

## ORIGINAL

## Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes consumidores de benzodiazepinas



Eva María García Atienza<sup>a,\*</sup>, Jesús López-Torres Hidalgo<sup>b</sup>, María Minuesa García<sup>c</sup>,  
María Ruipérez Moreno<sup>a</sup>, Francisco Javier Lucas Galán<sup>a</sup> y José Luis Agudo Mena<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Urgencias, Hospital General de Villarrobledo, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Albacete España

<sup>b</sup> Centro de Salud Zona VIII de Albacete, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, España

<sup>c</sup> Centro de Salud de Loja y consultorios de Ventorros de Balerna y Ventorros de la Laguna, Distrito Metropolitano de Granada, España

<sup>d</sup> Servicio de Dermatología, Hospital General de Villarrobledo, Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Albacete, España

Recibido el 6 de noviembre de 2020; aceptado el 8 de febrero de 2021

Disponible en Internet el 26 de marzo de 2021

### PALABRAS CLAVE

Calidad de vida relacionada con la salud;  
Benzodiazepinas;  
Estado de salud percibido;  
EQ-5D

### Resumen

**Objetivo:** Describir la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en consumidores de benzodiazepinas y comprobar si existe asociación con las características del tratamiento, su efectividad y las variables sociodemográficas.

**Diseño:** Estudio descriptivo de carácter transversal.

**Emplazamiento:** Consultas de medicina de familia.

**Participantes:** Cuatrocientos cincuenta y dos pacientes mayores de 18 años consumidores de benzodiazepinas o fármacos análogos.

**Mediciones principales:** La CVRS se evaluó mediante el cuestionario EuroQol-5D. Otras variables: síntomas de ansiedad o insomnio, variables sociodemográficas y características del tratamiento.

**Resultados:** La puntuación media  $\pm$  desviación estándar en el estado de salud fue de 62,80 (IC del 95%: 60,69-64,86), inferior en personas sin estudios ( $59,27 \pm 21,97$ ;  $p = 0,004$ ) y menor categoría social ( $60,02 \pm 21,27$ ;  $p < 0,001$ ). En cuanto a la tarifa social (índice EQ) se obtuvo una puntuación media de 0,6025 (IC del 95%: 0,5659-0,6391), superior en personas con mayor escolarización ( $0,6577 \pm 0,3574$ ;  $p = 0,001$ ), más categoría social ( $0,7286 \pm 0,3381$ ;  $p < 0,001$ ) y edad inferior a 65 años ( $0,6603 \pm 0,3426$ ;  $p < 0,001$ ). Las variables que mediante regresión múltiple se asociaron con el valor del índice EQ fueron ausencia de ansiedad/insomnio, pertenencia a clases sociales superiores, edad menor de 65 años y menor consumo de ansiolíticos/hipnóticos.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [evagatienza@gmail.com](mailto:evagatienza@gmail.com) (E.M. García Atienza).

**Conclusiones:** Los pacientes consumidores de benzodiazepinas manifiestan, a pesar del tratamiento, una moderada CVRS, inferior a la obtenida en población general o en pacientes de atención primaria. La situación es más favorable en los de menor edad, en quienes no presentan ansiedad/insomnio, en pertenecientes a clases sociales superiores y cuando el consumo de fármacos es menor.

© 2021 Los Autores. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## KEYWORDS

Health-related quality of life;  
Benzodiazepines;  
Perceived state of health;  
EQ-5D

## Health-related quality of life in patients consuming benzodiazepine

### Abstract

**Objective:** To describe the health-related quality of life (HRQoL) in benzodiazepine users and to verify whether there is an association with the characteristics of the treatment, its effectiveness, and the sociodemographic variables.

**Design:** Descriptive cross-sectional study.

**Location:** Family medicine consultations.

**Participants:** Four hundred and fifty 2 patients over 18 years of age consuming benzodiazepines or similar drugs.

**Main measurements:** HRQoL was assessed using the EuroQoL5-D questionnaire. Other variables: symptoms of anxiety or insomnia, sociodemographic variables and characteristics of the treatment.

**Results:** The mean score in health status was 62.80 (95% CI: 60.69–64.86), lower in people without studies ( $59.27 \pm 21.97$  SD;  $P=.004$ ) and lower social category ( $60.02 \pm 21.27$  SD;  $P<.001$ ). Regarding the social rate (EQ index), a mean score of 0.6025 (95% CI: 0.5659–0.6391) was obtained, higher in people with higher education ( $0.6577 \pm 0.3574$  SD;  $P=.001$ ), plus social category ( $0.7286 \pm 0.3381$  SD;  $P<.001$ ) and age less than 65 years ( $0.6603 \pm 0.3426$  SD;  $P<.001$ ). The variables that were associated with the value of the EQ index by means of multiple regression were absence of anxiety/insomnia, belonging to higher social classes, age less than 65 years and less consumption of anxiolytics/hypnotics.

