

Benzodiacepinas en España: Tendencias de consumo e implicaciones para la salud



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Iris Giménez López

Tutor: García Fernández, Lorena.

Cotutor: Garijo García, Vicente.

Departamento y Área: Medicina Clínica. Psiquiatría.

Curso académico: 2024-2025

Convocatoria de febrero 2025

Resumen

El consumo de benzodiazepinas (BZD) en España ha mostrado un aumento sostenido en la última década, generando preocupación por sus implicaciones para la salud pública. Este estudio tiene como objetivo analizar la evolución temporal del consumo de BZD entre 2012 y 2024, así como identificar factores sociodemográficos asociados y sus repercusiones en la salud.

Se realizó un estudio observacional y descriptivo de tipo longitudinal retrospectivo, basado en el análisis de datos secundarios de encuestas nacionales (EDADES, ESTUDES, ESDAM y OEDA). Se evaluaron frecuencias, porcentajes y correlaciones para identificar patrones de consumo en función de edad, género y contexto socioeconómico.

Los resultados revelan un incremento significativo del consumo de BZD, tanto con prescripción como sin ella, con una mayor prevalencia en mujeres (especialmente entre 35 y 64 años) y en mayores de 64 años. Se observó un aumento del consumo no autorizado, especialmente entre adolescentes, y una alta incidencia de policonsumo asociado. Además, se registró un incremento en urgencias hospitalarias y defunciones vinculadas al uso de BZD.

En conclusión, el uso de BZD en España refleja una tendencia preocupante, influenciada por factores sociales y económicos. Es fundamental implementar estrategias de prevención, educación sanitaria y control en la prescripción para mitigar sus riesgos.

Palabras clave: benzodiazepinas, consumo, España, factores sociodemográficos, salud pública.

Abstract

The consumption of benzodiazepines (BZD) in Spain has shown a sustained increase over the past decade, raising concerns about its public health implications. This study aims to analyze the temporal evolution of BZD consumption between 2012 and 2024, as well as to identify associated sociodemographic factors and its health repercussions.

A retrospective longitudinal observational and descriptive study was conducted, based on the analysis of secondary data from national surveys (EDADES, ESTUDES, ESDAM, and OEDA). Frequencies, percentages, and correlations were evaluated to identify consumption patterns based on age, gender, and socioeconomic context.

The results reveal a significant increase in BZD consumption, both with and without prescription, with a higher prevalence in women (especially between 35 and 64 years old) and in individuals over 64 years old. An increase in unauthorized consumption, particularly among adolescents, and a high incidence of associated poly-drug use were observed. Additionally, there was an increase in hospital emergencies and deaths related to BZD use.

In conclusion, BZD use in Spain reflects a concerning trend influenced by social and economic factors. It is essential to implement prevention strategies, health education, and prescription control to mitigate its risks.

Keywords: benzodiazepines, consumption, Spain, sociodemographic factors, public health.

Índice

Introducción	3
Hipótesis y objetivos	5
1. Hipótesis principal	5
2. Hipótesis secundaria	5
3. Objetivo primario	6
4. Objetivos secundarios	6
Material y métodos	6
1. Diseño del estudio	6
1.1. Población a estudio	6
1.1.1. Criterios de inclusión	7
1.1.2. Criterios de exclusión	7
2. Materiales	7
	2

2.1. Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES)	6	7
2.2. Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)	7	8
2.3. Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años (ESDAM)	8	8
2.4. Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)	9	8
3. Procedimiento		8
3.1. Recogida de datos		9
3.2. Análisis de datos		9
Resultados		9
1. Evolución temporal del consumo de BZD en España		9
2. Evolución temporal del consumo de BZD en diferentes marcos temporales, con diferencias del género y edad		10
3. Consumo de BZD con y sin receta		12
4. Tendencias críticas y emergentes		13
Discusión		14
Conclusiones		18
Referencias		19
Anexos		21
1. Evolución temporal del consumo de las principales BZD en España		21
2. Clasificación de las BZD según su vida media		22
3. Indicaciones oficiales de BZD		24
4. Principales efectos adversos asociados al consumo de BZD		27
5. Recomendaciones		38

Introducción

Las benzodiacepinas (BZD) se incluyen en el grupo de hipnosedantes, hipnóticos y relajantes musculares¹. Su mecanismo de acción se basa en la potenciación de la acción gabaérgica en el

sistema inhibitorio del sistema nervioso central (SNC). Presentan una alta afinidad y selectividad del receptor ionotrópico GABA_A, manteniendo durante mayor tiempo la corriente de Cl⁻ y, por ende, la apertura del transportador. El mayor tiempo de apertura posibilita un mayor paso de ácido gamma-amino butírico (GABA).

El sistema gabaérgico regula el estado de excitabilidad neuronal del SNC, su inhibición aumenta el estado de alarma pudiendo generar ansiedad, insomnio e hiperreactividad a estímulos no amenazadores. Por ende, al actuar sobre los receptores GABA_A las BZD son útiles para reducir los niveles de ansiedad, facilitar el sueño y disminuir el estado de alerta.

El efecto terapéutico de las BZD está determinado por su vida media, influenciada por la presencia de metabolitos activos. Las BZD de vida media corta o ultracorta se utilizan como hipnóticas, ya que su efecto desaparece al despertar. En cambio, las de vida media larga son eficaces en el tratamiento de la ansiedad y como miorrelajantes, debido a su acción sostenida. Por ello, es común clasificarlas según su vida media¹.

Las BZD son una opción terapéutica frecuente para la ansiedad e insomnio debido a su eficacia, rapidez de acción, bajo costo y disponibilidad². No obstante, su uso no debe ser de primera línea, reservándose para casos graves que comprometan la funcionalidad o generen alto estrés o deterioro neurocognitivo. Esta limitación se debe a su potencial de abuso, dependencia y efectos adversos a largo plazo, lo que requiere una evaluación rigurosa de la relación riesgo-beneficio en cada caso.

A nivel global se ha detectado un incremento del consumo de BZD que frecuentemente está asociado al de otras sustancias psicoactivas. Esta práctica entraña diferentes consecuencias negativas para la población debido al riesgo de efectos adversos directos como dependencia o deterioro cognitivo e indirectos como accidentes de tráfico, laborales, caídas, etc. Además, la probabilidad de sufrir un evento adverso y/o patología dual se acrecienta en caso de consumir dos o más sustancias psicoactivas, incrementando la tasa de morbilidad asociada.

A nivel nacional el consumo de BZD ha ascendido significativamente, siendo actualmente España el segundo país con mayor dispensación de estos fármacos. Las BZD más consumidas

son: lorazepam, lormetazepam, alprazolam y diazepam. La tendencia ascendente de su consumo es tanto a nivel de las dosis dispensadas por 1.000 habitantes y día (DHD) como del consumo sin receta¹.

La situación de precariedad económica y el desempleo, la trayectoria vital interrumpida de muchos jóvenes por la situación de crisis; el aumento de hogares unipersonales y la soledad, las dificultades para la conciliación de la vida laboral y familiar y el fomento de la búsqueda de satisfacción y/o respuestas inmediatas son factores que contribuyen al consumo de sustancias psicoactivas y a otras conductas con potencial adictivo, incrementándose también en la población adolescente³. Ello motiva de manera directa e indirecta el consumo de BZD. No obstante, las BZD se utilizan en muchos casos de manera inadecuada como principal tratamiento de la ansiedad, trastornos del sueño y depresivos por falta de recursos asistenciales a nivel temporal y personal que permitan una adecuada planificación del tratamiento, que se basaría principalmente en antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y terapia cognitivo-conductual (TCC).

El contexto sociosanitario actual ha incrementado la prevalencia de los trastornos de ansiedad, depresivos y del sueño⁴, dificultando un abordaje individualizado debido a limitaciones de tiempo y recursos. Esto favorece el recurso a intervenciones farmacológicas rápidas, como las BZD, en detrimento de tratamientos de primera línea. Sin embargo, considerando el balance riesgo-beneficio, surge la preocupación sobre el potencial impacto iatrogénico de esta práctica clínica. Es fundamental recordar que las BZD no constituyen la primera línea de tratamiento para estos trastornos⁵.

