



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Grado

### **Reducción en el consumo de benzodiazepinas: problemática y medidas terapéuticas alternativas**

Reduction in benzodiazepine consumption:  
problems and alternative therapeutic  
measures

Autora

**Raquel Lázaro Lázaro**

Director

**Miguel M. Seral Cortés**

Facultad de Ciencias de la Salud

Curso 2022/2023

*Agradezco a mi familia por el apoyo incondicional que siempre me han dado. Por confiar en mí. A mi otra familia, la que me ha dado esta etapa académica y me ha acompañado estos cuatro años en cada momento. A Francisco, por haberme animado siempre y no dejar de creer en mí.*

*También quiero agradecer a aquellas personas que me han ayudado a formarme como enfermera y a crecer como persona, tanto tutores como pacientes.*

## Índice

1. Resumen .....	4
2. Abstract .....	5
3. Introducción y justificación .....	6
4. Objetivos.....	8
5. Metodología	
5.1 Estrategia de búsqueda.....	9
5.2 Criterios de selección.....	9
5.3 Palabras clave .....	10
5.4 Proceso de selección.....	10
6. Desarrollo	
6.1 Efectos de las benzodiazepinas a largo plazo .....	12
6.2 Efectividad del tratamiento con benzodiazepinas	
6.2.1 Efectividad del tratamiento con benzodiazepinas en pacientes con ansiedad.....	14
6.2.2 Efectividad del tratamiento con benzodiazepinas en pacientes con insomnio .....	14
6.3 Otras medidas terapéuticas en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio	
6.3.1 Terapias psicológicas	
6.3.1.1 Terapia Cognitivo-Conductual .....	15
6.3.1.2 Técnica de relajación progresiva de Jacobson.....	16
6.3.1.3 Mindfulness .....	16
6.3.2 Ejercicio físico .....	17
6.3.3 Entrevista motivacional.....	17
6.3.4 Entrevista estructurada.....	17
6.3.5 Melatonina.....	18
7. Conclusión .....	18
8. Bibliografía .....	19
9. Anexos.....	22

## **1. Resumen**

En los últimos años, las benzodiazepinas (BZD) han ganado relevancia como principal línea de acción frente a patologías como la ansiedad o el insomnio, debido a su rápido efecto y mejora de los síntomas.

Como consecuencia, ha habido un incremento importante del número de prescripciones de benzodiazepinas destinadas a dichas patologías, generando una alarma sanitaria. Esto se debe a sus efectos colaterales a largo plazo, que pueden desencadenar diversos riesgos como dependencia y abuso del fármaco, fractura de cadera provocada por una caída, deterioro de la memoria, depresión respiratoria, etc., favoreciendo un aumento de la incidencia de la mortalidad.

Los objetivos que pretende responder esta revisión consisten en describir la evidencia del uso de BZD a largo plazo en las patologías de ansiedad e insomnio, así como su efecto en relación al diagnóstico diferencial, o medidas terapéuticas alternativas en el manejo de ambas patologías.

Los estudios evaluados en esta revisión muestran los últimos hallazgos acerca de la problemática sanitaria y social del consumo crónico de BZD, y evidencia el aumento del riesgo de problemas derivados del uso inadecuado de BZD.

A partir de la investigación en la ansiedad y el insomnio, se han podido crear tratamientos alternativos que no contemplen exclusivamente el uso de benzodiazepinas, e intenten ser igual de efectivos. Entre estas nuevas terapias, se encuentran: terapias psicológicas (destacando la terapia cognitivo-conductual, la técnica de relajación progresiva y el mindfulness), ejercicio físico, entrevista motivacional, entrevista estructurada o la melatonina.

Como conclusión, el uso generalizado de estos fármacos es efectivo a corto plazo, pero nocivo para los pacientes y su entorno a largo plazo. El uso de terapias alternativas para realizar un control inicial y como tratamiento de la enfermedad de la ansiedad y/o del insomnio es beneficioso, pudiendo estabilizar los efectos de estos trastornos y reduciendo el riesgo de reacciones no deseadas a largo plazo.

## **2. Abstract**

In recent years, benzodiazepines (BZD) have gained relevance as the main line of action against pathologies such as anxiety or insomnia, due to their rapid effect and improvement of symptoms.

As a consequence, there has been a significant increase in the number of benzodiazepine prescriptions for these pathologies, generating a health alarm. This is due to their long-term side effects, which can trigger various risks such as drug dependence and abuse, hip fracture caused by a fall, memory impairment, respiratory depression, etc., favouring an increase in the incidence of mortality.

The objectives of this review are to describe the evidence for long-term use of BZD in anxiety and insomnia pathologies, as well as their effect in relation to the target diagnosis, or alternative therapeutic measures in the management of both pathologies.

The studies evaluated in this review show the latest findings on the health and social problems of chronic BZD use, and evidence of the increased risk of problems arising from inappropriate BZD use.

Research into anxiety and insomnia has led to the development of alternative treatments that do not exclusively involve the use of benzodiazepines, and are intended to be equally effective. These new therapies include: psychological therapies (especially cognitive-behavioural therapy, progressive relaxation technique and mindfulness), physical exercise, motivational interviewing, structured interviewing and melatonin.