**Conclusions:** Patients who use benzodiazepines show, despite treatment, a moderate HRQL, lower than that obtained in the general population or in primary care patients. The situation is more favorable in the youngest, in those who do not present anxiety/insomnia, in those belonging to higher social classes and when the consumption of drugs is lower.

© 2021 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Introducción

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es fundamental para evaluar resultados de salud. Esta medida centrada en el paciente y no en la enfermedad es cada vez más frecuente en las publicaciones científicas<sup>1</sup>. El término CVRS representa de forma subjetiva el impacto que la enfermedad y su tratamiento ocasionan en el paciente (efectos físicos, mentales y sociales)<sup>2</sup>. Dicha valoración permite realizar comparaciones entre diferentes tratamientos disponibles<sup>3</sup>.

Las enfermedades mentales constituyen una carga social y económica importante, tanto por su frecuencia como por su discapacidad<sup>4</sup>. En un estudio realizado en nuestro medio se estimó una prevalencia de trastornos de ansiedad del 2,3-8,9%<sup>5</sup>. Por otra parte, se estima que el 10-15% de los adultos padecen insomnio crónico y entre un 25-35% ha sufrido insomnio ocasional en situaciones estresantes<sup>6</sup>.

En estudios previos se comprueba cómo una mayor sintomatología ansiosa condiciona menor CVRS. Se puede decir que la ansiedad es variable predictora de baja CVRS en

la dimensión de salud mental<sup>7</sup>. También, en personas con insomnio, se han descrito niveles inferiores de CVRS<sup>8</sup>.

Los fármacos ansiolíticos/hipnóticos tienen indicaciones terapéuticas diversas, aunque su uso principal es tratar a corto plazo el insomnio y la ansiedad<sup>9</sup>. Su eficacia y seguridad se han demostrado en periodos cortos (8-12 semanas)<sup>10</sup>. Actualmente, a pesar de las recomendaciones, se observa cómo su prescripción se realiza durante largos periodos, incrementándose los riesgos asociados a su uso inadecuado<sup>10</sup>. Se trata de un grupo farmacológico muy prescrito en la mayoría de países desarrollados. Según la AEMPS (2019), su consumo global se ha incrementado en un 4,5% desde el 2010 (ansiolíticos 1,02% e hipnóticos 10,57%)<sup>11</sup>.

Los resultados de numerosos estudios muestran mayor consumo en mujeres, ancianos y enfermos crónicos<sup>12</sup>. Aunque ha sido analizada la CVRS en pacientes concretos o con tratamientos específicos (pacientes en diálisis, con alzheimer, adictos a sustancias, etc.), es limitada la evidencia sobre variables psicosociales que caracterizan a las personas con ansiedad o insomnio tratados con benzodiazepinas<sup>1,2,7</sup>.

El objetivo del estudio ha sido describir la CVRS en pacientes consumidores de benzodiazepinas y comprobar si existe asociación entre el estado de salud percibido y las características del tratamiento, su efectividad y las circunstancias personales de los pacientes.

## Sujetos, material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal, realizado en sujetos tratados con benzodiazepinas. Su selección se llevó a cabo en 3 consultas de medicina de familia en un centro de salud de características urbanas (Zona VIII de Albacete). Como criterio de inclusión, se consideró a pacientes mayores de 18 años en tratamiento con fármacos ansiolíticos/hipnóticos (benzodiazepinas o análogos). Como criterios de exclusión, bajo rendimiento intelectual, insuficiente para colaborar en el estudio y rechazo a participar una vez informados de los objetivos. El proyecto fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete (31 de enero del 2017).

Un total de 452 pacientes fueron seleccionados mediante muestreo consecutivo en las consultas de medicina de familia entre junio del 2017 y febrero del 2018. Este tamaño muestral corresponde a una proporción indeterminada de sujetos con un nivel aceptable de CVRS ( $p = 0,50$ ), un nivel de confianza del 95% y una precisión estimada de  $\pm 5\%$ . El tamaño muestral se incrementó en un 15% para compensar previsible no respuestas.