Las BZD son el cuarto fármaco psicoactivo más prescrito en países desarrollados, lo que representa un problema silente debido a su alto potencial de dependencia, adicción y síndrome de abstinencia. Su uso prolongado se asocia a efectos adversos significativos, como deterioro cognitivo, alteraciones de la memoria y del sueño, pérdida de reflejos, afectación de habilidades complejas y mayor riesgo de caídas, especialmente en personas mayores y en individuos con antecedentes de conductas adictivas. Estos riesgos contribuyen a una mayor comorbilidad y mortalidad en poblaciones vulnerables.

Resulta necesario visibilizar un problema persistente y subestimado, cuya relevancia radica en las consecuencias negativas asociadas al uso prolongado de estos fármacos. Por ello, este estudio pretende revisar de forma objetiva y longitudinal el consumo de benzodiacepinas en la población española, considerando variables como la edad, el género y las características sociodemográficas, con el fin de ofrecer una visión actualizada de su impacto sociosanitario.

Hipótesis y objetivos

1. Hipótesis principal

El uso de BZD en España se ha incrementado a nivel poblacional.

2. Hipótesis secundaria

La evolución del consumo de BZD en España, está influida por factores sociodemográficos y clínicos.

3. Objetivo primario

Conocer la evolución temporal del consumo de BZD (2012-2024) en diferentes marcos temporales: alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días en España.

4. Objetivos secundarios

Conocer el impacto de edad y sexo en el consumo de BZD.

Explorar la relación entre el consumo de BZD y la prevalencia de trastornos de salud mental.

Identificar tendencias críticas y emergentes: consumo sin receta, policonsumo, número de urgencias asociados, defunciones asociadas y número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de BZD.

Material y métodos

1. Diseño del estudio

Estudio observacional y descriptivo de tipo longitudinal retrospectivo, basado en la revisión y análisis de datos procedentes de los informes EDADES, ESTUDES, ESDAM y OEDA con el propósito de analizar tendencias, relaciones y patrones asociados al consumo de sustancias psicoactivas en España durante el período 2012-2024.

1.1. Población a estudio

La población de estudio abarca diversos grupos etarios y contextos sociales en España, permitiendo un análisis integral del consumo de sustancias psicoactivas. Incluye a la población general de 15 a 64 años residente en España, reflejada en los informes EDADES, con una distribución amplia de géneros y etapas de la vida. Asimismo, incorpora a estudiantes de 14 a 18 años que cursan Enseñanza Secundaria Obligatoria, Bachillerato y Formación Profesional, según los datos de ESTUDES, representando la etapa formativa adolescente. Los informes OEDA aportan información de personas atendidas en el sistema sanitario, abarcando todas las edades y géneros, enfocándose en hospitalizaciones, urgencias y defunciones relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. Finalmente, los datos de ESDAM se centran en el mercado y acceso a sustancias, incluyendo tanto el consumo prescrito como no prescrito, con una perspectiva que permite evaluar patrones específicos en distintos contextos socioeconómicos y regionales. La cobertura geográfica es nacional, abarcando todas las comunidades autónomas, para asegurar una representación inclusiva y diversa.

1.1.1. Criterios de inclusión

- Personas incluidas en las bases de datos de los informes seleccionados durante el período de estudio (2012-2024).
- Encuestas realizadas bajo los estándares metodológicos establecidos por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD).
- Datos relacionados con el uso de BZD.

1.1.2. Criterios de exclusión

- Datos relacionados con el uso de otras sustancias psicoactivas.
- Datos incompletos o inconsistentes en los informes revisados.
- Subgrupos poblacionales no representados adecuadamente en las encuestas.

2. Materiales

2.1. Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES)⁶

Iniciativa bianual liderada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) con la colaboración de las comunidades autónomas. Desde su inicio, esta encuesta ha proporcionado una visión detallada y actualizada sobre el consumo de sustancias psicoactivas en la población española de 15 a 64 años. EDADES recopila datos de prevalencia del consumo en diferentes marcos temporales (alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses, en los últimos 30 días y a diario en los últimos 30 días), ofreciendo un análisis estratificado por edad y sexo. Este enfoque permite identificar tendencias de consumo, patrones específicos, percepción de riesgo asociado al consumo y poblaciones vulnerables, como el consumo con o sin prescripción médica de sustancias hipnosedantes y ansiolíticos (SHA).

2.2. Encuesta sobre el uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)⁷

Estudio que evalúa el consumo de sustancias psicoactivas entre estudiantes de 14 a 18 años. Se centra en el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas y evalúa los factores de riesgo y protección en el entorno escolar y familiar además de los hábitos relacionados con el ocio y el tiempo libre.

2.3. Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años (ESDAM)⁸

Encuesta complementaria a la Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES), con un enfoque en las características específicas de este grupo etario con el objetivo de analizar el consumo de sustancias psicoactivas y otras adicciones en la población mayor de 64 años en España. La encuesta estratifica los datos por sexo y subgrupos de edad (65–74 años y mayores de 75 años) y evalúa el consumo en diferentes marcos temporales (alguna vez en la vida, últimos 12 meses, últimos 30 días y consumo diario en los últimos 30 días). La última edición publicada corresponde al período 2019–2020.

2.4. Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)⁹

Institución que ofrece una visión integral de la evolución y características del consumo de sustancias psicoactivas en España, así como de los trastornos comportamentales y problemas asociados. De este observatorio se extraen datos sobre el impacto sanitario y los problemas relacionados con el consumo de BZD, incluyendo repercusiones en atención primaria, urgencias hospitalarias, defunciones, y admisiones a tratamiento, así como información sobre las tendencias y patrones en salud pública relacionados con las drogas.

3. Procedimiento

3.1. Recogida de datos

Se ha accedido a los informes oficiales disponibles públicamente a través de la DGPNSD y otras fuentes gubernamentales y se han seleccionado los datos relevantes de cada informe, priorizando aquellos que se mantengan consistentes a lo largo del período de estudio.

3.2. Análisis de datos

El análisis de datos se fundamenta en la descripción y cálculo de frecuencias y porcentajes para cada sustancia psicoactiva y sus diferentes marcos temporales, según los informes EDADES, ESTUDES, OEDA y ESDAM. Se examinan patrones y tendencias en función de género, edad, situación social y contexto de consumo, proporcionando una visión integral del

fenómeno. Se evaluaron correlaciones entre variables relevantes utilizando el coeficiente de correlación de Spearman, como la relación entre el consumo de sustancias y hospitalizaciones reportadas en OEDA, o entre la edad de inicio y la prevalencia de consumo problemático reflejada en ESTUDES.

El estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética en la Investigación de la Universidad Miguel Hernández (UMH) bajo el número de referencia COIR: 240310061945, garantizando que se cumplen los principios éticos y legales establecidos en materia de investigación.

Resultados

1. Evolución temporal del consumo de BZD en España

La figura 1 muestra una visión global del consumo de BZD en España y evidencia una tendencia sostenida al alza en la última década, tanto en el uso con prescripción médica como en el consumo no autorizado ($r = 0,839$; $p < 0,01$).