In conclusion, the widespread use of these drugs is effective in the short term, but harmful to patients and their environment in the long term. The use of alternative therapies for the initial management and treatment of anxiety and/or insomnia is beneficial, stabilising the effects of these disorders and reducing the risk of unwanted reactions in the long term.

### **3. Introducción y justificación**

El ser humano presenta gran variedad de emociones en su ciclo vital, las cuales pueden desencadenar respuestas negativas que requieran el uso de diferentes fármacos o terapias. A pesar de estos beneficios, tratamientos como las benzodiazepinas (BZD) pueden conllevar efectos adversos a corto y largo plazo si su prescripción no se realiza de forma adecuada.

Las BZD son un grupo farmacológico destinado principalmente al tratamiento de los trastornos de ansiedad e insomnio, y en menor medida como anticonvulsivos, miorrelajantes, en la premedicación anestésica y desintoxicación alcohólica (1)(2). Este grupo es muy amplio, por lo que según su farmacocinética y potencia se han creado diferentes subgrupos (3)(ANEXO 1).

El incremento de prescripciones farmacológicas de BZD en los últimos años es alarmante. En Estados Unidos el aumento ha sido de un 31% en poco más de 12 años (4). Según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), las prescripciones farmacológicas oficiales de BZD han incrementado de forma notable en los últimos años, fundamentalmente en población anciana. En 2019 hubo un total de 87,366 prescripciones farmacológicas, mientras que, en 2021, 93,304 (5). Un incremento del 6.8% en solo dos años. En la Comunidad de Castilla y León en 2015, el 56% de estos fármacos iban destinados a pacientes de más de 65 años, y el 25% a mayores de 80 años (6). Este incremento en la prescripción, junto con la automedicación, que surge por iniciativa del paciente sin consulta clínica, muestra el interés por el que reducir y controlar su consumo.

Según un estudio, las personas de edad avanzada son las que más consumen BZD. Además, entre el 14 y 25% de las prescripciones realizadas en este grupo poblacional terminaba siendo una prescripción inadecuada en relación al diagnóstico recibido (7).

Uno de los temas que más preocupación genera en cuanto al uso de BZD es el riesgo de dependencia y abuso, siendo esta una conducta desadaptativa como respuesta a un uso no relacionado con el indicado de un fármaco (8).

El gran aumento de la oferta de BZD conlleva una importante problemática personal y social de los consumidores, ya que las conductas de dependencia y abuso influyen negativamente en las actividades básicas de la vida diaria. Los efectos dañinos que los depresores tienen sobre el cuerpo incluyen: falta de coordinación, problemas de memoria, desinhibición paradójica, disminución de la atención, dificultad para conciliar el sueño, incontinencia urinaria, disfunción eréctil, depresión respiratoria e incluso la muerte (3)(9).

Actualmente, algunas de las patologías más comunes de la población por las que se prescribe tratamiento con BZD se encuentran relacionadas con la ansiedad o el insomnio, sobre todo a raíz de la pandemia de COVID-19 (10). Estas pueden ser algunas de las causas por las que desde Atención Primaria se asume un riesgo por consumo de BZD a largo plazo, que puede ocasionar un problema de salud.

La Generalitat de Cataluña ha publicado un informe en el cual se afirma que, entre 2021 y 2022, un 41.6% de las personas con diagnóstico de ansiedad recibieron una prescripción de BZD que superaba las 4 semanas de duración. El aumento de prescripción y consumo de éstos duplicaba en 2021 al del resto de países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos), destacando con un 26.4% las recetas dirigidas a la población mayor de 65 años (11). Este hecho puede tener como consecuencia un aumento de las personas con tolerancia a estos fármacos, siendo que las nuevas guías de práctica clínica recomiendan otras medidas como la terapia cognitivo conductual o el mindfulness como primera línea de acción, reservándose las BZD para casos más graves de ansiedad.

Según la AEMPS, el número de recetas de BZD dirigidas al tratamiento del insomnio ha aumentado de 2,902.132 en el año 2012 hasta 3,408.819 en el 2021 (5). Esto supone que ha incrementado un 17.5% el consumo de BZD requeridas por insomnio en tan solo 9 años (12).

El escaso conocimiento sobre la acción a largo plazo de estos psicofármacos y sus consecuencias en la salud, hace necesario que desde enfermería se fomente la educación sanitaria respecto a las BZD, ya que no se han encontrado artículos que realmente hablen de la problemática de este grupo de fármacos tras su consumo crónico. Desde Atención Primaria se podrían valorar medidas terapéuticas alternativas que eviten repercusiones a largo plazo en el organismo y su entorno, y puedan solucionar o ayudar en la gestión de trastornos de ansiedad y/o insomnio (13).

#### **4. Objetivos**

Los objetivos de la revisión a realizar, son:

4.1 General: Describir y analizar la evidencia sobre efectos del consumo a largo plazo de benzodiazepinas en pacientes con ansiedad y alteración del sueño.

4.2 Específicos:

4.2.1 Valorar la actuación de las benzodiazepinas en relación al efecto que tienen sobre el diagnóstico diana tras su administración.

4.2.2 Describir otras medidas terapéuticas alternativas en el manejo de la enfermedad del insomnio o ansiedad, tales como la actividad física o terapia psicológica.



## **5. Metodología**

### 5.1 Estrategia de búsqueda

El presente estudio es una revisión bibliográfica basada en la literatura científica que muestra la información más actual acerca de las BZD y su efecto en el organismo.

