R. Fritsch Montero[1]
G. Rojas Castillo[1]
J. Gaete Olivares[2]
R. Araya Baltra[3]
I. González Rubio[1]

Consumo de benzodiazepinas en la población general del Gran Santiago de Chile

[1] Hospital Clínico Universidad de Chile
Facultad de Medicina
Santiago de Chile
[2] Escuela de Psicología
Universidad de los Andes
Santiago de Chile
[3] Universidad de Bristol
Departamento de Psiquiatría
Bristol (Reino Unido)

Introducción. Se quiere describir el consumo de benzodiazepinas en la población adulta del Gran Santiago e intentar establecer asociaciones con diferentes variables sociodemográficas y médicas.

Métodos. Se trata de un estudio transversal que utilizó como marco muestral la población adulta entre 16 y 64 años del Gran Santiago (n = 3.237.286) y un diseño muestral probabilístico, polietápico y estratificado.

Resultados. Se entrevistaron a 3.870 personas que tuvieron una prevalencia de consumo de benzodiazepinas de un 3,84 %. Se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre consumo de benzodiazepinas y sexo, edad, estado civil, ingresos, presencia de un trastorno mental común y percepción de enfermedad.

Discusión. Se hace necesaria una capacitación de los médicos generales para regular el consumo de benzodiazepinas.

Palabras clave:
Benzodiazepinas. Epidemiología. Psiquiatría.

Actas Esp Psiquiatr 2005;33(5):286-291

Benzodiazepine use in Santiago, Chile

Introduction. To describe benzodiazepine use in the adult population from Santiago, Chile and attempt to establish associations with different sociodemographic and medical variables.

Methods. This is a cross-sectional study whose sampling frame was the adult population, aged 16 to 64 years (n = 3,237,286). The sampling strategy was probabilistic, poly-stage and stratified.

Results. A total of 3,870 persons were interviewed. Prevalence of benzodiazepine use was 3.84 %. Statistically significant associations were found between benzodiazepine use and gender, age, marital status, income, presence of a common mental disorder and health perception.

Discussion. Training of the general practitioner to regulate the use of benzodiazepine is necessary.

Key words:
Benzodiazepine. Epidemiology. Psychiatry.

INTRODUCCIÓN

El uso de psicofármacos por parte de la población general ha sido investigado durante las últimas décadas, obteniendose información principalmente de registros de venta o centrándose en el consumo ilegal de tranquilizantes[1-3]. Se ha encontrado un amplio rango en las tasas de consumo de psicofármacos en la población general en los distintos países. Éstas oscilan entre 1,5 y 10 %. Sin embargo, a pesar de las diferencias en las tasas de consumo, el perfil de uso es relativamente homogéneo. Los psicofármacos más usados corresponden a los tranquilizantes e hipnóticos[4-8].

Las tasas de consumo de benzodiazepinas (BZ) descritas en la literatura internacional fluctúan entre el 2,2 y el 17,6 % en diferentes países[9].

En Chile contamos con estudios desde la década de 1980, en los que se describen altas tasas de consumo de BZ. Se han realizado principalmente en la atención primaria y pocos se han realizado en la población general[10-12].

El estudio realizado por Busto et al. en la población general de Santiago mediante una muestra estratificada (n = 1.500) entre 1990 y 1991 reveló que un 31,4 % de las personas habían consumido BZ durante el año al menos 12 meses. De ellos, el 74 % las obtenía sin receta médica[12]. Debido a estos datos se aplicaron políticas para el control del expendio de BZ, implementándose la obligatoriedad de la receta médica para su compra[13]. Posteriormente a estas medidas, en el Estudio Nacional de Drogas del año 2002 realizado por la Comisión Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE)[14] se describe una prevalencia de consumo en el último año de BZ sin receta médica del 3,3 % en la población adulta, siendo las principales el alprazolam (1,47 %) y el diazepam (1,23 %).

Proyecto Comunidad Europea CI1-CT94-0134 y FONDECYT 1961075.

