación como una causa. En este estudio prospectivo recomendado, incluiría una evaluación a la par de la historia clínica y de un seguimiento del paciente que nos permitirá, además, conocer el motivo de prescripción de estos medicamentos.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. ANMAT. Psicotrópicos y Estupefacientes: Visión Farmacológica y Normativa. 3era ed.; 2014.
2. Marion NE, Oliver WM. Drugs in American Society: An Encyclopedia of History, Politics, Culture, and the Law [3 volumes]. ABC-CLIO; 2014. 1295 p.
3. Duroy D, Lejoyeux M. Addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et al. apparentés) [ECN Item 75]. Rev Prat - Monogr. 2016;(Tome 66, n.º 9):e395-8.
4. Brunton L, Chabner B, Knollman B. Goodman & Gilman, Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12ava ed. McGraw Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.; 2011.
5. Guina J, Merrill B. Benzodiazepines II: Waking Up on Sedatives: Providing Optimal Care When Inheriting Benzodiazepine Prescriptions in Transfer Patients. J Clin Med. 2018;7:20.
6. Rang R, Ritter JM, Flower RJ, Henderson G. Rang & Dale Farmacologia. Elsevier; 2016. 789 p.
7. López A, Aroche A, Bestard J, Ocaña Fontela N. Uso y abuso de las benzodiazepinas. MEDISAN. 2010;14(4):0-0.
8. Davis S. Benzodiazepines. South Afr Pharm J. 2017;84(4):57-60.
9. Domínguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamosiunas G. Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. Rev Urug Med Interna. 2016;1(3):14-24.
10. Courbot T. Benzodiazépines et at. personnes âgées : problèmes liés à leur consommation et alternatives. [Francia]: Université de Lille 2; 2017.
11. Zaragoza G. Uso y abuso de benzodiazepinas. [Madrid]: Universidad Complutense; 2018.

12. Fegadolli C, Varela NMD, Carlini EL de A. Uso y abuso de benzodiazepinas en la atención primaria de salud: prácticas profesionales en Brasil y Cuba. *Cad Saúde Pública*. 2019;35(6).
13. The United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *World Drug Report 2019*. Vienna: UNODC; 2019.
14. Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD), Organización de los Estados Americanos (OEA). *Informe sobre el Consumo de Drogas en las Américas 2019*. Washington, D.C.: CICAD, OEA; 2019.
15. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid). *Reglamento de estupefacientes psicotrópicos sujetas a fiscalización sanitaria*. Decreto Supremo N° 023-2001-SA 2001.
16. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid). *El 25% de farmacias y boticas privadas vende ansiolíticos y antidepresivos sin receta médica* [Internet]. 2011. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=3&IdItem=60>
17. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid). *Intervienen farmacias y boticas que vendían medicamentos psicotrópicos sin exigir receta* [Internet]. 2018. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=3&IdItem=2125>
18. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (Digemid). *Cada vez más adolescentes hacen uso indiscriminado de ansiolíticos y antidepresivos* [Internet]. 2013. Disponible en: <http://bvcenadim.digemid.minsa.gob.pe/noticias/79-cada-vez-mas-adolescentes-hacen-uso-indiscriminado-de-ansioliticos-y-antidepresivos>
19. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC). *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. Lima: UNODC; 2013.

20. Marine A. La Automedicación y las Interacciones entre Alimentos y Medicamentos. En: Interacciones en Situaciones Especiales. Fundació IL3-UB. 2009.
21. Prasad SB. Self Medication and their consequences: A challenge to health professional. *Asian J Pharm Clin Res.* 2016;9(2):314-7.
22. Ramos A, Luliana J. Consumo de drogas y estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad privada de Lima Sur. [Lima]: Universidad Autónoma del Perú; 2018.
23. Taquia D, Aguilar Rocha YB. Incidencia de automedicación con ansiolíticos en la población del distrito de Huancayo. [Huancayo]: Universidad Privada de Huancayo; 2018.
24. Rodríguez ER, San Miguel Durand MÁ, Loya Espinoza W, Falcón Rodríguez D, Canelo Blas A. Nivel de automedicación de ansiolíticos en usuarios que acuden a boticas y farmacias de la urbanización retablo del distrito de Comas, Abril – Junio del 2018. [Lima]: Universidad Interamericana; 2018.
25. Parks KA, Frone MR, Muraven M, Boyd C. Nonmedical use of prescription drugs and related negative sexual events: Prevalence estimates and correlates in college students. *Addict Behav.* 2017;65:258-63.
26. Recalde A, Reppold C, Bizarro L. Severidad del uso de tabaco, personalidad e indicadores de Trastorno de Déficit de Atención/ Hiperactividad en universitarios. *Rev Mex Investig En Psicol.* 2017;6(1):43-54.
27. Guerrero ED. Prevalencia y Nivel de Riesgo del Consumo de Sustancias Psicoactivas, en adultos urbanos de Boaco, durante mayo-junio del 2016. [Mangua]: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
28. Merchant RC, Liu T, Baird JR. Variations in Substance Use Prevalence Estimates and Need for Interventions among Adult Emergency Department Patients Based on Different Screening Strategies Using the ASSIST. *West J Emerg Med.* 2016;17(3):302-14.