La búsqueda se ha realizado a través de diferentes bases de datos como PubMed, Scielo o Science Direct; páginas web oficiales: Gobierno de España, FDA (Administración de Alimentos y Medicamentos de EEUU) y Vademecum; y el Repositorio Institucional de Documentos de la Universidad de Zaragoza.

Se ha utilizado el razonamiento deductivo para la organización de la información, desde lo general, que considerase la farmacocinética, tratamiento, prevalencia y efectos secundarios de las BZD, a lo particular, que aportara información relevante sobre su consumo actual y sus consecuencias en las diferentes áreas biopsicosociales del ser humano.

### 5.2 Criterios de selección

#### *5.2.1 Criterios de inclusión*

Para poder obtener la información más actualizada posible, se estableció como criterio de inclusión:

- Artículos que no superaran los 10 años tras publicación (desde 2012 hasta 2022).
- Artículos disponibles a texto completo de acceso gratuito.
- Artículos escritos en español o inglés.
- Artículos cuyo contenido estuviera referido a efectos exclusivamente sobre el organismo humano.

### 5.2.2 Criterios de exclusión

Se establecieron diversos criterios de exclusión que permitieran una selección más exhaustiva y que se ajustara al objetivo del trabajo:

- Artículos sobre el efecto de los BZD en animales, por alejarse de la población en la que se centra.
- Artículos que considerasen el uso de BZD en menores de 18 años, por su reducida prescripción.

### 5.3 Palabras clave

Las palabras clave utilizadas han sido: *benzodiazepina, ansiedad, insomnio, abuso y tolerancia*, traducidas al inglés para su búsqueda en bases de datos internacionales: *benzodiazepine, anxiety, insomnia, abuse and tolerance*. Además, se utilizaron los marcadores booleanos "AND" y "OR".

La combinación de palabras claves, junto con los operadores booleanos y terminología estandarizada *Mesh* para definir la estrategia de búsqueda fue la siguiente:

```
(((((("Benzodiazepines/administration and dosage"[Mesh]) OR (
"Benzodiazepines/adverse effects"[Mesh] )) OR (
"Benzodiazepines/classification"[Mesh] )) OR (
"Benzodiazepines/pharmacokinetics"[Mesh] )) OR (
"Benzodiazepines/therapeutic use"[Mesh] )) OR (
"Benzodiazepines/poisoning"[Mesh] OR )) OR (
"Benzodiazepines/standards"[Mesh] ))))
```

### 5.4 Proceso de selección

La figura 1 muestra el proceso de selección de artículos relevantes mediante un diagrama de flujo. Tras leer el título y resumen de los artículos seleccionados, se han eliminado los estudios que no aportan información relevante. Tras la fase de cribado e identificación, un total de 38 estudios han sido seleccionados para responder a los objetivos del presente trabajo.