Correspondencia:
Rosemarie Fritsch Montero
Universidad de Chile
Av. La Paz, 1003
Santiago. Chile
Correo electrónico:rfritsch@ns.hospital.uchile.cl

El objetivo del presente estudio es describir las tasas de consumo de BZ en la población adulta del Gran Santiago e intentar establecer asociaciones con diferentes variables sociodemográficas y médicas, despejando posibles interacciones confundentes entre ellas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo una investigación epidemiológica transversal, utilizando como marco muestral la población adulta entre 16 y 64 años residentes en viviendas particulares en las comunas del Gran Santiago (N = 3.237.286). El diseño muestral fue llevado a cabo por el Instituto Nacional de Estadísticas y corresponde al Programa Integrado de Encuestas de Hogares (PIDEH) y el Censo de Viviendas y Población de 1992[15]. El Gran Santiago fue dividido en 35 comunas que contiene cada una un número variable de sectores (unidades primarias) de aproximadamente 200 viviendas (unidades secundarias). El diseño muestral (probabilístico, polietápico y estratificado) incluyó 35 comunas, 252 sectores y 4.693 viviendas seleccionadas en forma aleatoria con una probabilidad proporcional al tamaño de las unidades muestrales. La elección de un residente por vivienda seleccionada (unidad terciaria) se realizó utilizando la tabla de Kish, asegurándose que todos los residentes dentro del rango de edad tuvieran una probabilidad similar de ser elegidos[16]. Este método permite asignar a cada entrevistado un factor de expansión, de acuerdo al peso de cada individuo en la muestra total. En este estudio se definió como «vivienda» a todo local o recinto habilitado, construido, convertido o dispuesto para el alojamiento permanente o temporal de personas. Todas las «instituciones» fueron excluidas por definición. Se entendió por «institución» cualquier vivienda donde pernoctaran cuatro o más personas sin parentesco alguno, siendo la vivienda administrada por una persona empleada para dicho propósito o por el dueño. Se entendió por «residente» a toda persona que se había alojado en una vivienda determinada por lo menos durante los 3 meses previos a la fecha de la encuesta y que cumpliera con el rango de edad.

EVALUACIONES

Se administró un cuestionario estructurado que contenía cinco secciones: salud general, salud mental, uso de servicios, antecedentes socioeconómicos y consumo de drogas. Además se incluyó un cuadro de antecedentes sociodemográficos de todos los residentes de la vivienda. Para evaluar la salud mental se utilizó la Entrevista Clínica Estructurada Revisada (CIS-R), que ha sido extensamente usada en la atención primaria, en estudios ocupacionales y en estudios comunitarios[17]. La CIS-R sólo pregunta acerca de síntomas neuróticos presentes durante la última semana, para así disminuir el efecto de los problemas de memoria en la validez de las respuestas.

TRABAJO DE CAMPO

El trabajo de campo se realizó entre octubre de 1996 y abril de 1998. Todas las viviendas seleccionadas recibieron una carta previa solicitando la cooperación.

Se realizaron tres estudios pilotos para verificar la comprensión, aceptabilidad, confiabilidad y factibilidad de los cuestionarios. Diversas modificaciones se realizaron producto de los resultados de los estudios pilotos.

Ciento noventa y siete entrevistadores participaron en el trabajo de campo en sus diversas fases. La mayoría de los entrevistadores eran estudiantes universitarios de carreras relacionadas con las ciencias sociales y con la medicina. Todos los entrevistadores recibieron 3 días de entrenamiento y realizaron entrevistas previas de preparación que fueron supervisadas por el equipo investigador. Todas las encuestas eran revisadas por el equipo investigador al ser recibidas. Cada vivienda debía ser visitada por lo menos en cuatro ocasiones en diferentes días y horarios antes de proceder al reemplazo. Una de cada cinco encuestas fue supervisada sobre el terreno.

ANÁLISIS

Se confeccionó una base de datos con el paquete estadístico STATA 7.0[18], ingresando todos los datos obtenidos en las encuestas. Esta base de datos fue sometida luego a revisiones de consistencia y congruencia mediante programas especialmente diseñados para este efecto. La muestra fue expandida mediante el factor asignado a cada individuo de acuerdo a su peso en el tamaño de la vivienda y de la muestra. Luego se procedió a analizar los datos expandidos mediante métodos descriptivos para cada una de las variables. A la luz de estos resultados se procedió a recodificar algunas variables agrupando algunas categorías y aplicando posteriormente métodos descriptivos.

La presencia de trastorno mental común fue determinada por un punto de corte de 12 o más en la CIS-R[17].

Se llevó a cabo un análisis de regresión logística definiendo como variable dependiente el consumo actual de BZ y como variables independientes, posibles factores de riesgo asociados como sexo, edad, estado civil, educación, empleo, ingresos, la presencia de un trastorno mental común y la percepción de la propia salud. Se fijó un nivel de significación estadística en el 95 %.