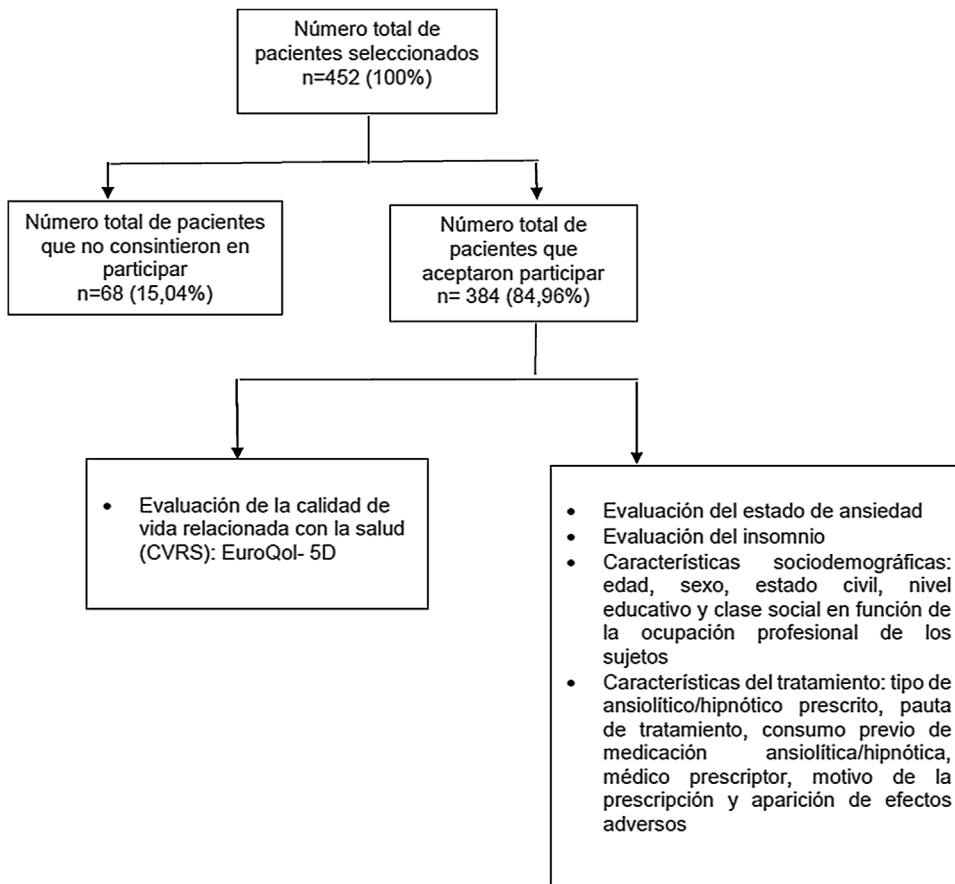
La CVRS se evaluó mediante el cuestionario EuroQol-5D (EQ-5D). La primera parte incluye 5 dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada dimensión posee 3 niveles de gravedad: ausencia de problema (1), algún problema (2) y problema grave/incapacidad (3). El marco temporal corresponde al mismo día en que se responde el cuestionario. La segunda parte corresponde a una escala visual analógica (EVA) para autovalorar el estado de salud global, con valores entre 0 (peor estado de salud imaginable) y 100 (mejor

estado de salud imaginable)<sup>13,14</sup>. En el EQ-5D, además de lo anterior, es posible obtener el índice de valores sociales: tarifa social (índice EQ). Este valor corresponde al resultado obtenido en cada estado de salud, consiguiendo en total un valor de 5 dígitos. Es posible conseguir 243 combinaciones (estados de salud) diferentes. El índice oscila entre 1 (mejor estado de salud) y 0 (la muerte), incluso con valores negativos considerados peores que la muerte<sup>13,15,16</sup>.

En el estudio se midieron además las siguientes variables: intensidad de síntomas de ansiedad (Goldberg Anxiety Scale)<sup>17,18</sup>, evaluación del sueño (Athens Insomnia Scale en versión de 8 ítems)<sup>19</sup>, características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo y clase social según la ocupación profesional), tipo de ansiolítico/hipnótico (Grupo N05BA, N05CD y N05CF de la Clasificación Anatómico-Terapéutica) y pauta de tratamiento, consumo previo de medicación ansiolítica/hipnótica, médico prescriptor, motivo de prescripción y posibles efectos adversos.

Los pacientes seleccionados fueron invitados a responder un cuestionario que contenía las variables descritas. El proceso de la entrevista fue estandarizado para aumentar su fiabilidad y la uniformidad en la recogida de datos, para lo cual se realizó una sesión previa de entrenamiento.

El análisis estadístico consistió en primer lugar en una descripción de los participantes, incluyendo intervalos de confianza (IC) del 95%. Para comprobar asociaciones entre la puntuación del estado de salud (EQ-EVA e índice EQ) y las otras variables se recurrió a pruebas de comparación de medias (t de Student y ANOVA), considerando como nivel de significación  $\alpha = 0,05$ . Finalmente, se construyó un modelo de regresión lineal múltiple con finalidad explicativa, mediante pasos sucesivos, para comprobar las variables asociadas al índice EQ, evitando posibles factores de confusión. En el modelo se incluyeron las variables con asociación estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ) en el análisis bivariable. La estimación de los coeficientes se realizó con el método de mínimos cuadrados o de máxima verosimilitud. El análisis se realizó mediante el programa IBM SPSS statistics versión 19.0.



Esquema general del estudio.