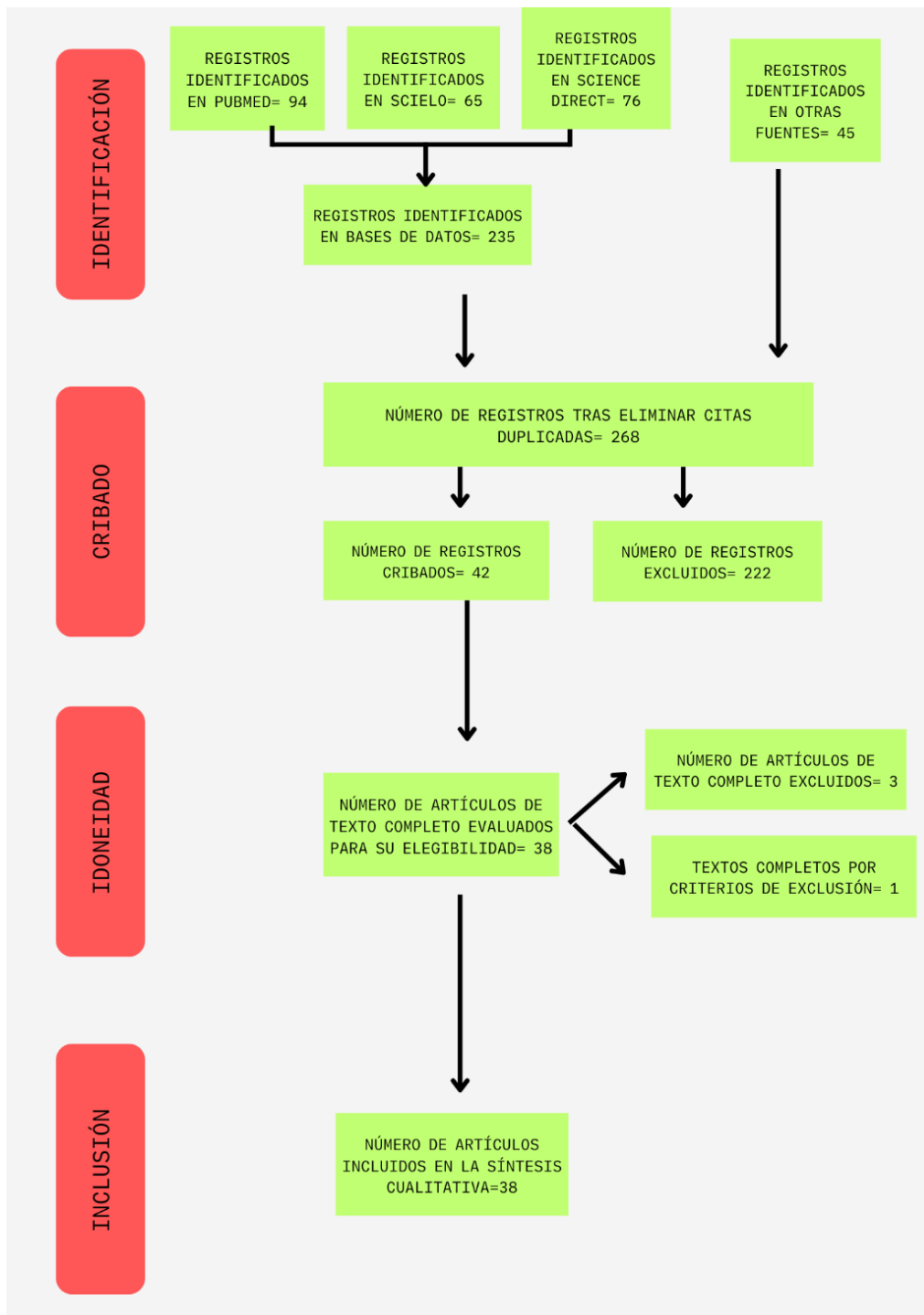


Figura 1: Diagrama de flujo de la selección de artículos para la presente revisión bibliográfica. Fuente: elaboración propia.

## **6. Desarrollo**

### 6.1 Efectos de las BZD a largo plazo

La prescripción de BZD se suele centrar en la duración del efecto de cada fármaco, aun así, la vida media no debe ser el único parámetro que influya en esta decisión, puesto que la liposolubilidad (14), el metabolismo hepático o la glucorono-conjugación son mecanismos que pueden prolongar el efecto de las BZD (7).

Se han investigado los efectos de las BZD en pacientes que las toman de forma crónica, entre los cuales nos podemos encontrar: adicción, aumento del riesgo de fracturas de cadera y mayor riesgo de mortalidad.

Uno de los efectos que se presentan tras el consumo prolongado de BZD es la adicción, que se refiere a la dependencia física y psicológicamente del medicamento. Esta adicción, si se prolonga en el tiempo, puede derivar en tolerancia.

En un metaanálisis cuantitativo en el que se estudió el empleo de diferentes fármacos en el tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohol, se sugirió que las BZD no fueran la primera opción en este tratamiento debido a sus posibles efectos secundarios graves, entre los que destaca la adicción, además de una mayor tasa de recaída. Asimismo, el tratamiento con fármacos benzodiazepínicos y el que no incluye BZD poseen la misma efectividad, en cambio, el segundo tiene menores tasas de adicción (15).

Una revisión en la que se incluía un análisis retrospectivo de los medicamentos asociados a dependencia, sugirió la recomendación del tratamiento con BZD un máximo de 4 semanas. No se pudo estimar cuál era el porcentaje de personas con adicción, pero se afirmó que gran parte de los consumidores crónicos tendrían que obtener una pauta cuidadosa al detener el consumo por la dependencia que producen (16).

Se ha comprobado que gracias a la deshabitación se mejoran algunos aspectos cognitivos y psicomotores. En un ensayo clínico se estimó que dicha mejora fue la causante de que un 80% de los pacientes pudieran retirar las BZD de sus vidas tras 6 meses. Se consiguió una pauta de retirada progresiva de entre un 10 y 15% de la dosis durante 2 a 3 semanas utilizando la misma BZD, o empleando una dosis equivalente de Diazepam. En el caso de haber síntomas de abstinencia, la pauta de retirada se prolongó hasta un máximo de un año (1).

En cuanto a las fracturas de cadera, en un estudio observacional y analítico de casos-contróles, se realizó una encuesta para conocer qué fármacos tomaban los pacientes ingresados, con el fin de poder visualizar si había asociación entre el consumo de BZD y la fractura traumática de cadera a consecuencia de una caída. De los 29 casos (personas que se habían fracturado la cadera) y 60 controles (personas ingresadas por otro motivo), que tenían una media de edad superior a 80 años, se observó que el 100% de los que consumían BZD lo hacía por un periodo mayor a 6 semanas. Como resultado, se obtuvo que los pacientes que consumen BZD tienen más del doble de riesgo de presentar una fractura de cadera que aquellos que no las toman. En el caso de pacientes de sexo femenino, el riesgo aumenta hasta por seis en comparación al sexo masculino (17).

Otro de los efectos del consumo de BZD a largo plazo se relaciona con un incremento de la mortalidad en relación a pacientes que no tienen prescripción de las mismas.

En un estudio de cohortes retrospectivo con 34,727 pacientes mayores de 16 años que consumían fármacos ansiolíticos e hipnóticos durante mínimo un año, se observó que del total de pacientes, un 76.3% recibió una prescripción de BZD, destacando con un 47.9% el Diazepam. Este estudio asoció el consumo de estos fármacos con un aumento significativo de mortalidad, en concreto, los pacientes consumidores de fármacos duplicaban el riesgo de muerte a los pacientes que no lo eran (18).