Se cumplieron las normas éticas para este tipo de estudios, siendo el protocolo aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

De un total de 4.693 viviendas seleccionadas, 393 no pudieron ser usadas por no estar habitadas o por estarlo por

personas de 65 o más años, de modo que se tuvo acceso a 4.300 viviendas y se lograron entrevistar a 3.870 personas, teniendo un 10 % de rechazo. Las razones de rechazo más frecuentes fueron «no tener tiempo», «no creer en las encuestas» y «no querer responder encuestas frente a desconocidos».

Un 52,2 % de las personas entrevistadas fueron mujeres y un 47,8 % hombres; la mediana de edad fue de 34 años; un 54,5 % eran casados, un 33,7 % solteros, un 5,4 % separados, un 3,6 % convive con su pareja y un 2,8 % viudos. La mediana del ingreso *per capita* fue de 67.500 pesos (tabla 1).

Prevalencia del consumo

Un 3,84 % (3,13-4,71) de la población adulta entre 16 y 64 años consumía en el momento de la entrevista algún fármaco del tipo benzodiazepínico. El consumo es mayor en las mujeres que en los hombres (5,06 frente a 1,95 %), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (χ^2: 24,25; p = 0,000) (tabla 2).

Tabla 1 Descripción de la muestra

Variable	Categoría	%	N
Sexo	Hombres	47,3	1.538
	Mujeres	52,7	2.332
Edad	15-24	28,6	884
	25-39	32,6	1.416
	40-49	18,4	745
	40-49	18,4	745
	50-65	20,3	825
Estado civil	Soltero/a	34,2	1.249
	Con pareja	57,8	2.189
	Separado/a	5,1	289
	Viudo/a	2,8	143
Educación	Superior	22,7	143
	Media	53,9	1.881
	Básica	22,8	644
	Sin educación	0,6	25
Ocupación del jefe de hogar	Empleado	13,9	1.822
	Inactivo	36,3	1.685
	Independiente	39,5	286
	Cesante	10,3	76
Trastorno mental	No	73,3	2.974
	Sí	26,7	896
		Mediana	**Rango**
Ingresos *per capita* (pesos)	Cuartil 1	20.000	0-33.333
	Cuartil 2	46.000	34.000-60.000
	Cuartil 3	83.333	60.667-118.333
	Cuartil 4	200.000	119.000-4.444.444

Tabla 2 Prevalencia del consumo de benzodiazepinas según sexo

	N	% (IC 95 %)
Hombres	1.538	1,95 (1,28-2,95)
Mujeres	2.332	5,06 (4,03-6,35)
Total	3.870	3,84 (3,13-4,71)

Tiempo de consumo

Las personas que reconocen estar consumiendo BZ declaran estar haciéndolo por un tiempo que va desde 1 mes hasta 480 meses, con una mediana de 24 meses. Las mujeres declaran un rango de consumo que va desde 1 a 480 meses, con una mediana de 12 meses, y los hombres un rango de consumo de 1 a 420 meses con una mediana de 36 meses. Esta diferencia entre los sexos es estadísticamente significativa (Pearson χ^2: 2.071; p = 0,000) (fig. 1). Al calcular la suma total de meses de consumo por sexo, las mujeres acumulan un mayor número que los hombres (2.299.639; 1.730.654, respectivamente) (razón mujeres/hombres: 1,33).

Consumo de benzodiazepinas y control médico

El 88,35 % (81,84-92,73) de las personas que están consumiendo BZ actualmente han estado bajo control por algún médico en los últimos 6 meses. De ellos, la mayoría ha estado controlados por un médico general (32,47 %). Siguen