## Resultados

Se propuso la participación a 452 pacientes, de los cuales aceptaron 384 (84,9%). La mayoría de los que no prestaron su colaboración argumentaron no disponer de tiempo para la entrevista. En la [tabla 1](#) se muestran las características de los sujetos estudiados, cuya edad media  $\pm$  desviación estándar fue  $57,6 \pm 16,5$  años. En la [tabla 2](#) aparece la distribución de los fármacos ansiolíticos/hipnóticos, siendo los más frecuentes lorazepam (44,0%), bromazepam (12,0%) y zolpidem (9,6%). Estos fármacos habían sido prescritos en el 34,4% de las ocasiones para la ansiedad, en el 44,3% para el insomnio y en el 21,1% para ambos trastornos. En el 56,5% de los pacientes la posología era de 1 comprimido/día, en el 24,7% de más de 1 comprimido/día y en el 18,8% de menos de 1 comprimido/día. En cuanto a la duración, el 68,3% consumía ansiolíticos/hipnóticos desde hacía más de un año, siendo la mediana de 36 meses.

En cuanto a la presencia de síntomas de ansiedad, el 61,5% (IC del 95%: 56,5-66,5) presentaron más de 4 puntos en la Goldberg Anxiety Scale, indicando un probable trastorno de ansiedad a pesar del tratamiento. En la Athens Insomnia Scale presentaron puntuación superior a 8 el 32,8% (IC del 95%: 28,0-37,6), indicando la presencia de insomnio a pesar del tratamiento. Manifestaron efectos adversos del tratamiento el 9,9% (IC del 95%: 6,8-13,0), siendo los más frecuentes somnolencia (2,3%) y pérdida de memoria (1,3%).

En la [tabla 3](#) se muestra la proporción de pacientes con limitaciones en cada dimensión del cuestionario EQ-5D. En un rango entre 0 y 100 la puntuación media en el estado de salud autopercebido fue 62,80 (IC del 95%: 60,69-64,86), siendo la mediana 65 (amplitud intercuartil 30). En cuanto a la tarifa social, se obtuvo una puntuación media de 0,6025 (IC 95%: 0,5659-0,6391) y una mediana de 0,7486 (amplitud intercuartil 0,4497). Solo el 23,7% manifestó un estado óptimo de salud (11111), tratándose del 30,1% de los varones y del 21,9 de las mujeres.

La puntuación del estado de salud (EQ-EVA) fue inferior en personas sin estudios, o solo estudios primarios, respecto a mayor escolarización ( $59,27 \pm 21,97$  vs.  $65,41 \pm 19,54$ ;  $p = 0,004$ ) y en personas de categorías sociales inferiores (IV a VII) respecto a categorías superiores (I a III) ( $60,02 \pm 21,27$  vs.  $68,62 \pm 18,57$ ;  $p < 0,001$ ). No se observó relación entre puntuación del estado de salud y edad, sexo o estado civil.

El valor del índice EQ fue mayor en personas con mayor escolarización respecto a personas sin estudios o con solo estudios primarios ( $0,6577 \pm 0,3574$  vs.  $0,5291 \pm 0,3619$ ;  $p = 0,001$ ), en categorías sociales superiores (I a III) respecto a las inferiores (IV a VII) ( $0,7286 \pm 0,3381$  vs.  $0,5430 \pm 0,3619$ ;  $p < 0,001$ ) y también en menores de 65 años respecto a los de mayor edad ( $0,6603 \pm 0,3426$  vs.  $0,4945 \pm 0,3805$ ;  $p < 0,001$ ). En cuanto al sexo, la puntuación fue mayor en hombres que en mujeres ( $0,6558 \pm 0,3360$  vs.  $0,5877 \pm 0,3711$ ), aunque esta diferencia no alcanzó significación estadística ( $p = 0,132$ ). No se detectaron diferencias en la tarifa social entre los pertenecientes a cada estado civil.

**Tabla 1** Características clínicas y sociodemográficas de los participantes

Características	Nº	%
<i>Sexo</i>		
Hombres	83	21,6
Mujeres	301	78,4
<i>Edad (años)</i>		
18 a 50	137	35,7
51 a 65	125	32,6
Más de 65	122	31,8
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios	32	8,3
Estudios primarios	133	34,6
Estudios medios o superiores	219	57,0
<i>Estado civil</i>		
Solteros	66	17,2
Casados	214	55,7
Separados o divorciados	59	15,4
Viudos	45	11,7
<i>Clase social basada en la ocupación</i>		
I: directores y gerentes (> 10 asalariados) y profesionales asociados a licenciaturas universitarias	23	6,0
II: directores y gerentes (< 10 asalariados), profesionales asociados a diplomaturas universitarias y otros profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas	55	14,3
III: ocupaciones intermedias: asalariados de tipo administrativo y profesionales de apoyo a la gestión administrativa y de otros servicios	45	11,7
IV: trabajadores por cuenta propia	1	0,3
V: supervisores y trabajadores en ocupaciones técnicas cualificadas	26	6,8
VI: trabajadores cualificados del sector primario y otros trabajadores semicualificados	38	9,9
VIII: trabajadores no cualificados	38	9,9
No trabajan	158	41,1
<i>Consumo previo de fármacos ansiolíticos/hipnóticos</i>		
Sí	155	40,4
No	229	59,6
<i>Médico prescriptor</i>		
Médico de familia	255	66,4
Psiquiatra	97	25,3
<i>Médico de urgencias</i>		
Otro	8	2,1
No consta	23	6,0
<i>Tratamiento psicológico concomitante</i>		
Sí	78	20,3
No	306	79,7