29. Hermoza-Moquillaza R, Loza-Munarriz C, Rodríguez-Hurtado D, Arellano-Sacramento C, Hermoza-Moquillaza V. Automedicación en un distrito de Lima Metropolitana, Perú. *Rev Medica Hered.* 2016;27(1):15.
30. Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC), Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA. III Estudio epidemiológico andino sobre consumo de drogas en la población universitaria de Perú, 2016. Lima: UNODC, DEVIDA; 2016.
31. Muñoz MV, Pacurucu M. Automedicación y Consumo de estimulantes en Estudiantes de Medicina y Otras Facultades. [Cuenca]: Universidad del Azuay; 2015.
32. Calderón GA, Castaño GA. Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes universitarios. *Rev Virtual Univ Católica Norte.* 2015;44:152-62.
33. Ramos JD. Caracterización de la Practica de Automedicación en la Población Residente del Distrito de ATE de la Provincia de Lima - Marzo 2014. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
34. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas – DEVIDA. I Estudio sobre prevención y consumo de drogas en la población general de Lima Metropolitana y el Callao – 2013. Lima: DEVIDA – Observatorio Peruano de Drogas; 2014.
35. Uchupe O. Automedicación en los Pobladores de Villa El Salvador del Grupo I y II del Sector 6. [Lima]: Instituto Superior Tecnológico Privado «Daniel Alcides Carrion»; 2013.
36. World Health Organization. *The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication.* The Hague: WHO; 1998.
37. Dahir C, Hernandorena C, Chagas L, Mackern K, Varela V, Alonso I. La automedicación: un determinante en el uso racional de medicamentos. *Evid Act Pr Amb.* 2015;18(2):46-9.

38. Bennadi D. Self-medication: A current challenge. *J Basic Clin Pharm.* 2013;5(1):19-23.
39. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014. Lima: INEN; 2014.
40. Caldas E. Automedicación en la población del grupo 7 sector III de Villa el Salvador, Lima – Perú. [Lima]: Universidad Wiener; 2017.
41. Pillaca-Medina ML, Carrión-Dominquez K. Automedicación en personas adultas que acuden a boticas del distrito Jesús Nazareno, Ayacucho 2015. *An Fac Med.* 2016;77(4):387-92.
42. Kantar Worldpanel. Solo el 6% de hogares afirma no automedicarse [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.kantarworldpanel.com/pe/Noticias/Solo-el-6-de-hogares-afirma-no-automedicarse>
43. Quiroga D, Rodríguez DL. Automedicación en pacientes del servicio de farmacia de consulta externa 2 del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, abril de 2014. [Lima]: Universidad Wiener; 2015.
44. Cornejo HL. Influencia del nivel socioeconómico en la automedicación de personas adultas que acuden a los servicios de odontología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2018.
45. Altamirano V, Hauyón K, Mansilla E, Matamala F, Morales I, Maury-Sintjago E, et al. Automedicación en estudiantes de una residencia universitaria en Chillán, Chile. *Rev Cuba Salud Pública.* 2019;45(1).
46. García CJ. Caracterización de la automedicación en los estudiantes de pregrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, en la Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. [Bogota]: Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A.; 2016.