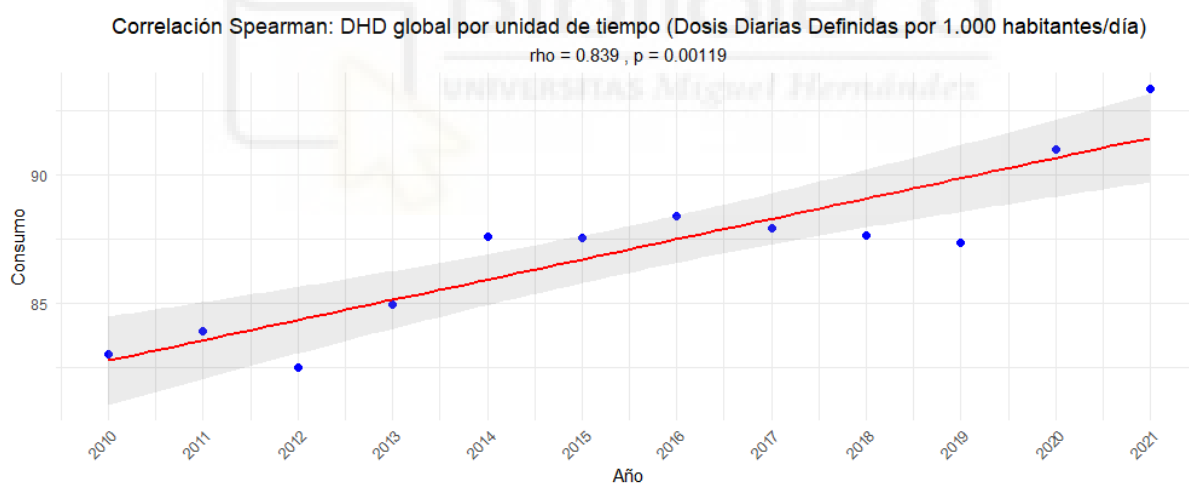


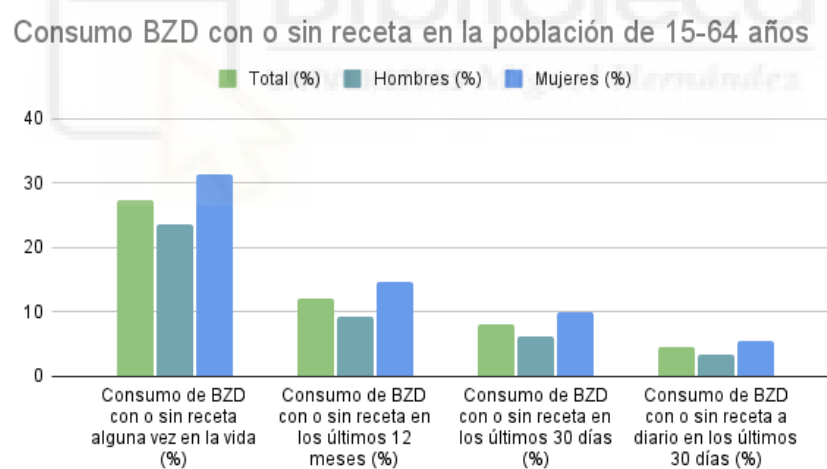
Figura 1. Evolución temporal del consumo de BZD en España entre 2010 – 2021

2. Evolución temporal del consumo de BZD en diferentes marcos temporales, con diferencias del género y edad

Las diferencias en el consumo de BZD por género son notorias, con una prevalencia significativamente mayor en mujeres en todos los grupos de edad analizados. En la población de 15 a 64 años, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida es del 31,4% en mujeres frente

al 23,5% en hombres. Esta tendencia se mantiene en el consumo reciente: en los últimos 12 meses, las cifras alcanzan el 14,7% en mujeres frente al 9,3% en hombres, mientras que en los últimos 30 días se reporta un 9,9% en mujeres y un 6,2% en hombres. Además, el consumo diario muestra un patrón similar, con un 5,6% en mujeres frente al 3,5% en hombres⁶.

Este patrón se mantiene en otros grupos de edad. En la población mayor de 64 años, el consumo alguna vez en la vida alcanza el 46% en mujeres frente al 22,7% en hombres, lo que evidencia una brecha de género aún más pronunciada en edades avanzadas⁸. Asimismo, en la población juvenil (14-18 años), las mujeres también presentan un consumo más elevado, con una prevalencia del 26,1% frente al 13,3% en los varones⁷. El grupo de mayor riesgo es el de mujeres de 35 a 64 años, quienes consistentemente reportan los porcentajes más elevados de consumo de BZD, tanto “con” como “sin” receta. Además, se observa un aumento sostenido en el consumo a lo largo del tiempo, especialmente en este grupo, lo que destaca la necesidad de intervenciones específicas orientadas a esta población.



Gráfica 1. Prevalencia de consumo de BZD con o sin receta en la población de 15 a 64 años, en diferentes marcos temporales, estratificada por sexo, 2024

En relación con la edad, el consumo aumenta progresivamente. En mayores de 64 años, la prevalencia alguna vez en la vida es del 36%, con un 27,8% en los últimos 12 meses y un 14,8% en los últimos 30 días. El consumo diario en este grupo es del 22,2%, superando el de otras sustancias psicoactivas como el alcohol y el tabaco⁸. En adolescentes, la prevalencia alguna vez

en la vida es del 19,6%, con un consumo del 14,8% en los últimos 12 meses y del 8,2% en los últimos 30 días, mostrando un incremento sostenido en cada encuesta de ESTUDES².

Consumo BZD con o sin receta en la población > 64 años

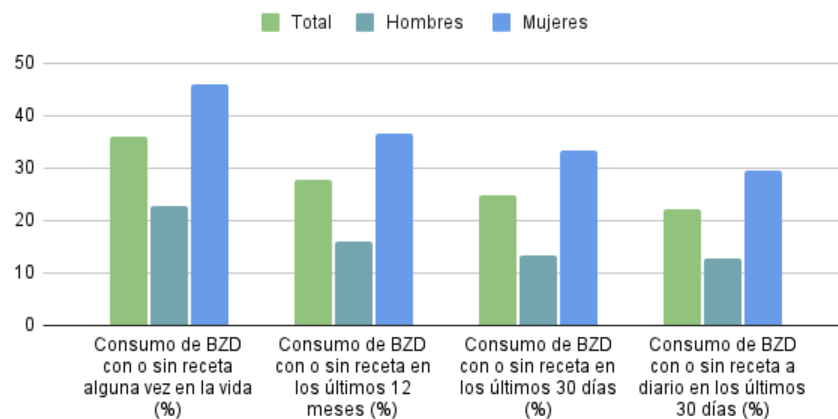


Gráfico 2. Prevalencia de consumo de BZD con o sin receta en la población > 64 años en diferentes marcos temporales, estratificada por género, 2020

Consumo de BZD con o sin receta en la población 14-18 años

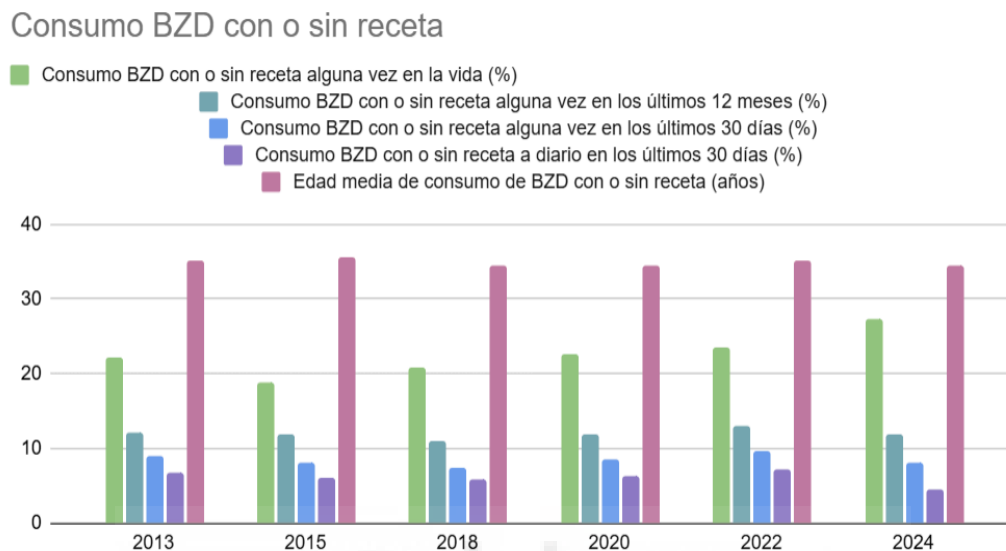


Gráfica 3. Prevalencia de consumo de BZD con o sin receta en la población de 14 a 18 años en diferentes marcos temporales estratificada por género, 2023

3. Consumo de BZD con y sin receta

En cuanto al consumo sin receta, se observa un incremento más pronunciado, lo que refleja una tendencia preocupante en la automedicación y el uso no controlado de estos fármacos. La proporción de personas que han consumido BZD sin receta alguna vez en la vida pasó del 2,7%

en 2013 al 4,8% en 2024, mientras que el consumo en los últimos 12 meses aumentó de 1,2% a 1,8%⁶, con una correlación significativa ($r = 0.9$; $p < 0.05$). Estos datos subrayan la necesidad de estrategias de intervención tanto en el ámbito de la prescripción médica como en la educación sanitaria para prevenir el uso indebido y sus posibles consecuencias.