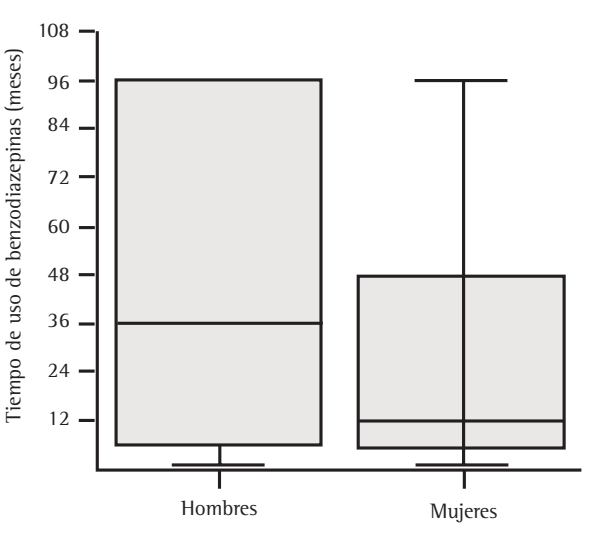

Figura 1 *Tiempo de uso de benzodiazepinas según sexo.*

en frecuencia los controles por otro especialista y por un psiquiatra (21,6 y 21,45, respectivamente). Por último, el 12,83 % de las personas que consumen BZ han sido controladas por un neurólogo. Sólo el 11,65 % no ha consultado al médico durante los últimos 6 meses (tabla 3), lo que representa el 0,45 % (0,28-0,72) de la población adulta del Gran Santiago.

Patología psiquiátrica y consumo de benzodiazepinas

El 33,53 % (intervalo de confianza del 95 % [IC 95 %]: 25,47-42,69) de las personas que consumen BZ lo hace por un trastorno de ansiedad y el 23,86 % (IC 95 %: 16,97-32,45) por un trastorno afectivo. El resto de las personas lo hace por otras patologías, como trastornos del sueño o de la alimentación.

Factores asociados al consumo de benzodiazepinas

Los factores estudiados que se asociaron significativamente al consumo de BZ fueron el sexo, la edad, el estado civil, los ingresos, la presencia de un trastorno mental común y la percepción de enfermedad. Las mujeres presentan una tasa de consumo mayor que los hombres (5,06 frente a 1,95 %), con un riesgo 2,69 veces mayor respecto a ellos. Existe una asociación positiva lineal entre la edad y las tasas de consumo, fluctuando entre el 1,17 y 7,15 % para los grupos etáreos más extremos (15-24; 50-65). Los riesgos de consumo de todos los grupos etáreos son significativamente mayores en relación con el grupo de menor riesgo (15-24 años), con un rango entre 2,84 y 6,53. Otro factor que se asoció fue el estado civil. Las personas que tienen una mayor tasa de consumo son los/as viudos/as (12,17 %), siguiendo los separados (7,34 %), las personas con pareja (3,82 %) y por último la menor tasa la presentan las personas solteras (2,09 %). Los riesgos relativos de todos los grupos son significativamente mayores que los del grupo de solteros, quienes tienen el menor riesgo. Éstos fluctúan entre 1,86 (personas con pareja) y 6,49 (viudos), teniendo los separados un riesgo 3,71 veces mayor de consumir respecto a los solteros. Los pacientes con ingresos comprendidos entre el percentil 50 y 75 presentaron la menor tasa de consumo (2,72 %), siendo el riesgo de este grupo significativamente menor que el grupo con menores ingresos (cuartil inferior: menor en el percentil 25). Aquellas personas que tenían un trastorno mental común, según la CIS-R tienen una tasa de consumo de BZ de 8,55 % y su riesgo de consumir es 2,9 veces mayor respecto a las personas que no lo tienen. La percepción de la propia salud se asoció también al consumo de BZ. Las personas que declaran tener tanto un problema físico como mental tienen una tasa de consumo de 45,86 %, mayor que la de las personas que sólo declaran un problema mental (26,17 %) o físico (6,25 %). Los riesgos de consumir BZ son significativamente mayores en las personas que declaran algún problema de salud respecto a los que se declaran sanos. Aquellos con ambos problemas (físico y mental) tienen un riesgo 36,83, con problema mental 15,41 y con problema físico 2,9 veces mayor respecto al grupo sano.

Al realizar un análisis multivariado con el objeto de despejar las interacciones entre las variables estudiadas, el factor que se asoció de forma más estrecha al consumo de BZ fue la percepción de un problema tanto mental como físico, con un riesgo 20,66 veces mayor respecto a las personas sanas. Le siguen las personas que perciben sólo un problema mental, con un riesgo 13,12 veces mayor respecto a los sanos. Aquellos con un problema físico también persistieron con un riesgo significativamente mayor[2,18] respecto a los sanos. La edad también se asoció significativamente a un mayor riesgo, teniendo el grupo comprendido entre los 50 y 65 años un riesgo 4,27 veces mayor que los más jóvenes. El grupo entre los 40 y 49 años también continuó teniendo un riesgo significativamente mayor que el grupo más joven. La diferencia entre los dos grupos menores dejó de ser significativa. La presencia de un trastorno mental común según la CIS-R continuó asociándose significativamente con un mayor riesgo de consumo[2,36] después de ajustar por las variables descritas. Por último, el sexo femenino se asoció significativamente con un mayor riesgo de consumo[2,1] respecto a los hombres.