En relación con las características del tratamiento ansiolítico/hipnótico, en la [tabla 4](#) se muestran las puntuaciones alcanzadas en la tarifa social según diferentes valores de estas variables, siendo inferiores en consumidores de más de un fármaco, de más de un comprimido diario, en periodos de consumo superiores a 5 años y en presencia de efectos adversos. En quienes presentaron un probable trastorno de ansiedad a pesar del tratamiento, la puntuación fue significativamente inferior ( $0,5271 \pm 0,3494$  vs.  $0,7226 \pm 0,3570$ ;  $p < 0,001$ ), así como en quienes presentaron insomnio a pesar

de recibir tratamiento para el mismo ( $0,4647 \pm 0,3605$  vs.  $0,6697 \pm 0,3478$ ;  $p < 0,001$ ).

En la [tabla 5](#) se muestran las variables que, mediante regresión lineal múltiple, presentaron una asociación independiente con el valor de la tarifa social. Se observó mejor puntuación en quienes no presentaron ansiedad o insomnio, en pertenecientes a clases sociales superiores (I-III), en menores de 65 años y en consumidores de solo un comprimido o menos de uno. La capacidad explicativa de la ecuación de regresión fue estadísticamente significativa

**Tabla 2** Distribución de los fármacos ansiolíticos/hipnóticos

Fármacos antidepresivos	Nº	%
Lorazepam	169	44,0
Bromazepam	46	12,0
Zolpidem	37	9,6
Diazepam	29	7,6
Lormetazepam	26	6,8
Alprazolam	22	5,7
Clorazepato	15	3,9
Ketazolam	2	0,5
Zopiclona	1	0,3
Midazolam	1	0,3
Lorazepam asociado a otro ansiolítico/hipnótico	22	5,7
Otras combinaciones de ansiolíticos/hipnóticos	14	3,6
Total	384	100

( $F = 21,7$ ;  $p < 0,001$ ) y explicó el 22,4% ( $R^2$  ajustado: 0,214) de la variabilidad en la puntuación de la tarifa social.

## Discusión

Estos resultados han permitido describir la CVRS en pacientes consumidores de benzodiazepinas, la cual ha sido en general moderada (puntuación media 62,8), y han proporcionado información sobre factores asociados a una mayor CVRS.

Entre los consumidores se observa un predominio de mujeres (78,4%), como sucede en diversas publicaciones previas<sup>20-22</sup>. Entre las razones que podrían condicionarlo puede mencionarse la mayor prevalencia de enfermedades psiquiátricas en las mujeres y también su mayor frecuentación en centros de salud<sup>23</sup>.

El fármaco más consumido ha sido lorazepam (44,0%), seguido por bromazepam (12,0%) y zolpidem (9,6%). El perfil de fármacos consumidos es similar al descrito en la literatura, con mayor uso de benzodiazepinas de acción corta-intermedia, sobre todo a expensas de lorazepam<sup>21</sup>. En lo que respecta a la duración, cerca del 70% consume fármacos ansiolíticos/hipnóticos de forma prolongada (> 12 meses), hallazgo consistente con los descritos por otros autores<sup>21,22</sup>. A pesar de tratarse de fármacos para

tratamientos breves (8-12 semanas en trastornos de ansiedad y 4 semanas en insomnio, incluyendo la retirada gradual), en la práctica son prescritos frecuentemente y consumidos durante periodos prolongados, como indican los resultados, lo que puede implicar una relación beneficio/riesgo claramente desfavorable<sup>24,25</sup>.

Aunque la mayoría de los sujetos consideran que se han cumplido sus expectativas con el tratamiento, existe una proporción considerable en los que persisten síntomas de ansiedad o insomnio. La evidencia disponible muestra que los ansiolíticos/hipnóticos no son efectivos después de unas semanas o meses de uso continuado<sup>25</sup>. Estos resultados podrían justificarse por la falta de eficacia del tratamiento una vez superada la duración recomendada en las guías de práctica clínica. Al respecto, los profesionales deberíamos plantearnos si estamos realizando una prescripción adecuada y racional de los mismos.

La puntuación media del estado de salud autopercebido (EQ-EVA) ha sido algo inferior a la publicada por Cabasés con datos de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2011-2012 (62,80 vs. 77,53)<sup>26</sup>, hecho esperable por tratarse de población general. Las dimensiones con más limitaciones han sido ansiedad/depresión y dolor/malestar. Se trata de hallazgos similares a los de un estudio previo realizado en mayores de 65 años, aunque con predominio de dolor/malestar sobre ansiedad/depresión<sup>27</sup>. En nuestro estudio la dimensión menos limitante ha sido el cuidado personal, como sucede en investigaciones anteriores<sup>27,28</sup>.