Gráfica 4. Consumo de BZD con o sin receta en diferentes marcos temporales y edad de inicio, 2013-2024 en España.

4. Tendencias críticas y emergentes

Respecto a los factores socioeconómicos, el consumo de BZD sin receta es más prevalente en adolescentes (9,7% alguna vez en la vida) que en adultos (4,8%). En ancianos, este consumo es menor (2,3% alguna vez en la vida)⁹. El policonsumo es significativo, especialmente en la población juvenil, donde el 41,7% consume cuatro o más sustancias psicoactivas además de BZD. En la población general, el 60,2% de los consumidores de BZD están asociados al consumo de tres o más sustancias psicoactivas^{6,7,8}.

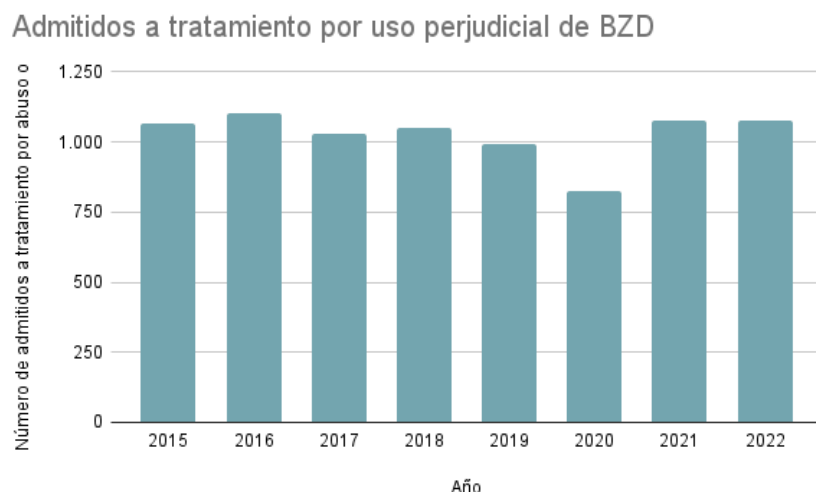
Las consecuencias del consumo de BZD incluyen un incremento en las urgencias hospitalarias, con 3.621 casos en 2022, representando el 30,7% de las urgencias relacionadas con sustancias psicoactivas. De estos, el 58,4% fueron intentos autolíticos. También se registraron 653 defunciones por reacciones agudas reflejando una tendencia ascendente desde 2020. El impacto es más pronunciado en mujeres y en la población de mayor edad, donde el consumo

crónico y el riesgo de dependencia son más prevalentes. Se observa un aumento significativo en el número de casos, especialmente a partir de 2020. Mientras que en 2015 y 2016 el número de urgencias se mantenía estable en torno a 900 casos, en 2020 se incrementó a 1,553 y alcanzó un pico en 2021 con 4,036 episodios, seguido de una ligera disminución en 2022 a 3.621 casos⁹ ($r = 0.81$; $p < 0.05$)



Gráfica 5. Número de urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de BZD, 2015-2022

Por otro lado, el número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de BZD constituyen la percepción de riesgo y problema que implica el consumo de BZD, que a lo largo del tiempo se ha mantenido estable, no siendo un problema de nueva aparición. Se notificaron en 2022 1.079 admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de BZD, siendo 775 primeros tratamientos y 246 pacientes con tratamientos previos⁹. El coeficiente de correlación de Spearman entre los años y el número de pacientes que solicitan tratamiento es de $r = 0.333$; $p = 0.365$).



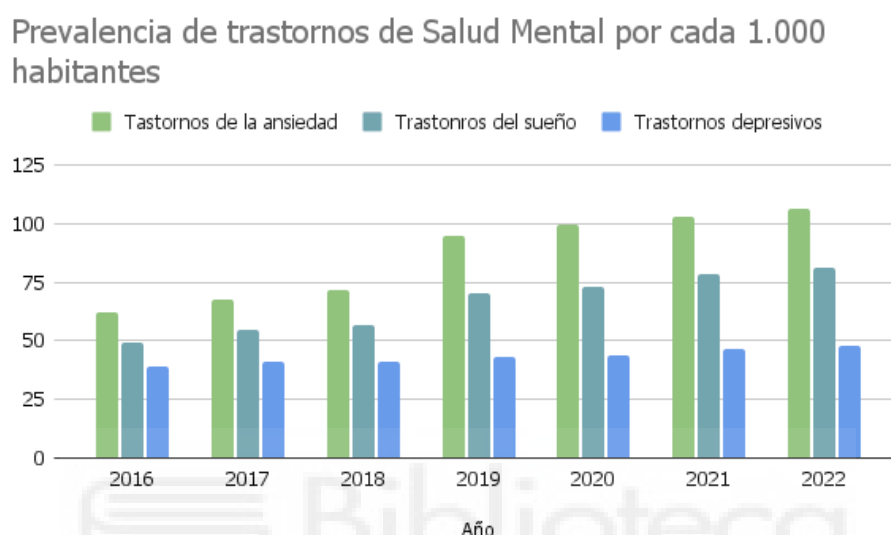
Gráfica 6. Número de admisiones a tratamiento por uso perjudicial de BZD, 2015-2022

Discusión

Este estudio pretende conocer la evolución del consumo de BZD en la población española, la relación de este con variables sociodemográficas y las consecuencias que dicho consumo generan en la salud. Nuestros resultados muestran una preocupante tendencia sostenida al alza en el consumo de BZD, probablemente, de origen multifactorial. Por un lado, destaca la patologización de experiencias vitales normales, como el duelo, rupturas amorosas o cambios laborales, percibidos cada vez más como problemas que requieren soluciones rápidas¹⁰. Esto ha incrementado la demanda de tratamientos farmacológicos inmediatos, derivando en un uso frecuente de BZD para aliviar síntomas a corto plazo.

Por otro lado, se ha objetivado un cambio en el paradigma salud-enfermedad. La inestabilidad social y económica actual, caracterizada por la competición y el individualismo, dificulta alcanzar el ideal de un adulto funcional: mantener un empleo que permita un equilibrio con el tiempo de ocio productivo, cumplir con roles familiares y sociales, y sostener una estabilidad emocional que resulta utópica para muchos. Esta brecha entre expectativas y realidad contribuye a una mayor prescripción de BZD, reflejando una modificación del paradigma salud-enfermedad, donde el malestar psicosocial se aborda frecuentemente desde una perspectiva farmacológica⁵.

Paralelamente, el aumento del consumo de BZD ha coincidido con un incremento en la prevalencia de trastornos de salud mental, especialmente los trastornos de ansiedad, del sueño y depresivos, que muestran una tendencia ascendente desde 2018⁴. El último informe del Sistema Nacional de Salud (SNS) refleja una prevalencia significativa de estos trastornos, lo que justifica parcialmente el incremento del consumo de BZD, tanto “con” como “sin” receta.