Además, según un metaanálisis, hay una relación estrecha entre el consumo habitual y prolongado de BZD (destacando Lorazepam, Diazepam y Oxazepam), y un mayor riesgo de mortalidad. Se estudió durante dos años y medio a pacientes con consumo ocasional de BZD y se observó que tenían 3 veces más probabilidades de fallecer por dicha causa que los no consumidores (2).

Por todos estos motivos, se deben tener en cuenta diferentes consideraciones en la prescripción: uso solo si es imprescindible, en la menor dosis posible eficaz y sin sobrepasar las 4 semanas en insomnio y 12 semanas en ansiedad, haciendo controles periódicos del consumo (1).

## 6.2 Efectividad del tratamiento con BZD

### *6.2.1 Efectividad del tratamiento con BZD en pacientes con ansiedad*

El grupo farmacológico de elección en el tratamiento de la ansiedad son las BZD, ya que reducen los síntomas de forma rápida y eficaz. En líneas generales, la prescripción se centra en el Lorazepam y Diazepam (12).

En este sentido, se realizó un estudio aleatorio, controlado con placebo, cruzado y doble ciego, con 20 pacientes sanos con edades de entre 18 y 40 años con el fin de valorar la respuesta farmacocinética a las BZD. Al finalizar la intervención, se obtuvo una mejora sintomática subjetiva rápida tras la administración de la primera dosis de BZD, justificando su uso a corto plazo en situaciones con síntomas subjetivos de ansiedad (19).

### *6.2.2. Efectividad del tratamiento con BZD en pacientes con insomnio*

El empleo de BZD en la patología del insomnio es muy frecuente. Sin embargo, los beneficios clínicos de estos fármacos se visualizan solo a corto plazo, debido a que su uso continuo puede llegar a empeorar la calidad del sueño (12). En el caso de prescribir BZD en insomnio crónico, éste debe tener una pauta individualizada para prevenir comorbilidades (12).

En un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo participaron 89 pacientes mayores de 55 años que tenían diagnóstico de insomnio primario y eran consumidores de hipnóticos, con un consumo nocturno regular de más de un mes. En el grupo en el que se retiró la BZD la calidad de vida mejoró en el mes 1, a diferencia del grupo que mantuvo el consumo de BZD, que mejoró en el mes 6. Estos datos muestran que la abstinencia tras un consumo prolongado de hipnóticos resulta favorable al sueño y la calidad de vida, no estando consideradas las BZD en tratamientos prolongados (20).

### 6.3. Otras medidas terapéuticas en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio

#### *6.3.1 Terapias psicológicas*

El tratamiento psicológico suele resultar eficaz, sobre todo a corto plazo, ya que la consulta con un terapeuta puede construir mejoras en las actividades que, progresivamente, disminuyan los síntomas de ansiedad o ayuden a conciliar el sueño. (21) Sin embargo, dependiendo de la edad y gravedad del trastorno, se puede añadir al tratamiento la terapia con BZD (22).

Un metaanálisis describió que aquellos terapeutas que ajustaban el tratamiento a las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (ANEXO 2) obtenían mejores resultados (23). Para ello, se debe orientar el cambio a la etapa en la que se encuentra el paciente. Se estima que la mayoría de pacientes se encuentran en las fases de precontemplación, contemplación y acción, con un 40, 40 y 20% respectivamente. Sin embargo, la mayoría de terapias fracasan porque se encuentran dirigidas a la fase de acción (23).

#### *6.3.1.1 Terapia Cognitivo Conductual (TCC)*

La TCC constituye la primera línea de actuación en el tratamiento de la ansiedad e insomnio. Tiene una duración de 6 a 8 semanas, en las que trata de crear una conducta apropiada frente al problema identificado. Esta terapia ha demostrado su alta eficacia como elemento coadyuvante en la retirada gradual de las BZD y como tratamiento de la ansiedad y el insomnio (24). Estos resultados pueden proporcionar evidencia robusta para la implementación de Unidades del Sueño en la patología del insomnio (24).

Entre algunas de estas TCC, nos encontramos el control de estímulos, relajación o restricción de tiempo en la cama (también llamada higiene del sueño, ANEXO 3), intención paradójica y reestructuración cognitiva (13)(25).

Un ensayo clínico aleatorizado ciego realizado a partir de 342 adultos de entre 20 y 70 años con estrés derivado del dolor lumbar crónico, evaluó la efectividad de la TCC, en este caso de control de pensamientos y comportamientos relacionados con el dolor. El estudio proporcionó una mejoría clínica del 44.9% a las 26 semanas de los pacientes que participaron en la TCC. En cambio, aquellos que recibieron la atención habitual tuvieron un 26.6% de mejora. Se estudió si existía una permanencia del beneficio a las 52 semanas y se observaron los mismos resultados prácticamente, por lo que se verificó que los resultados positivos que aporta la TCC son duraderos (26).

#### *6.3.1.2 Técnica de relajación progresiva de Jacobson*

Esta técnica consiste en tensar y posteriormente relajar varios grupos musculares de forma secuencial. Así, el paciente se concentra en las sensaciones que va experimentando. Esto lo debe aplicar en las situaciones cotidianas que le produzcan tensión para llegar a un estado de relajación (27).

#### *6.3.1.3 Mindfulness*

El Mindfulness se realiza en pequeños grupos con el fin de hacer conscientes a los participantes de su ansiedad y cómo abordarla. Además, propone hacer ejercicios durante sus actividades diarias en las que se concentren en el "aquí y el ahora" (28).