Hemos observado que tanto el bajo nivel de escolarización como la pertenencia a clases sociales más desfavorecidas se asocian a peor percepción del estado de salud, coincidiendo en lo que respecta a clase social con lo descrito por Hernández-Cerón et al. en 2016<sup>29</sup>. Sin embargo, no hemos encontrado relación con el sexo o la edad, a diferencia de lo reportado por Azpiazu-Garrido et al. y Hernández-Cerón et al., que sí observan asociación entre sexo femenino y edad avanzada con peor salud autopercebida<sup>27,29</sup>.

Al considerar el valor de la tarifa social, resulta que solo un 23,7% de los pacientes refieren un estado óptimo de salud (11111), tratándose de un 30,1% de los varones y de un 21,9% de las mujeres. Estos valores son inferiores a los obtenidos en pacientes de Atención Primaria tanto por Herdman et al.<sup>14</sup> (33%) como por Pariente Rodrigo et al.<sup>30</sup> (el 46 y el 23% en hombres y mujeres, respectivamente).

En el índice EQ-5D de los consumidores de benzodiazepinas observamos una puntuación media considerablemente inferior a la obtenida en la ENS (0,6025 vs. 0,914),

**Tabla 3** Distribución de las respuestas del cuestionario EQ-5D en hombres y mujeres

Ítems	Hombres, N° (%)			Mujeres, N° (%)			Total, N° (%)		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Movilidad	60 (72,3)	22 (26,5)	1 (1,2)	232 (77,1)	69 (22,9)	-	292 (76,0)	91 (23,7)	1 (0,3)
Cuidado personal	74 (89,2)	9 (10,8)	-	278 (92,4)	22 (7,3)	1 (0,3)	352 (91,7)	31 (8,1)	1 (0,3)
Actividades cotidianas	67 (80,7)	16 (19,3)	-	234 (77,7)	67 (22,3)	-	301 (78,4)	83 (21,6)	-
Dolor/malestar	48 (57,8)	31 (37,3)	4 (4,8)	129 (42,9)	141 (46,8)	31 (10,3)	177 (46,1)	172 (44,8)	35 (9,1)
Ansiedad/depresión	46 (55,4)	32 (38,6)	5 (6,0)	121 (40,2)	144 (47,8)	36 (12,0)	167 (43,5)	176 (45,8)	41(10,7)

En cada ítem la puntuación de 1 a 3 indica el nivel de gravedad.



**Tabla 4** Puntuaciones de la tarifa social según las características del tratamiento ansiolítico/hipnótico

Características del tratamiento	N° (%)	Tarifa social (media ± DE)	p
<i>N.º de fármacos ansiolíticos/hipnóticos</i>			
1	350 (91,1)	0,6154 ± 0,3595	0,026
2 o más	34 (8,9)	0,4693 ± 0,3932	
<i>N.º de comprimidos diarios</i>			
1 o menos de uno	289 (75,3%)	0,6443 ± 0,3497	< 0,001
2 o más	95 (24,7%)	0,4752 ± 0,3805	
<i>Duración del consumo</i>			
Menos de 5 años	228 (59,7%)	0,6355 ± 0,3503	0,024
5 años o más	154 (40,3)	0,5482 ± 0,3792	
<i>Efectos adversos</i>			
Sí	38 (9,9)	0,5937 ± 0,4113	NS
No	346 (90,1)	0,6034 ± 0,3596	
<i>Origen de la prescripción</i>			
Médico de familia	255 (66,6)	0,6297 ± 0,3404	NS
Psiquiatra/otros especialistas	128 (33,4)	0,5536 ± 0,4012	
<i>Motivo de la prescripción</i>			
Ansiedad	133 (34,6)	0,5978 ± 0,3597	0,006
Insomnio	170 (44,3)	0,6558 ± 0,3352	
Ansiedad e insomnio	81 (21,1)	0,4982 ± 0,4100	

NS: no significativo.

**Tabla 5** Variables asociadas mediante regresión lineal múltiple al valor de la tarifa social (índice EQ)

	Coefficientes (B)	IC del 95%	Coefficientes estandarizados	t	p
Constante	-0,273	-0,470 a -0,075	-	-2,716	0.007
Ausencia de insomnio	0,146	0,073 a 0,219	0,189	3,925	< 0,001
Ausencia de ansiedad	0,150	0,079 a 0,222	0,201	4,114	< 0,001
Edad < 65 años	0,196	0,124 a 0,268	0,257	5,351	< 0,001
Clase social (I-III)	0,096	0,023 a 0,169	0,124	2,592	0.010
Consumo fármacos (≤ 1 comprimido)	0,152	0,075 a 0,229	0,180	3,888	< 0,001

reconociéndose dicho consumo como un factor relevante sobre la CVRS<sup>30</sup>.

Dicho índice ha sido más alto en personas con mayor escolarización, en clases sociales superiores y en menores de 65 años. También en hombres, aunque esta diferencia entre sexo no alcanzó significación estadística. Los hallazgos sobre edad y sexo se asemejan a los descritos en la ENS, y en cuanto a clase social y el nivel de estudios resultan similares a los de la Encuesta de Salud para Asturias (2008)<sup>31</sup>.