Gráfica 7. Prevalencia de casos por 1.000 habitantes de trastornos de la ansiedad, del sueño y depresivos, 2016-2022

Ante esta situación sociosanitaria y económica observamos una tendencia ascendente del consumo de BZD en España preocupante, tanto en su uso con receta médica como sin ella. Este fenómeno no puede entenderse únicamente desde una perspectiva epidemiológica, sino que requiere un enfoque multidimensional que considere factores sociales, culturales, económicos y de salud pública. La creciente medicalización de la vida cotidiana, sumada a la facilidad de acceso a estos fármacos y a una percepción social que minimiza sus riesgos, podría estar contribuyendo significativamente a este aumento.

Nuestros resultados también muestran una marcada diferencia en el consumo según el género y la edad. Las mujeres, especialmente en el grupo de 35 a 64 años, presentan tasas de consumo significativamente más altas⁶. Esto podría estar relacionado con factores psicosociales como la carga de responsabilidades familiares y laborales, mayores niveles de estrés y ansiedad, y una mayor propensión a buscar ayuda médica para problemas

emocionales. Además, los estereotipos de género en la práctica clínica pueden influir en la prescripción diferencial de BZD, con una tendencia a medicalizar el malestar emocional en mujeres.

En la población anciana, el consumo elevado de BZD plantea desafíos específicos debido a la mayor vulnerabilidad a los efectos adversos, como caídas, deterioro cognitivo y dependencia. A pesar de las recomendaciones clínicas que desaconsejan el uso prolongado en este grupo, persiste una alta prevalencia, lo que sugiere la necesidad de intervenciones dirigidas a optimizar las prácticas de prescripción y a promover alternativas terapéuticas no farmacológicas⁵.

En relación al patrón de consumo, el consumo sin receta, particularmente entre adolescentes, es otro aspecto crítico. Este patrón refleja no solo la falta de control en la distribución de estos medicamentos, sino también una posible normalización del uso recreativo o como mecanismo de afrontamiento frente a problemas emocionales. La influencia de pares, la falta de información sobre los riesgos y la accesibilidad en el entorno doméstico son factores que podrían estar facilitando este comportamiento⁹.

El policonsumo de BZD junto con otras sustancias psicoactivas amplifica los riesgos para la salud, aumentando la probabilidad de efectos adversos graves, dependencia y complicaciones en situaciones de urgencia. La elevada incidencia de urgencias hospitalarias y admisiones por abuso de hipnosedantes subraya la necesidad de políticas de salud pública que aborden no solo la prevención del consumo, sino también la mejora de los sistemas de atención y tratamiento de las adicciones.

Las repercusiones negativas en la salud del incremento de consumo de BZD con y sin receta, junto a las tendencias críticas y emergentes no se hallan estrictamente recopiladas por el SNS, pero son relevantes y conocidas. Las principales repercusiones negativas que genera el consumo de BZD se basan en su efecto directo sobre el sistema gabaérgico e indirecto sobre el sistema noradrenérgico, serotoninérgico, dopaminérgico y anticolinérgico. Al existir una mayor disponibilidad de GABA, se incrementa la actividad neuronal inhibitoria, lo que conlleva una

disminución de la actividad excitatoria, que se asocia a una menor producción de noradrenalina (NA), serotonina (5-HT), acetilcolina (ACh) y dopamina (DA)¹¹.

A largo plazo, el uso de BZD induce cambios neuroadaptativos caracterizados por la regulación descendente de los receptores GABA_A, lo que genera hiperexcitabilidad del sistema nervioso central (SNC). Este mecanismo subyace al desarrollo de tolerancia, dependencia, adicción y síndrome de abstinencia, que puede variar desde síntomas leves hasta crisis convulsivas y delirios. La alteración del equilibrio entre neurotransmisión excitatoria e inhibitoria afecta funciones cognitivas, memoria, estado de alerta, regulación emocional y autonómica, incrementando el riesgo de accidentes, caídas y deterioro de la calidad de vida⁵.

De esta manera, los efectos directos e indirectos sobre el SNC son los responsables en sí de los efectos adversos y varían de manera intra- e interindividual debido a la estructura neurológica, neuroquímica intrínseca y el contexto vital del individuo, que se reflejan en las características de la personalidad y en la susceptibilidad individual al estrés¹¹.

Este trabajo tiene fortalezas y limitaciones. Entre las primeras destaca el enfoque integral que combina análisis cualitativos y cuantitativos, lo cual permite una comprensión más profunda y detallada del fenómeno investigado. Además, la recolección de datos de diversas fuentes garantiza una mayor validez y confiabilidad de los resultados, ofreciendo una perspectiva holística del tema. Sin embargo, también se presentan algunas limitaciones, la dependencia de datos autoinformados podría introducir sesgos de respuesta, afectando la objetividad de ciertos resultados. Finalmente, el diseño transversal del estudio impide establecer relaciones causales definitivas entre las variables analizadas.

En conclusión, el incremento en el consumo de benzodiacepinas refleja no solo una respuesta a la creciente prevalencia de trastornos de salud mental, sino también un cambio en el paradigma de abordaje del malestar psicosocial, cada vez más medicalizado. Si bien las BZD ofrecen un alivio sintomático eficaz a corto plazo, su uso prolongado conlleva riesgos significativos asociados a la neuroadaptación del sistema nervioso central, con implicaciones para la salud física, mental y la calidad de vida. Es fundamental promover un enfoque

terapéutico integral que priorice intervenciones no farmacológicas y el uso racional de estos fármacos, limitándolos a indicaciones específicas y supervisión adecuada.

Conclusiones

- Se ha observado una tendencia creciente en el consumo de BZD tanto con prescripción médica como sin ella, con un incremento particularmente notable en los últimos años. Esta tendencia es más pronunciada en mujeres, especialmente en el grupo de 35 a 64 años, y en la población mayor de 64 años.
- Las mujeres tienen una prevalencia significativamente mayor de consumo de BZD en comparación con los hombres, lo que puede estar relacionado con factores psicosociales como el estrés, las responsabilidades familiares y laborales, y los estereotipos de género que influyen en la prescripción de estos medicamentos.
- El consumo no autorizado de BZD ha aumentado en los últimos años, reflejando una creciente tendencia hacia la automedicación y el uso recreativo de estos fármacos, especialmente entre adolescentes. Este patrón subraya la necesidad de reforzar la educación sanitaria y las políticas de control de la prescripción.
- El consumo elevado de BZD, especialmente en mujeres y personas mayores, ha tenido repercusiones graves, incluyendo un aumento en las urgencias hospitalarias y muertes relacionadas. También existe un riesgo significativo de dependencia, alteraciones cognitivas y accidentes, lo que pone de manifiesto la necesidad de estrategias de prevención y tratamiento efectivas.
- El aumento del consumo de BZD requiere un enfoque multidimensional, que considere no solo los aspectos médicos y farmacológicos, sino también factores sociales, económicos y culturales. Es esencial promover un uso racional de estos medicamentos, priorizando intervenciones no farmacológicas y mejorando el control en la prescripción, especialmente en la población más vulnerable.