47. Rubio MDT, Pérez AD, Puerta ZB, Avila IYC. Automedicación y creencias en torno a su práctica en Cartagena, Colombia. Rev Cuid. 2017;8(1):1509-18.
48. Asociación Española de Psicología Clínica Cognitivo Conductual (AEPCCC). ¿Uso, abuso o dependencia? [Internet]; 2014. Disponible en: <http://www.aepccc.es/blog/item/uso-abuso-o-dependencia.html>
49. OMS. Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia. Ginebra: OMS; 2003. Report No.: 33.
50. OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria. Washington, D.C.: OPS; 2011.
51. OMS. OMS - ASSIST V3.0 [Internet]. 2003 [citado 7 de mayo de 2020]. Disponible en: https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_spanish.pdf
52. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas. Las Drogas, el Cerebro y el Comportamiento La Ciencia de la Adicción. Bethesda: NIH; 2014.
53. Campos HE. Sentido de vida en un grupo de jóvenes de un centro de rehabilitación en adicciones de Lima Metropolitana. [Lima]: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (UPC); 2016.
54. Colonio EM, Huaycañe J. Intervención breve en consumo de tabaco, alcohol y marihuana en estudiantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú - 2015. [Huancayo]: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2016.
55. Ministerio de Salud del Perú. RD N° 004-2010-DISA-IVLE-DG-DESP-OAJ - Categoría II-2 al Hospital San Juan de Lurigancho; 2010.
56. Perales LP, Yance EN. Factores que influyen en el consumo de medicamentos ansiolíticos (benzodiazepinas) en pacientes de farmacias del distrito el tambo- 2018. [Huancayo]: Universidad Roosevelt; 2018.

57. Kroll DS, Nieva HR, Barsky AJ, Linder JA. Benzodiazepines are Prescribed More Frequently to Patients Already at Risk for Benzodiazepine-Related Adverse Events in Primary Care. *J Gen Intern Med.* 2016;31(9):1027-34.
58. Atray M, Vijay R. Pattern of self-medication amongst housewives vs working women in urban population in Southern Rajasthan. *Int J Basic Clin Pharmacol.* 2018;7:1561-6.
59. Colell E, Sánchez-Niubò A, Domingo-Salvany A, Delclós J, G. Benavides F. Prevalencia de consumo de hipnosedantes en población ocupada y factores de estrés laboral asociados. *Gac Sanit.* 2014;28(5):369-75.

ANEXOS

1. Instrumento de recolección de datos CUESTIONARIO

A) Datos Demográficos:

- a) Edad: _____ (Años)
- b) Género: () Masculino () Femenino
- c) Estado Civil: () Casado(a) () Soltero(a) () Viudo(a) () Otro
- d) Ocupación () Operario/operativo () Administrativo/oficina () Desempleado () Otro
- e) Nivel de Estudios: () Ninguno () Primaria () Secundaria () Técnico () Superior

B) Uso de Benzodíacepinas con receta médica

Pregunta 1

A lo largo de su vida, ¿ha consumido alguna de estas sustancias alguna vez con receta médica?

Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, bromazepam, lorazepam, etc.)

- Si
- No

Si contestó "No", pasar a la sección de "uso de Benzodíacepinas sin receta médica"

Si contestó "Si", siga a la Pregunta 2.

Pregunta 2

¿Actualmente consume alguna de estas sustancias con receta médica?

Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, bromazepam, lorazepam, etc.)

- Si
- No

Si contestó "Si", pasar a la sección de "uso de Benzodíacepinas sin receta médica"

Si contestó "No", siga a la Pregunta 3 y 4

Pregunta 3

¿Cuándo aproximadamente fue su última receta?

Pregunta 4

¿Sigue asistiendo a sus visitas de control?

- Si
- No
- No fue necesario (por órdenes del médico)

C) Cuestionario ASSIST

Significado de sus respuestas:

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Pregunta 1

A lo largo de su vida, ¿ha consumido alguna de estas sustancias alguna vez? (solo las que consumió sin receta médica)	No	Si
Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, bromazepam, lorazepam, etc.)	0	3

*Si la respuesta fue negativas pregunte:
"¿Ni siquiera cuando estaba en la escuela?"*

*Si contestó "No", pare la entrevista.
Si contestó "Si", siga a la Pregunta 2.*

Pregunta 2

¿Con qué frecuencia ha consumido las sustancias que ha mencionado en los últimos tres meses?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, bromazepam, lorazepam, etc.)	0	2	3	4	6

*Si ha respondido "Nunca", pase a la Pregunta 6.
Si ha consumido alguna de las sustancias de la Pregunta 2 en los últimos tres meses, continúe con las preguntas 3, 4 y 5.*

Pregunta 3

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tenido deseos fuertes o ansias de consumir Tranquilizantes o pastillas para dormir?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, bromazepam, lorazepam, etc.)	0	3	4	5	6