Tabla 3 Control médico en consumidores de benzodiazepinas

Control médico	Consumo de benzodiazepinas	
	N	% (IC 95 %)
Médico general	862	32,47 (24,96-41,00)
Psiquiatra	94	21,45 (14,53-30,5)
Neurólogo	82	12,83 (8,12-19,67)
Otro especialista	801	21,6 (15,23-29,71)
Cualquier médico	1.839	88,35 (81,84-92,73)
No consultó	2.031	11,65 (7,4-17,87)

DISCUSIÓN

La tasa de consumo de BZ en la población general adulta encontrada en el presente estudio es bastante menor que la encontrada por Busto et al. entre 1990 y 1991 (31,4 %)[12], lo que podría explicarse fundamentalmente por la falta de regulación que existía en la venta de estos fármacos en Chile y es menor a la descrita en otros países latinoamericanos utilizando métodos similares. De Lima et al.[19], en un estudio epidemiológico transversal realizado en Brasil, describen una prevalencia de consumo de BZ en la población mayor de 15 años del 8 %, cifra considerablemente mayor a la descrita por el presente estudio (3,84 %). Esta discrepancia no es explicable por diferencias en las prevalencias de los tras-

Tabla 4 **Perfil de las personas que consumen BZ***

Variable	Categoría	N	Prevelancia % (IC)	RD cruda (IC)	RD ajustada (IC)*
Sexo	Hombre	1.538	1,95 (1,29-2,94)	1	1
	Mujer	2.332	5,06 (4,17-6,14)	2,69 (1,68-4,29)	2,1 (1,24-3,60)
Edad	15-24	884	1,17 (0,58-2,31)	1	1
	25-39	1.416	3,24 (2,34-4,46)	2,84 (1,31-6,13)	2,06 (0,78-5,46)
	40-49	745	4,64 (3,23-6,63)	4,13 (1,87-9,11)	3,33 (1,26-8,80)
	50-65	825	7,15 (5,41-9,39)	6,53 (3,06-13,91)	4,27 (1,64-11,15)
Estado civil	Soltero/a	1.249	2,09 (1,36-3,2)	1	1
	Con pareja	2.189	3,82 (3,03-4,8)	1,86 (1,13-3,06)	0,97 (0,50-1,89)
	Separado/a	289	7,34 (4,6-11,52)	3,71 (1,91-7,19)	1,34 (0,57-3,13)
	Viudo/a	143	12,17 (7,16-19,92)	6,49 (3,12-13,48)	2,39 (0,98-5,85)
Educación	Superior	1.314	3,67 (2,7-4,96)	1	1
	Media	1.881	3,82 (2,95-4,94)	1,04 (0,69-1,58)	0,97 (0,60-1,57)
	Básica	644	4,3 (2,86-6,43)	1,18 (0,70-2,00)	0,57 (0,30-1,12)
	Sin educación	25	3,55 (0,49-21,72)	0,97 (0,12-7,46)	0,52 (0,06-4,54)
Ocupación	Empleado	1.822	3,8 (2,91-4,93)	1	1
	Inactivo	1.685	3,82 (2,94-4,96)	1,01 (0,68-1,48)	0,82 (0,51-1,31)
	Independiente	286	4,49 (2,43-8,18)	1,19 (0,60-2,39)	1,15 (0,53-2,48)
	Cesante	76	3,03 (0,79-10,91)	0,79 (0,20-3,19)	1,36 (0,32-5,73)
Ingresos	Cuartil inferior	847	4,83 (3,45-6,73)	1	1
	Cuartil 25-50	729	3,23 (2,04-5,06)	0,66 (0,40-1,18)	0,85 (0,45-1,59)
	Cuartil 50-75	798	2,72 (1,71-4,29)	0,55 (0,30-0,992)	0,64 (0,32-1,27)
	Cuartil superior	1.430	4,14 (3,13-5,46)	0,85 (0,54-1,34)	1,34 (0,76-2,36)
Trastorno mental común	No	2.974	2,47 (1,92-3,18)	1	1
	Sí	896	8,55 (6,71-10,85)	3,69 (2,55-5,34)	2,36 (1,49-3,73)
Percepción de salud	Sano	3.081	2,25 (1,74-2,91)	1	1
	Problema físico	665	6,25 (4,48-8,66)	2,90 (1,90-4,50)	2,18 (1,32-3,59)
	Problema mental	89	26,17 (17,2-37,69)	15,41 (8,49-28,00)	13,12 (6,30-27,33)
	Ambos	35	45,86 (28,29-64,53)	36,83 (16,41-82,68)	20,66 (8,82-48,37)