Se realizó un estudio en el que participaron 238 sujetos para tratar de considerar si una aplicación telefónica que empleaba técnicas de relajación como el Mindfulness puede ayudar a mejorar el bienestar psicológico. Durante un periodo de 8 semanas, el grupo de intervención obtuvo una mejora significativa a nivel psicológico y del estado de ánimo en comparación al grupo control, efectos que se mantenían a las 16 semanas (29).



En otro estudio en el que participaron 100 enfermeras divididas aleatoriamente en grupos de intervención y control, se evaluó la aplicación de terapia basada en el Mindfulness. Se obtuvo como resultado que el grupo de intervención tenía una mejora significativa en diversas escalas de ansiedad y depresión que se habían realizado previas al estudio, mientras que el grupo control no obtuvo resultados significativos (30).

### *6.3.2 Ejercicio físico*

Un estudio que contó con 376 participantes de entre 18 y 75 años con diagnóstico de ansiedad y/o depresión, ha evidenciado que el ejercicio físico (destacando el paseo ligero) ayuda en la etapa de deshabitación de psicofármacos, pero que desde Atención Primaria esta recomendación es insuficiente en estos pacientes (31).

En cuanto al ejercicio físico como tratamiento de la ansiedad, se ha evidenciado que la práctica de mínimo 30 minutos al día, de tres a cinco días por semana, puede mejorar significativamente los síntomas (32). Además, los efectos positivos que muestran los resultados del ejercicio físico son ligeramente superiores que el resto de terapias tomadas en conjunto, y similares a los de la terapia con BZD (33).

### *6.3.3 Entrevista motivacional*

Aunque es una técnica nueva y no tiene evidencia suficiente, se ha observado que la entrevista motivacional favorece el cambio de conductas de riesgo y adopción de buenos hábitos. Ésta emplea al profesional de salud como un facilitador para que el propio paciente resuelva su ambivalencia y aumente su motivación (2)(34).

### *6.3.4 Entrevista estructurada*

Esta intervención consiste en una serie de preguntas fijas que se aplican a cada sujeto de forma sistemática. El contenido puede tratar temas como la temporalidad de los efectos positivos de las BZD, la dependencia, las secuelas del consumo crónico o la necesidad de retirada gradual. (35) (36)

En un ensayo controlado y aleatorizado con 591 sujetos de más de 65 años que tuvieron una única entrevista, se logró descender un 35% el consumo de BZD después de un año (1).

### *6.3.5 Melatonina*

La melatonina exógena puede considerarse uno de los tratamientos alternativos a las BZD en trastornos primarios del sueño, ya que llega a reducir la latencia del sueño y mejora tanto el tiempo total, como la calidad del mismo. Además, apenas tiene reacciones adversas y tiene un gran margen de seguridad (37).

Se realizó un ensayo clínico aleatorizado, controlado con placebo y doble ciego con 307 participantes con trastorno de la fase de vigilia-sueño retrasada, durante 4 semanas. Ambos grupos recibieron una programación conductual del sueño y vigilia, además, una hora antes de acostarse un grupo recibió melatonina de liberación rápida y el otro, placebo. El grupo que obtuvo la melatonina tuvo un inicio del sueño 34 minutos antes, disminución del deterioro del sueño, de la gravedad del insomnio y de la alteración funcional que conlleva, proporcionando un beneficio del 52.8% en comparación al 24.0% del grupo que tomó placebo. De esta forma, la melatonina junto al programa conductual fueron eficaces en la mejora objetiva y subjetiva del trastorno estudiado (38).

## **7. Conclusión**

Como conclusión, las BZD son fármacos que, pese a la reducción de sintomatología a corto plazo, a largo plazo pueden llegar a tener efectos nocivos en la salud y entorno del paciente. En ocasiones, los riesgos superan a los beneficios, por lo que se deben considerar los efectos secundarios y los perjuicios producidos por consumo de BZD, especialmente en personas mayores.

De acuerdo con los estudios analizados, la eficacia de las BZD en el tratamiento de la ansiedad y el insomnio es alta, proporcionando grandes beneficios a corto plazo. En cambio, si el consumo se convierte crónico, la relación entre la eficacia y consumo de BZD, y el manejo de ansiedad e insomnio no es segura para el paciente.

El uso de terapias alternativas para realizar un control inicial y como tratamiento de la enfermedad de la ansiedad y/o del insomnio es beneficioso, pudiendo estabilizar los efectos de estos trastornos y reduciendo el riesgo de reacciones no deseadas a largo plazo.