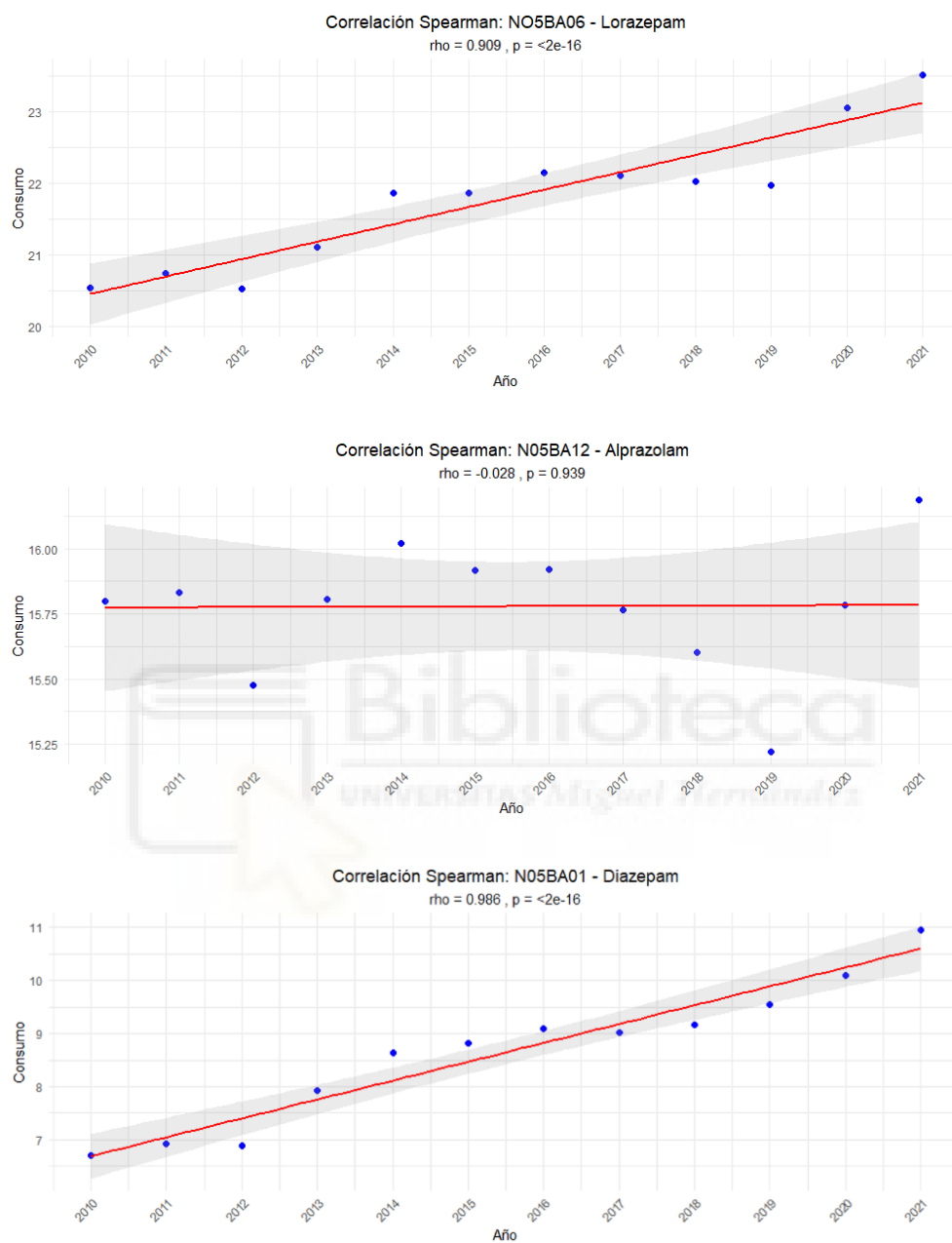
Referencias

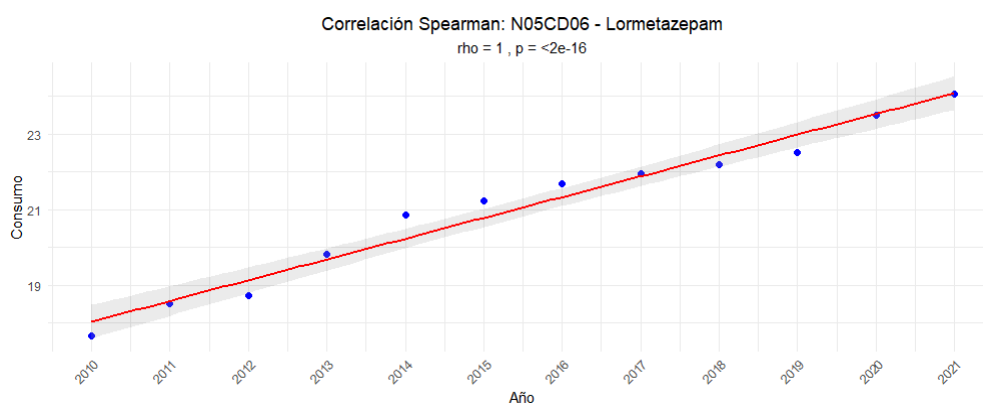
1. Teruel C. XVI Ágora de la Dirección General del Plan Nacional sobre Drogas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado feb 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2023/Agora16/231010_XVI_A_GORA_Cristina_Teruel.pdf
2. Gobierno de Navarra. Boletín de Información Terapéutica de Navarra (BIT) [Internet]. 22(2). Navarra: Gobierno de Navarra; abr 2014 [citado feb 2025]. Disponible en: https://www.navarra.es/NR/ronlyres/AB30A9A5-9907-4D68-A17A-C4AB0DC524D5/293282/Bit_v22n2.pdf
3. Ministerio de Sanidad. Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2018 [citado feb 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
4. Ministerio de Sanidad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado feb 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf
5. Ministerio de Sanidad. Guía de Buen Uso de Benzodicepinas [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2019 [citado feb 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2019_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrogaalcohol.pdf
6. Ministerio de Sanidad. Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2024 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado feb 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf

7. Ministerio de Sanidad. Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2023 [citado feb 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/en/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf
8. Ministerio de Sanidad. Encuesta sobre Alcohol, Drogas y otras Adicciones en Mayores de 64 años (ESDAM) 2019/2020 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020 [citado feb 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-2020_ESDAM_FINAL.pdf
9. Ministerio de Sanidad. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) 2024 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2024 [citado feb 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2024OEDA_ESTADISTICAS.pdf
10. Universidad de Valencia. Drogodependencias y otras adicciones: una perspectiva multidisciplinar [Internet]. Valencia: Publicacions de la Universitat de València; 2023 [citado feb 2025]. Disponible en: <https://doi.org/10.7203/PUV-OA-604-4>
11. Ascher L. Tranquilizantes y Benzodiazepinas: Manual Ashton [Internet]. Reino Unido: Benzo.org.uk; [citado feb 2025]. Disponible en: <https://www.benzo.org.uk/espman/contents.htm>

Anexos

1. Evolución temporal del consumo de las principales BZD en España





2. Clasificación de las BZD según su vida media

Fármaco	Rango terapéutico (mg)	Semivida del fármaco original (h)	Metabolito activo	Semivida del metabolito (h)	Duración global de la acción (h)	Dosis diaria (mg)	Indicación principal
Vida media corta (< 6 h)							
Midazolam	7,5 - 15	2 - 4	Derivado hidroxilado	2	1 - 5	7,5	Hipnótico
Vida media intermedia (6 - 24 h)							
Alprazolam	0,5 - 6	6 - 12	Derivado hidroxilado	6	12 - 15	0,25 - 0,5	Ansiolítico
Lorazepam	1 - 10	8 - 12	-	-	12 - 18	0,5 - 1	Ansiolítico, hipnótico
Lormetazepam	1 - 4	8 - 12	-	-	11 - 30	1 - 10	Hipnótico
Vida media larga (> 24 h)							
Diazepam	2,5 - 50	20 - 40	Nordazepam	60	24 - 48	5 - 30	Ansiolítico, relajante muscular

Flurazepam	15 - 30	1	Desmetil- flurazepam	60	24 - 48	15 - 30	Ansiolítico, hipnótico
Clonazepam	0,5 - 6	50	-	-	30 - 40	10 - 40	Anticonvulsivo, sedante, hipnótico



3. Indicaciones oficiales de BZD

No son tratamiento de primera línea de ninguna de las patologías recogidas, no obstante, en ficha técnica constan las siguientes indicaciones con las dosis y periodos recomendados por las guías clínicas actuales^{2,5}.