* Análisis de regresión logística múltiple controlado por sexo, edad, estado civil, educación, ocupación del jefe de hogar, ingresos, presencia de trastorno mental común y percepción de salud del entrevistado. IC: intervalo de confianza del 95%; RD: razón de disparidad.

tornos mentales comunes, pues las cifras descritas son similares en ambos estudios (22,7 frente a 26,7 %). La diferencia en las tasas de consumo de BZ encontradas podría explicarse por el hecho de que el estudio brasileño incluyó a las personas mayores de 65 años, grupo que presentó el más alto consumo y a diferencias en la definición de prevalencia que podría dar cuenta de gran parte de las fluctuaciones de prevalencia en distintos trabajos de la literatura como se describe en el trabajo de Zandstra et al. en 2002[9].

El tiempo de consumo encontrado es similar al descrito en Brasil. La mediana para ambos países fue de 24 meses, lo que implica un uso más o menos crónico.

Las mujeres presentaron cifras más altas de consumo de BZ que los hombres, hecho que está descrito en prácticamente todos los estudios mundiales. Llama la atención que el consumo entre las mujeres es significativamente menos prolongado que entre los hombres (medianas: 12 frente a 36 meses). Sin embargo, el consumo acumulado sigue siendo 1,33 veces mayor en mujeres.

La gran mayoría de los pacientes ha estado bajo control médico en los últimos 6 meses, lo que hace pensar que las BZ son indicadas por ellos, siendo congruente con la regulación en la prescripcion de BZ en Chile[13]. Sólo el 11,65 % no consultó médico alguno, y serían éstos quienes consumirían este tipo de fármacos sin receta y sin prescripción médica. El 57,3 % de las personas que consume reconoce hacerlo por un problema psiquiátrico como ansiedad, depresión o ambos, lo que es consecuente con que la presencia de trastorno mental común se asocia con un mayor consumo, lo que concuerda con la literatura internacional[5-8,19-21].

El que la mediana del tiempo de consumo fuera de 24 meses, un uso prolongado, y que la percepción de estar en-

fermo sea uno de los factores que presenta una fuerte asociación con el consumo de BZ pudiera significar que no se están resolviendo los malestares de estas personas.

Los factores que se asociaron con el consumo de BZ fueron el sexo femenino, la edad, la presencia de trastorno mental común y la percepción de estar enfermo, ya sea mental, físicamente o ambos; también son el sexo femenino, mayoría de edad y presencia de trastornos mentales los factores asociados al consumo de BZ descritos en la literatura internacional[5-8,19-22]. Esto hace necesario que los médicos que hoy día asisten a estas personas reciban una adecuada capacitación en el manejo de los trastornos mentales comunes, en el uso racional de estos medicamentos y el uso de otros psicofármacos que no presentan riesgo de adicción y que tienen mejores resultados a largo plazo, ya que la mayor parte de las personas que consumía BZ lo hacía por prescripción médica. Estos resultados también podrían apuntar paralelamente a mejorar la calidad de atención de la población de mayor edad y de la mujer, por un lado a través de la capacitación, y por otro a través del desarrollo de programas de tratamiento y servicios complementarios.

CONCLUSIONES

La tasa de consumo de BZ en la población general adulta del Gran Santiago fue del 3,84 %, con una mediana de 24 meses, lo que indica un uso más o menos crónico. Este consumo corresponde en más del 88 % a uso por prescripción médica, dado el mayor control existente en la actualidad. El 57,3 % de las personas que consume reconoce hacerlo por un problema psiquiátrico.