Pregunta 4

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia le ha llevado su consumo de Tranquilizantes o pastillas para dormir a problemas de salud, sociales, legales o económicos?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, bromazepam, lorazepam, etc.)	0	4	5	6	7

Pregunta 5

En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia dejó de hacer lo que se esperaba de usted habitualmente por el consumo de Tranquilizantes o pastillas para dormir?	Nunca	1 ó 2 veces	Cada mes	Cada semana	A diario o casi a diario
Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, bromazepam, lorazepam, etc.)	0	5	6	7	8

Pregunta 6

¿Un amigo, un familiar o alguien más alguna vez ha mostrado preocupación por su consumo de Tranquilizantes o pastillas para dormir?	No, Nunca	Si, en los últimos 3	Si, pero no en los últimos 3 meses
Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, bromazepam, lorazepam, etc.)	0	6	3

Pregunta 7

¿Ha intentado alguna vez controlar, reducir o dejar de consumir Tranquilizantes o pastillas para dormir y no lo ha logrado?	No, Nunca	Si, en los últimos 3	Si, pero no en los últimos 3 meses
Tranquilizantes o pastillas para dormir (diazepam, alprazolam, clonazepam, bromazepam, lorazepam, etc.)	0	6	3

Pregunta 8

	No, Nunca	Si, en los últimos 3	Si, pero no en los últimos 3 meses
¿Ha consumido alguna vez alguna droga por vía inyectada? (ÚNICAMENTE PARA USOS NO MÉDICOS)			

NOTA IMPORTANTE:

A los entrevistados (as) que se han inyectado drogas en los últimos 3 meses se les debe preguntar sobre su patrón de inyección en este período, para determinar los niveles de riesgo y el mejor tipo de intervención.

Patrón de inyección:	Guía de intervención
Una vez a la semana o menos o Menos de 3 días seguidos	Intervención Breve, incluyendo la tarjeta "riesgos asociados con inyectarse"
Más de una vez a la semana o 3 o más días seguidos	Requiere mayor evaluación y tratamiento más intensivo

*UNA MAYOR EVALUACIÓN Y UN TRATAMIENTO MÁS INTENSIVO pueden ser proporcionados por profesionales de la salud en el ámbito de atención primaria, o por un servicio especializado para las adicciones si está disponible.

Fecha del llenado de la encuesta: ____/____/____

Nombres y apellidos del encuestador (a): _____

2. Tarjeta de respuesta del cuestionario ASSIST

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 2 – 5)

Nunca: no he consumido en los últimos 3 meses.

Una o dos veces: 1-2 veces en los últimos 3 meses.

Mensualmente: 1 a 3 veces en el último mes.

Semanalmente: 1 a 4 veces por semana.

Diariamente o casi a diario: 5 a 7 días por semana.

Tarjeta de respuesta (ASSIST Preguntas 6 - 8)

No, nunca

Si, pero no en los últimos 3 meses

Si, en los últimos 3 meses

3. Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

AUTOMEDICACION CON BENZODIACEPINAS Y RIESGO DE ABUSO QUE REQUIERE TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS

HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO 2019

Yo _____, declaro que se me ha explicado que mi participación en el estudio sobre el estudio conducido por el investigador **John Klauss Cabanillas Tejada** de la **Sección de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres**, consistirá en responder una entrevista que me tomará 5-10 minutos de mi tiempo y que pretende aportar al conocimiento sobre la relación entre la automedicación con benzodiazepinas y el riesgo de abuso que requiere tratamiento en pacientes adultos, comprendiendo que mi participación es una valiosa contribución.

Comprendo que mi participación será voluntaria y puedo finalizar mi participación en cualquier momento de la entrevista sin que esto represente algún perjuicio para mí. Además se me informó que la entrevista será totalmente confidencial, por lo que no se me pedirá identificación alguna y será anónima.

He recibido una copia de este formulario de consentimiento, de tal manera que cuente con los datos de contacto del Investigador si contará con alguna duda y/o consulta

Teléfono del Investigador: 990300352

Email del Investigador: klauss79@hotmail.com

Al firmar este documento, estoy de acuerdo con todo lo expuesto anteriormente

Fecha:

Hora:

Nombre del Participante

(Investigador principal o un
encuestador delegado por él)

Firma

Firma

3. Aprobación del Comité de Ética



La Molina, 15 de noviembre de 2018.