Fármaco	Indicaciones	Dosis vo	Duración
Alprazolam	- Ansiedad - Ataques de pánico - Trastorno de ansiedad generalizada - Agorafobia	Ansiedad	Lo más corto posible.
		Dosis inicial: 0,25-0,5 mg/8 h	No es recomendable superar las 8-12 semanas de tto, incluyendo el periodo de supresión del medicamento. Suspensión del tto: si la pauta terapéutica ha durado más de dos semanas con administración ininterrumpida, la suspensión debe ser gradual. Se recomienda que las disminuciones diarias no excedan de 0,5 mg cada 3 días.
		Dosis diaria: puede incrementarse en 1 mg cada 3-4 días.	
		Dosis máxima: 4 mg/día.	
		*Ancianos y px debilitados	
Dosis inicial: 0,25 mg/8-12 h			
Rango: 0,5-0,75 mg/día, en varias dosis; si Retard 0,5-1 mg en 1-2 dosis.			
Angustia +/- agorafobia			
Dosis inicial: 0,5-1 mg al acostarse.			
Dosis diaria: puede incrementarse en 1 mg cada 3-4 días.			
Dosis mantenimiento: 4-8 mg en varias dosis.			
Dosis máxima: 10 mg/día.			

*Si insuficiencia hepática: reducir dosis un 50-60%, evitar en caso de cirrosis.

Lorazepam	- Ansiedad, inclusive la asociada a depresión - Insomnio - Neurosis	Ansiedad	Dosis y duración: individualizar en función de las necesidades del paciente.
		En función de las necesidades y gravedad del cuadro, 3 posibles pautas: 0,5-1 mg/8-12 h 2-4 mg/12 h 5-10 mg, en 2-3 tomas.	Iniciar a dosis mínimas al acostarse (0-0-1) y aumentar gradualmente hasta obtener el efecto terapéutico deseado.
		Insomnio	Evaluar periódicamente al px para determinar la necesidad de continuar el tratamiento, especialmente en ausencia de clínica.
		1 mg/24 h 2-4 mg/24 h. *Ancianos: mitad de la dosis del adulto.	Limitar la duración al mínimo indispensable. Se recomienda no exceder el tratamiento, incluyendo la pauta de retirada: - Ansiedad: 4 semanas. - Insomnio: 4 semanas.
*Si insuficiencia hepática y/o renal: dosis inicial de 0,5 mg/día con ajuste progresivo de la dosis.			
Diazepam	- Ansiedad y tensión psíquica en estados neuróticos y trastornos situacionales transitorios. - Atetosis	Ansiedad	Duración del tto no debe superar las 8-12 semanas, incluyendo la pauta de retirada gradual.
		2-10 mg/6-12 h	
		Espasticidad	No se ha evaluado la eficacia y seguridad del tratamiento superior a 6 meses.
		2-10 mg/6-8 h	
		Convulsiones	
		2-10 mg/6-12 h	

	- Convulsiones, inclusive las febriles - Preeclampsia y eclampsia - Epilepsia y estatus epiléptico - Espasmo muscular de naturaleza espástica o asociado a cuadros locales inflamatorios o traumáticos - Inducción a la anestesia - Insomnio - Sd de abstinencia alcohólica (SAA) - Tétanos	SAA	*Se recomienda administrar diazepam por la tarde-noche para potenciar sus efectos sedantes y evitar en la medida de lo posible la somnolencia diurna.
		10 mg/6-8 h, durante las primeras 24 h.	
		*Niños y adolescentes: no se ha evaluado eficacia ni seguridad en < 6 años. En < 18 años, dosis inicial 2-2,5 mg/12-24 h.	
		*Ancianos: dosis inicial 2-2,5 mg/12-24 h. En ambos casos se pueden incrementar las dosis de manera gradual en función de necesidades y tolerabilidad del tto.	

*Contraindicado si insuficiencia hepática grave o hepatopatía aguda.

*Si cirrosis: reducir dosis usual un 50%.

*Si insuficiencia renal: reducir dosis inicial 50% a la habitual con incremento progresivo según necesidad y tolerancia.

Las últimas recomendaciones de los Comités de Seguridad limitan el tratamiento con SHA a trastornos incapacitantes y graves, desaconsejando su uso para trastornos de ansiedad leves o pasajeros, insomnio reactivo y duelo. Se recomienda utilizar el mínimo de dosis posible y durante el menor tiempo.

Actualmente, se recomienda limitar la duración tanto del tratamiento con BZD para la ansiedad como para el insomnio a 2-4 semanas, incluyendo la retirada gradual. En el caso de los trastornos mixtos ansioso-depresivos no se recomienda sobrepasar las 2 semanas de tratamiento.

4. Principales efectos adversos asociados al consumo de BZD

Recopilación de efectos adversos directos e indirectos asociados al consumo de BZD, sobre todo de su uso crónico. Además, se adjunta particularidades o factores que propician dichos efectos adversos^{5, 11}.

Evento adverso	Características	Asociado a
Sedación y descoordinación motora	Sedación excesiva, retraso psicomotor y alteración de la coordinación. Efecto depresor del SNC, disfunción cerebelosa. Dosis-dependiente.	Principalmente al inicio del tratamiento o tras un incremento repentino de la dosis. ↑ riesgo de accidentes, caídas, lesiones y fracturas.
Alteraciones cognitivas	Enlentecimiento del pensamiento, déficits de atención, deterioro de la memoria, de las habilidades de afrontación, del tiempo de reacción y de la coordinación psicomotora, embotamiento emocional/anestesia emocional y amnesia anterógrada y lacunar. Alteración de la fase de consolidación y almacenamiento de información. Regulación descendente de receptores GABA_A, declive cognitivo.	Consumo crónico de BZD, especialmente de dosis elevadas de BZD con semivida de eliminación larga (lorazepam). Mayoría de alteraciones cognitivas desaparecen a los 6-12 meses de interrumpir el tto. ↑ riesgo de depresión de novo, que también tiende a resolverse a los 6-12 meses de interrumpir el tto.

	Disminución del arousal por la disminución de la neurotransmisión de noradrenalina y de la liberación de cortisol.	↑ riesgo de agravar depresión preexistente y precipitar tendencias suicidas. ↑ pseudodemencia que se resuelve a los 6-12 meses de interrumpir el tto. ↑ riesgo de demencia de hasta un 60% en la población geriátrica. Asociación dosis-dependiente entre el consumo de BZD durante más de 3 meses y riesgo de desarrollar Alzheimer.
*Puede ser difícil diferenciar entre la evolución de la patología base, ya que los trastornos de ansiedad y del sueño se correlacionan con trastornos afectivos y deterioro cognitivo a medio-largo plazo, o si se debe al consumo de BZD.		
Alteración del sueño	Alteración de la arquitectura del sueño fisiológico, induciendo un sueño poco reparador. ↓ fases del sueño profundo (fase III y IV) ↑ fase II y de la latencia de inicio de la primera fase REM. Amnesia anterógrada, especialmente si consumo de triazolam y alcohol. Comportamientos complejos (caminar, conducir, hablar por teléfono, comer o practicar relaciones sexuales) cuando	Empeoramiento de trastorno de sueño base y apnea del sueño. Alteración del sueño, ↑ riesgo de insomnio crónico que se asocia a gran variedad de comorbilidades y mortalidad prematura. Se ha detectado el doble de mortalidad prematura en los pacientes con consumo crónico (aprox 10 años) de hipnóticos y ansiolíticos tipo BZD en comparación a la población general.