## 8. Bibliografía

1. Azparren A, I. García. Estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. Boletín Inf Farmacoter Navarra [Internet]. 2014;22:1–13. Available from: [https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AB30A9A5-9907-4D68-A17A-C4AB0DC524D5/293282/Bit\\_v22n2.pdf](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AB30A9A5-9907-4D68-A17A-C4AB0DC524D5/293282/Bit_v22n2.pdf)
2. Lader M. Daño de las benzodiazepinas: ¿cómo se puede reducir? Br J Clin Pharmacol. 2012;77:295–301.
3. Ligoña A, Álvarez JA, Guardia J, Flórez G. Guía de Consenso para el buen uso de las Benzodiazepinas. Socidrogoalcohol. 2019;
4. Hwang CS, Kang EM, Kornegay CJ, Staffa JA, Jones CM MJ. Trends in the concomitant prescribing of opioides and benzodiazepines. 2016;
5. Sanitarios AE de M y P. Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. 2021.
6. León P del MC y. Deprescripción de benzodiazepinas ¡Sí se puede! 2016.
7. Domínguez V, Collares M, Ormaechea G, Tamosiunas G. Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. Rev Uruguaya Med Interna. 2016;3.
8. Cabanillas-Tejada JK, 1 HLA-GJDB-N, Mejía CR. Automedicación y riesgo de abuso de pacientes con benzodiazepinas en adultos Lima-Perú. Rev Chil neuropsiquiatría. 2022;60 N°3.
9. Berger FK, Dugdale DC, Conaway B. Abuso de sustancias - medicamentos con receta. Medlin Plus. 2022;
10. Clinic M. COVID-19 y tu salud mental. Mayo Clin. 2022;
11. Gencat. Tratamiento prolongado con benzodiazepinas en personas adultas con trastornos de ansiedad. 2022.
12. Montes E, Plasencia M, Amelia R, Pérez M. Uso adecuado de BENZODIAZEPINAS en insomnio y ansiedad. BOLETÍN Canar USO Racion DEL Medicam DEL SCS. 2014;6.
13. Torrens I, Argüelles-Vázquez R, Lorente-Montalvo P, Molero-Alfonso C, Esteva M. Prevalencia de insomnio y características de la población insomne de una zona básica de salud de Mallorca (España). Elsevier. 2019;51:617–25.

14. Rosas-Gutiérrez I, Simón-Arceo K, Mercado F. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodicepinas. *Salud Ment.* 2013;
15. Katalin I, Kovács I, Kata B, Sara C. Evaluación del curso y tratamiento del síndrome de abstinencia de alcohol con la evaluación de abstinencia de alcohol del Instituto Clínico - Revisado: un metanálisis basado en una revisión sistemática. *Depend Drog y Alcohol.* 2021;220.
16. Marsden J, White M, Annand F, Carville S. Medicamentos asociados con dependencia o abstinencia: una revisión de salud pública de métodos mixtos y un estudio de base de datos nacional en Inglaterra. *Lancet Psiquiatr.* 2019;
17. Danza Ál, Rodríguez M, López M, Agorio D. Benzodiazepinas y fractura de cadera: estudio de casos y controles. *Rev Médica Uruguay.* 2015;31 n°2.
18. Weich S, Pearce HL, Croft P, Singh S. Efecto de las prescripciones de fármacos ansiolíticos e hipnóticos sobre los riesgos de mortalidad: estudio de cohorte retrospectivo. *BMJ.* 2014;
19. Chen X, Broeyer F, de Kam M, Baas J. Perfiles de respuesta farmacodinámica de fármacos ansiolíticos y sedantes. *BJCP.* 2017;83.
20. Lähteenmäki R, Neuvone PJ, Puustinen J, Vahlberg T, Partenen M, Rähä I. La abstinencia del uso a largo plazo de zopiclona, zolpidem y temazepam puede mejorar la percepción del sueño y la calidad de vida en adultos mayores con insomnio primario. *BCPT.* 2019;124 N°3.
21. Mayo C. Trastorno de la ansiedad generalizada. 2022.
22. OMS. Trastornos mentales. 2022.
23. Muela A, Sansinenea E. Tratamientos psicológicos personalizados: orientaciones clínicas. *Papeles del Psicólogo.* 2020;41 n° 1.
24. A. Álvarez-Ruiz de Larrinaga, J.J. Agustí-Visiedo, M.J. Valiño-Colas, P. Cuartero-Ríos OR-ST. Retirada de benzodicepinas en el anciano. 2022.
25. Torrens I, Ortuño M, Guerra JI, Esteva M, Lorente P. Actitudes ante el insomnio de los médicos de Atención Primaria de Mallorca (España). *Elsevier.* 2016;48.

26. Cherkin DC, Sherman KJ, Balderson BH, Cook AJ. Efectos de la reducción del estrés basada en la atención plena frente a la terapia cognitivo-conductual y la atención habitual sobre el dolor de espalda y las limitaciones funcionales en adultos con dolor lumbar crónico: un ensayo clínico aleatorizado. JAMA. 2016;
27. Ramiro A, Espinosa C, Espinosa E, Ramirez A. Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. Rev Enfermería Docente. 2014;
28. Spinhoven P, Hoogerwerf E, Van Giezen A, Greevenc A. Terapia grupal cognitiva basada en la atención plena para el trastorno de ansiedad refractario al tratamiento: un ensayo controlado aleatorio pragmático. Elsevier. 2022;90.
29. Bostock S, Crosswell, AD, Prather A, Steptoe A. Atención plena sobre la marcha: efectos de una aplicación de meditación de atención plena sobre el estrés laboral y el bienestar. Rev Psicol la Salud Ocup. 2019;
30. Yang J, Siyuan T de, Zhou W. Efecto de la terapia de reducción del estrés basada en la atención plena sobre el estrés laboral y la salud mental de las enfermeras psiquiátricas. Psychiatr Danub. 2018;3.
31. Iglesias B, Olaya I, Gómez MJ. Prevalencia de la realización y prescripción de ejercicio físico en pacientes diagnosticados de ansiedad y depresión. Pubmed. 2015;
32. Mayo C. Depresión y ansiedad: hacer ejercicio puede aliviar los síntomas. 2017;
33. Guerra JR, Gutiérrez M, Zavala M, Singre J. Relación entre ansiedad y ejercicio físico. 2017;
34. Rivera S, Villouta MF, Ilabaca A. Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria? Elsevier. 2008;
35. Folgueiras P. La entrevista. EDU. 2016;
36. Díaz-Bravo LP, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. Investig en Educ Médica. 2013;2 nº 7.
37. Ferracioli-Oda E, Qawasmi A, Bloch MH. Metanálisis: melatonina para el tratamiento de trastornos primarios del sueño. PLOS. 2013;