En relación con las características del tratamiento, las puntuaciones en el índice EQ-5D son inferiores en consumidores de más de un fármaco y de más de un comprimido diario, en periodos superiores a 5 años y ante la presencia de efectos adversos. Además, esta puntuación también ha sido inferior en quienes mostraron ansiedad o insomnio a pesar del tratamiento. En una investigación reciente<sup>32</sup> los pacientes de edad avanzada hospitalizados con uso prolongado de

benzodiazepinas informaron de una peor CVRS, comprobándose puntuaciones más bajas respecto a los pacientes no tratados tanto en el índice EQ como en EQ-EVA.

Una de las limitaciones es que se trata de un diseño descriptivo de carácter transversal, el cual no ha permitido establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas y la CVRS. Por otra parte, aunque la muestra fue suficientemente representativa de los consumidores de benzodiazepinas, no se realizó una selección aleatoria, pudiendo existir algún sesgo de selección y limitación en cuanto a validez externa de los resultados.

En conclusión, los pacientes consumidores de benzodiazepinas manifiestan, a pesar del tratamiento, una moderada CVRS, inferior a la obtenida en población general. La situación es más favorable en menores de 65 años, en quienes no presentan ansiedad o insomnio, en pertenecientes a clases

sociales superiores y en aquellos con un consumo menor de dichos fármacos.

### Lo conocido sobre el tema

- Los fármacos ansiolíticos e hipnóticos son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la mayoría de países desarrollados.
- El concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es fundamental en la evaluación de los resultados de salud.
- La evidencia es limitada sobre las variables psicosociales que caracterizan a los pacientes que presentan ansiedad o insomnio y reciben tratamiento con benzodiazepinas o fármacos análogos.

### Qué aporta este estudio

- La puntuación media del estado de salud auto-percibido por los pacientes en tratamiento con benzodiazepinas es inferior a la de la población general y a la de los pacientes de Atención Primaria.
- En relación con las características sociodemográficas, la CVRS en personas en tratamiento con benzodiazepinas es superior en aquellas con estudios, en pertenecientes a categorías sociales superiores y en menores de 65 años de edad.
- En relación con las características del tratamiento, la CVRS informada por los pacientes es peor en los consumidores de más de un fármaco, en periodos de consumo superior a 5 años y ante la presencia de efectos adversos o de síntomas de ansiedad o insomnio a pesar de recibir el tratamiento.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Garzón Maldonado FJ, Gutiérrez Bedmar M, García Casares N, Pérez Errázquin F, Gallardo Tur A, Martínez Valle Torres MD. Health-related quality of life in caregivers of patients with Alzheimer disease. *Neurología*. 2017;32:508–15.
2. Lozano Rojas OM, Rojas Tejada A, Pérez Meléndez C, Apraiz Granados B, Sánchez Muñoz F, Marín Bedoya YA. Test para la Evaluación de la Calidad de Vida en Adictos a Sustancias Psicoactivas (TECVASP): estudios de fiabilidad y validez. *Trastornos Adictivos*. 2007;9:97–107.
3. Soto M, Failde I. Health-related quality of life as an outcome measure in patients with ischemic cardiopathy. *Rev Soc Esp Dolor*. 2004;11:505–14.
4. Ormel J, VonKorff M, Ustun TB, Pini S, Korten A, Oldehinkel T. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care. *JAMA*. 1994;272:1741–8.
5. Martín Pérez C, Pedrosa García R, Herrero Martín JJ, Luna del Castillo JD, Ramírez García P, Sáez García JM. Prevalencia de psicopatías en un centro de salud rural. *Aten Primaria*. 2003;31:39–46.
6. Sarraís F, de Castro Manglano P. El insomnio. *An Sist Sanit Navar*. 2007;30:121–34.
7. García Llana H, Remor E, del Peso G, Selgas R. El papel de la depresión, la ansiedad, el estrés y la adhesión al tratamiento en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes en diálisis: revisión sistemática de la literatura. *Nefrología*. 2014;34:637–57.
8. Pereira Amaral MO, De Almeida Garrido AJ, De Figueiredo Pereira C, Veiga Master N, Delgado Nunes CR, Theodor Sake-llarides C. Quality of life, sleepiness and depressive symptoms in adolescents with insomnia: A cross-sectional study. *Aten Primaria*. 2017;49:35–41.
9. Vicente Sánchez MP, Macías Saint-Gerons D, De la Fuente Honrubia C, González Bermejo D, Montero Corominas D, Catalá-López F. Evolución del uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el período 2000-2011. *Rev Esp Salud Pública*. 2013;87:247–55.
10. Martínez García RM, González Gero MY, Cano Hinarejos R, Caniego Rodrigo MD, Lara Olivares R, Muharram Rey R. Estrategias en la retirada de Benzodiazepinas: otras alternativas. *Boletín Fármaco-terapéutico de Castilla-La Mancha*. Sescam. 2012;13:1–8.
11. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2010-2018. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2019 [consultado 10 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/eu/medicamentosUsoHumano/observatorio/informes-publicados/informes-ansioliticos-hipnoticos-espana-2010-2018.htm>.
12. Tsimtsiou Z, Ashworth M, Jones R. Variations in anxiolytic and hypnotic prescribing by GPs: A cross-sectional analysis using data from the UK Quality and Outcomes Framework. *Br J Gen Pract*. 2009;59:191–8.
13. Badía X, Roset M, Montserrat S, Herdman M, Segura A. La versión española del EuroQol: descripción y aplicaciones. *Med Clin (Barc)*. 1999;112:79–86.
14. Herdman M, Badía X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:425–30.
15. Osca Guadaluja M, Guadaluja Olmeda N, Escartín Martínez R. Impacto del tratamiento con teriparatida en la calidad de vida de las personas con osteoporosis. *Rev Esp Salud Pública*. 2015;89:215–25.
16. Lizán Tudela L. La calidad de vida relacionada con la salud. *Aten Primaria*. 2009;41:411–6.
17. Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, Grayson D. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *BMJ*. 1988;297:897–9.
18. Montón C, Pérez-Echeverría M, Campos R. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993;12:345–9.
19. Nenclares PA, Jiménez GA. Estudio de validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. *JT Salud Mental*. 2005;28:34–9.
20. Bejarano Romero F, Piñol Moreso JL, Mora Gilabert N, Claver Luque P, Brull López N, Basora Gallisa J. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2008;40:617–21.
21. Velert Vila J, Velert Vila MM, Salar Ibáñez L, Avellana Zaragoza JA, Moreno Royo L. Suitability of the use of benzodiazepines prescribed by the pharmacist in the elderly. A doctor-pharmacist collaboration study. *Aten Primaria*. 2012;44:402–10.