Oficio N° 1037- 2018 – CIEI-FMH-USMP

Señor Médico
John Klaus Cabanillas Tejada
Alumno - Posgrado
Facultad de Medicina Humana - USMP
Presente.-

Ref: Proyecto de Investigación titulado: "La automedicación con benzodiazepinas y el riesgo de abuso que requiere tratamiento en pacientes mayores de edad en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2019"

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que en cumplimiento de las buenas prácticas clínicas y la legislación peruana vigente de investigación científica en el campo de la salud, el Comité de mi presidencia, en la sesión del 12 de noviembre evaluó y aprobó el siguiente documento:

Proyecto de Investigación Titulado: "La automedicación con benzodiazepinas y el riesgo de abuso que requiere tratamiento en pacientes mayores de edad en el Hospital San Juan de Lurigancho, 2019"

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines que corresponda.

Atentamente,

Dr. Anadía Vargas Guerra
Presidenta
Comité Institucional de Ética de Investigación
de la Facultad de Medicina Humana de la
Universidad de San Martín de Porres

AYG/AB/0001

Facultad de Medicina Humana
Alameda del Corregidor N°1517 Urb. Sirius
III Etapa - La Molina
Tel: 365-2300 / 365-2574 / 365-3640
365-0483 / 365-0485 / 365-0487
medicina@usmp.pe
www.medicina.usmp.edu.pe

La Molina, 21 de mayo de 2019

Oficio No. 258 - 2019 - CIEI-FMH-USMP

Señor Doctor
John Klauss Cabanillas Tejada
Alumno
Posgrado de la Facultad de Medicina Humana
USMP
Presente

Ref. Proyecto titulado: “automedicación con benzodiazepinas y riesgo de abuso que requiere tratamiento en pacientes adultos Hospital San Juan de Lurigancho 2019.”

De mi consideración:

Es grato expresarle mi saludo y en atención a la carta recibida de **John Klauss Cabanillas Tejada** de posgrado de nuestra Facultad, quienes solicitan la revisión de la enmienda al proyecto de la referencia, cabe señalar que el proyecto fue aprobado inicialmente el 25 de junio de 2018 mediante *el Oficio No. 1037-2018-CIEI-FMH-USMP*.

Sobre el particular, informarle que en cumplimiento de las buenas prácticas clínicas y la legislación peruana vigente en materia de investigación científica en el campo de la salud, el Comité de mi presidencia, en la **sesión del 20 de mayo evaluó y aprobó** la enmienda al:

- **Proyecto titulado: “automedicación con benzodiazepinas y riesgo de abuso que requiere tratamiento en pacientes adultos Hospital San Juan de Lurigancho 2019.”**

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines que correspondan.

Atentamente,




Dr. Amador Vargas Guerra
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
de la Facultad de Medicina Humana de la
Universidad del San Martín de Porres

AVG/ABZ/ud

Facultad de Medicina Humana
Alameda del Corregidor N° 1517 Urb. Sirius
III Etapa - La Molina
Telf: 365-2300 / 365-2574 / 365-3640
365-0483 / 365-0485 / 365-0487
medicina@usmp.pe
www.medicina.usmp.edu.pe

4. Aprobación del Hospital San Juan de Lurigancho



Documento de la Organización de Cooperación por el Desarrollo y Promoción
"Asociación de la Salud Pública y el Desarrollo Humano"

MEMORANDUM Nº 226-2019-UADI-HSJL

A : M.C. PORFIRIO F. CHANGA CAMPOS
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO

ASUNTO : FACILIDADES PARA DESARROLLAR ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

FECHA : Canto Grande, 06 de Mayo del 2019

CARGO

Por medio del presente es grato dirigirme a Usted, para saludarle cordialmente y a la vez hacerle de conocimiento que con la finalidad de desarrollar el Proyecto de Investigación titulado: **"AUTOMEDICACIÓN CON BENZODIACEPINAS Y RIESGO DE ABUSO QUE REQUIERE TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO, 2019."** Se solicita se brinde las facilidades del caso al tesisista: **JOHN KLAUSS CABANILLAS TEJADA** de la Universidad: San Martín de Porres - Facultad de Medicina Humana Post Grado - Químico Farmacéutico con la finalidad de Optar el Grado de Maestría en Investigación Clínica, se aprobó

- PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.
- FORMATO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Agradeciendo su atención al presente queda de usted no sin antes reiterarle mi consideración y estima personal,

Atentamente,


M.C. PORFIRIO F. CHANGA CAMPOS
Jefe del Departamento de Apoyo
al Tratamiento y la Investigación

06 MAY 2019

16/220

6. Esquema del estudio