Los factores que se asociaron al consumo de BZ fueron el sexo femenino (RD: 2,1); la edad, con diferencias significativas para los dos grupos mayores (RD: 3,33 y 4,27), la presencia de trastorno mental común (RD: 2,36) y la percepción de estar enfermo, ya sea mental (RD:13,12), físicamente (RD: 2,18) o ambos (RD: 20,66). De estos resultados se desprende la necesidad de capacitar en forma adecuada a los médicos que hoy día asisten a estas personas, en el manejo de los trastornos mentales comunes, en el uso racional de estos medicamentos y en el uso de otros psicofármacos que no presentan riesgo de adicción y que tienen mejores resultados a largo plazo. Por otro lado, nos muestra que la atención a los grupos mayores y a la mujer son áreas aún en desarrollo donde queda mucho por hacer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hohmann AA. Gender bias in psychotropic drug prescribing in primary care. Med Care 1989;27:478-90.
2. Joukamaa M, Sohlman B, Lehtinen V. The prescription of psychotropic drugs in primary health care. Acta Psychiatr Scand 1995;92:359-64.
3. Uhlenhuth EH, Balter MB, Mellinger GD, Cisin IH, Clinthorne J. Symptom checklist syndromes in the general population. Correlations with psychotherapeutic drug use. Arch Gen Psychiatry 1983;40:1167-73.
4. De Lima MS, Dunn J, Novo IP, Tomasi E, Reisser AA. Gender differences in the use of alcohol and psychotropics in a Brazilian population. Subst Use Misuse 2003;38:51-65.
5. Mari J, Almeida-Filho N, Coutinho E, Baxter S, Torres C, Streiner D. The epidemiology of psychotropic use in the city of Sao Paulo. Psychol Med 1993;23:467-74.
6. Vázquez-Barquero JL, Díez Manrique JF, Pena C, Arenal González A, Cuesta MJ, Artal JA. Patterns of psychotropic drug use in a Spanish rural community. Br J Psychiatry 1989;155:633-41.
7. Ohayon MM, Lader MH. Use of psychotropic medication in the general population of France, Germany, Italy, and the United Kingdom. J Clin Psychiatry 2002;63:817-25.
8. Carrasco P, Astasio P, Ortega P, Jiménez R, Gil A. Factors related to psychotropic drugs consumption among the Spanish adult population. Data from the Spanish National Health Surveys for 1993, 1995 and 1997. Med Clin 2001;116:324-9.
9. Zandstra SM, Furer JW, van de Lisdonk EH, van't HM, Bor JH, van Weel C, et al. Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2002;37:139-44.
10. González I, Rojas G, Díaz B. Uso de psicofármacos por consultantes al nivel primario. Rev Psiquiat 1996;12:186-9.
11. Galleguillos U T, Risco N L, Ggaray S JL, et al. Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. Rev Med Chile 2003;131:535-40.
12. Busto UE, Ruiz I, Busto M, Gacitua A. Benzodiazepine use in Chile: impact of availability on use, abuse, and dependence. J Clin Psychopharmacol 1996;16:363-72.
13. MINSAL. Normas técnicas: prescripción racional de benzodiazepinas. En: Seijas D, editor. Publicación de Salud Mental, n.º 6 Ministerio de Salud. Chile, 1994.
14. CONACE, Estudio Nacional de Drogas. En: La Población General de Chile, 2002.
15. INE. Censo de la población y vivienda. Chile, INE, 1992.
16. Kish L. Survey Sampling. New York: John Wiley and Sons, 1965.
17. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, et al. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardised assessment for use by lay interviewers. Psychological Medicine 1992;22:465-86.
18. STATA. STATA. Versión 6. Santa Mónica, CA: STATA, 1999.
19. De Lima MS, Hotopf M, Mari JJ, Mann A. Minor psychiatric disorders and use of benzodiazepines: an example of the inverse care law in Brazil. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999;34 316-22.
20. Pelissolo A, Boyer P, Lepine JP, Bisserbe JC. Epidemiology of the use of anxiolytic and hypnotic drugs in France and in the world. Encephale 1996;22:187-96.
21. Lagnaoui R, Depont F, Fourrier A, Abouelfath A, Begaud B, Verdoux H, et al. Patterns and correlates of benzodiazepine use in the French general population. Eur J Clin Pharmacol 2004.
22. Swartz M, Landerman R, George LK, Melville ML, Blazer D, Smith K. Benzodiazepine anti-anxiety agents: prevalence and correlates of use in a southern community. Am J Public Health 1991;81: 592-6.