22. Vedia Urgell C, Bonet Monne S, Forcada Vega C, Parellada Esquiús N. Estudio de utilización de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36:239–45.
23. Escrivá Ferrairó R, Pérez Díez A, Lumbreras García C, Molina París J, Sanz Cuesta T, Corral Sánchez MA. Prescripción de benzodiazepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su consumo y características del consumidor. *Aten Primaria*. 2000;25:107–10.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Prescripción Terapéutica (GPT). Adaptación española de la 51.<sup>a</sup> ed. del British National Formulary (BNF), 1.<sup>o</sup> ed. española. Barcelona: Pharma Editores S.L.; 2006.
25. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios AEMPS. Circular 3/2000: Información a incluir en las fichas técnicas de especialidades farmacéuticas que contengan benzodiazepinas. Ministerio de Sanidad y Consumo; 20/03/2000 [consultado 10 Oct 2020]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/circulares/medicamentosUsoHumano/seguridad/2000/home.htm>.
26. Cabasés JM. El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac Sanit*. 2015;29:401–3.
27. Azpiazú Garrido M, Cruz Jentoft A, Villagrasa Ferrer JR, Abanades Herranz JC, García Marín N, Álvarez de Mon Rego C. Calidad de vida en mayores de 65 años no institucionalizados de dos áreas sanitarias de Madrid. *Aten Primaria*. 2003;31:285–94.
28. Szende A, Janssen B. Cross-country analysis of EQ-5D data. En: Szende A, Janssen B, Carbaes J, editores. *Self-reported population health: An international perspective based on EQ-5D*. Dordrecht: Springer; 2014. p. 31-36.
29. Hernández Cerón I, Martínez Ruiz M, Sánchez López AB, Reolid Martínez R, Tello Nieves G, e Párraga Martínez MI. Análisis de la comorbilidad y calidad de vida de pacientes mayores polimedificados. *Rev Clín Med Fam*. 2016;9:91–9.
30. Pariente Rodrigo E, García-Garrido AB, Gómez Molleda F, Gálvez Castillo E, González Expósito J, López León I, et al. Calidad de vida relacionada con la salud como variable explicativa del consumo de consultas en atención primaria: un análisis por sexo. *Rev Esp Salud Publica*. 2015;89:61–73.
31. Margolles M, Donate. I Encuesta de Salud para Asturias 2008. Dirección General de Salud Pública y Participación. 2009 [consultado 5 Oct 2020]. Disponible en: [https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/3\\_calidadvida.I.pdf/180237de-9600-4806-8995-0b3e66e936ca](https://www.astursalud.es/documents/31867/36150/3_calidadvida.I.pdf/180237de-9600-4806-8995-0b3e66e936ca).
32. Cheng S, Ghazal Siddiqui T, Gossop M, Stavem K, Saxhaug Kristoffersen E, Lundqvist C. Health-related quality of life in hospitalized older patients with versus without prolonged use of opioid analgesics, benzodiazepines, and z-hypnotics: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*. 2020;20:425.