38. Sletten TL, Mague M, Murray JM, Gordon CJ. Eficacia de la melatonina con la programación conductual del sueño y la vigilia para el trastorno de la fase de sueño y vigilia retrasada: un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego. PLOS. 2018;

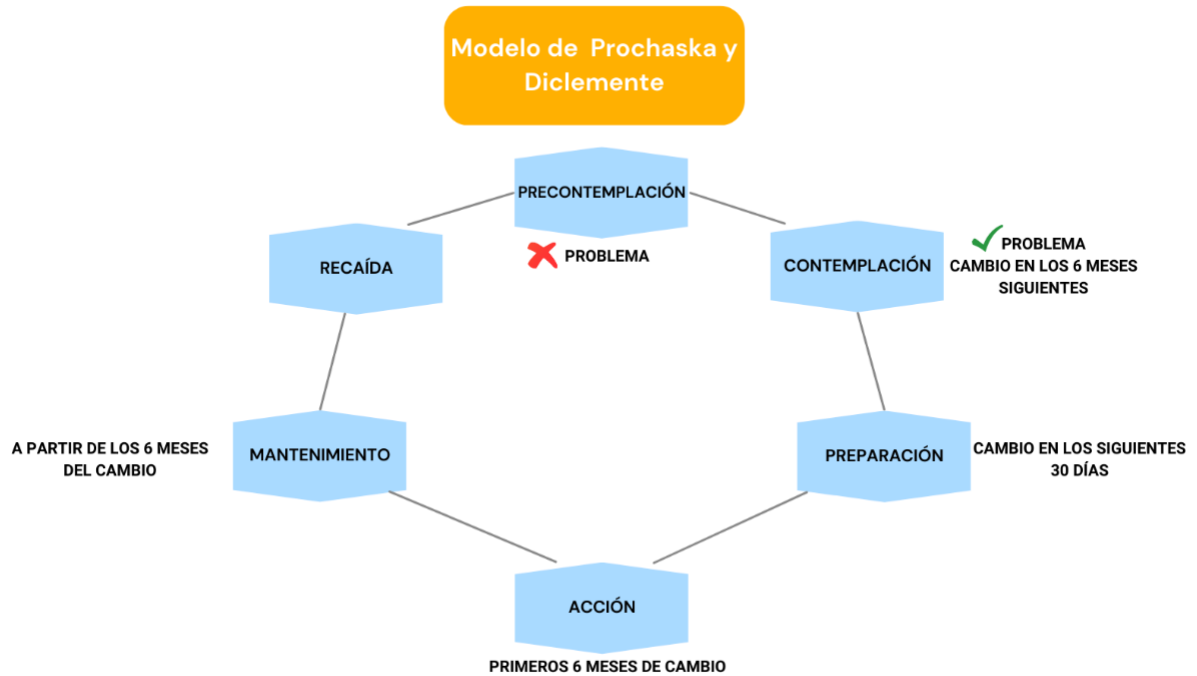
## 9. Anexos

### Anexo 1: Clasificación de las BZD.

CLASIFICACIÓN DE LAS BZD		
VIDA MEDIA	DURACIÓN DE ACCIÓN	FÁRMACOS
Vida o acción larga	entre 40 y 200 horas	→ Diazepam, Flurazepam
Vida o acción intermedia	de 20 a 40 horas	→ Clonazepam, Flunitrazepam, Bromazepam
Vida o acción corta	de 5 a 20 horas	→ Lorazepam, Temazepam, Oxazepam
Vida o acción muy corta	entre 1 y 1.5 horas	→ Triazolam, Midazolam

Fuente: elaboración propia

## ANEXO 2: Etapas de cambio de Prochaska y Diclemente.



Fuente: elaboración propia

## Anexo 3: 10 mandamientos de la higiene del sueño para adultos según la World Sleep Society.

### LOS 10 MANDAMIENTOS DE LA HIGIENE DEL SUEÑO

Según la World Sleep Society

1

Establecer un horario regular para acostarse y despertarse.

2

No exceder el sueño diurno (siestas) más de 45 minutos.

3

Evitar el alcohol 4 horas antes de acostarse, y no fumar.

4

Evitar la cafeína 6 horas antes de acostarse.

5

Evitar los alimentos pesados, picantes o azucarados 4 horas antes de acostarse.

6

No realizar ejercicio justo antes de acostarse.

7

Usar ropa de cama cómoda.

8

La temperatura y ventilación de la habitación deben ser adecuadas.

9

Eliminar la mayoría de ruido y luz posible.

10

Reservar su cama para dormir y el sexo, evitando su uso para otras actividades.

Fuente: elaboración propia