	todavía no se está completamente en estado de vigilia. Poco frecuente.	
Desinhibición paradójica	Reacciones paradójicas de excitación con incremento de la ansiedad, insomnio, pesadillas y alucinaciones hipnagógicas, irritabilidad, hiperactividad y comportamientos agresivos como hostilidad e incluso agresiones o autoagresiones, ataques de ira, violencia u otras conductas antisociales. Disfunción transitoria de la memoria episódica que engloba las horas de mayor intoxicación de BZD y alcohol.	Más probable en niños, ancianos y personas con trastornos del desarrollo. Especialmente asociado al consumo de alcohol y se acompaña episodios de amnesia lacunar. ↑ riesgo de muerte prematura por accidentes o violencia. ↑ riesgo de violencia física contra parejas si consumo concomitante de opioides y/o cocaína. Asociación entre un empeoramiento de los síntomas, de la conducta y del control de la impulsividad en los pacientes con trastornos de estrés postraumático, trastornos límite de la personalidad (TLP) y/o trastornos por control de impulsos y el consumo de alprazolam.
Incontinencia urinaria	Relajación de esfínteres por el efecto sedante de las BZD.	Principalmente en la población infantil y adolescente. Indicación pediátrica es poco frecuente, pero existe.
Disfunción eréctil	Dosis bajas facilitan la función sexual debido al efecto desinhibidor y	Estudios han mostrado una asociación entre el consumo de

	ansiolítico, pero a dosis elevadas produce sedación y disminución de la libido. Disfunción sexual por alteración de la transmisión nerviosa.	diazepam, alprazolam, clonazepam y lorazepam la disfunción eréctil.
Depresión cardiorrespiratoria	Disminución de la actividad de la musculatura implicada. BZD no tienen acción directa sobre la función cardíaca, no obstante, sí existe riesgo en los px previamente cardiopatas.	Riesgo de insuficiencia respiratoria aguda. Especialmente si se combina con otras drogas depresoras o si el paciente presenta antecedentes de SAHOS, asma o EPOC.
Trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (SHA)	Deterioro/malestar clínicamente significativo acompañado de al menos 2 síntomas característicos de los trastornos por uso de sustancias (TUS) en un plazo de 12 meses: - Deterioro del control: priming, craving, deseo persistente o esfuerzos infructuosos para reducir el consumo, prolongación del tiempo necesario de consumo. - Deterioro social: incumplimiento de obligaciones por efectos asociados del consumo o por el propio consumo, problemas sociales y/o interpersonales relacionadas con el consumo o abandono de actividades	Comorbilidades asociadas al trastorno de uso de SHA: trastorno psicótico, bipolar, depresivo, de ansiedad, del sueño, disfunción sexual, trastorno neurocognitivo y Sd confusional. Riesgo de patología dual. ↑ riesgo de TUS y adicción en caso de antecedentes familiares de primera línea de TUS.

	importantes. Afectación de la vida social y estado afectivo. - Consumo de riesgo: persistencia del consumo, a pesar de riesgos físicos y de problemas físicos y/o psicológicos establecidos. - Dependencia: cursa con tolerancia progresiva y desarrollo de síntomas de abstinencia en caso de interrumpir o reducir el consumo. Idealización de los supuestos beneficios y banalización de las potenciales consecuencias negativas. Efecto reforzador del consumo bien por aliviar los síntomas de ansiedad y/o facilitar la conciliación del sueño o bien por evitar los síntomas de abstinencia.	
*Se considera TUS por BZD moderado si el individuo cumple 2-3 criterios diagnósticos y severo si cumple más de 4 criterios diagnósticos.		
Adicción	Sensación de necesidad de consumo de BZD para desarrollar una vida normal y realizar las actividades cotidianas, derivando en una necesidad biológica.	Consumo continuado, cuánto más prolongado es el tto mayor es el riesgo. Riesgo de adicción a SHA es incierto, pero datos poblacionales indican que el consumo de BZD está implicado

	Mayor tolerancia y disminución progresiva de su eficacia ansiolítica y sedante. Aumento progresivo de dosis para obtener los mismos resultados, potenciando el riesgo en frecuencia e intensidad de eventos adversos. Efecto aliviador de los síntomas de abstinencia es decisivo para el mantenimiento de la conducta adictiva. Resaltar la dificultad de diferenciar este malestar poco definido (abstinencia) con el propio consumo de BZD y de la propia clínica de la enfermedad de base que motivó el tto. Se considera adicción cuando se cumplen 5 criterios diagnósticos del TUS por SHA (deterioro del control, social, consumo de riesgo y signos y síntomas de dependencia). Cambios neuroadaptativos: regulación descendente de receptores GABA_A, hiperactividad noradrenérgica y estado de hiperexcitabilidad del SNC. Responsables tanto del trastorno adictivo como de la sintomatología de abstinencia.	tanto en trastornos primarios como en otros trastornos de sustancia y conductas adictivas. Probablemente es más determinante en el desarrollo de la adicción la duración del tratamiento/consumo que las dosis tomadas. A pesar de ello, es posible desarrollar tanto TUS como un trastorno adictivo a las pocas semanas de tto. Estudios muestran el desarrollo de dependencia a dosis terapéuticas con tratamientos inferiores a 4 semanas. Principales factores de riesgo: insomnio, consumo de antidepresivos (trastornos del ánimos asociados) y dependencia al alcohol. Efecto aliviador de los síntomas de ansiedad, pánico, agorafobia, insomnio, depresión y cortejo vegetativo es también un factor de riesgo relevante. Antecedentes de otros TUS también se asocia a un mayor riesgo de adicción a las BZD, ya que los
--	--	---

			pacientes suelen presentar rasgos desadaptativos de personalidad.
Efecto rebote		Reaparición de los síntomas que motivaron el tratamiento inicialmente, pero con mayor intensidad que antes de éste. Empeoramiento progresivo de sintomatología inicial, que deriva en un incremento de la dosis o frecuencia de tomas de la BZD, que refuerza este efecto rebote. Ansiedad rebote puede aparecer tan sólo unas horas después de la última dosis, Círculo vicioso que precipita el desarrollo de tolerancia, dependencia y finalmente adicción.	Se asocia sobre todo a BZD de vida media corta (alprazolam).
Abstinencia	Agudo	Aparición de sintomatología nueva tras el cese o disminución de SHA. Espectro de manifestaciones clínicas muy amplio y heterogéneo, que se engloban en tres grupos principales: - Síntomas de ansiedad: cortejo vegetativo (sudoración, taquicardia, temblor de manos, náuseas/vómitos), agitación	Principalmente a una disminución brusca del consumo habitual. Los cambios neuroadaptativos necesarios para su desarrollo se suelen asociar a consumos crónicos o dosis elevadas. BZD de vida media corta y elevada potencia (alprazolam, lorazepam, triazolam) generan un refuerzo

		psicomotriz, angustia/ansiedad, insomnio... - Percepciones distorsionadas: distorsiones del pensamiento, desconfianza, hostilidad interpersonal, hipersensibilidad sensorial, parestesias... - Incidentes mayores: convulsiones tónico-clónicas generalizadas, delirios, alucinaciones/ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas, idealización autolítica... Criterios diagnósticos: aparición de dos o más de los síntomas anteriores tras el cese o reducción de dosis de SHA. Manifestaciones clínicas convergen en un malestar clínicamente significativo o deterioro social y/o laboral o en otras áreas importantes para el funcionamiento. Se desarrollan horas o días después de la última dosis. Efecto aliviador de BZD de esta sintomatología, influye en el condicionamiento adictivo. Refuerzo neurológico de dependencia: necesidad biológica debido a la fuerte	neurológico más intenso, que a su vez, en caso de privación deriva en Sd de abstinencias más graves. Trastornos de personalidad junto a otros trastornos psiquiátricos crónicos y patologías físicas crónicas también se consideran factores de riesgo para desarrollar Sd de abstinencia por SHA. 30-45% de los pacientes desarrollan Sd de abstinencia a largo plazo.
--	--	---	--

		asociación de bienestar y eficacia de las BZD para aliviar esta sintomatología y, en sí, la presión existencial/vital.	
	Crónico	Sd de abstinencia persiste > 4-6 semanas tras el cuadro agudo inicial, pudiendo mantenerse hasta 12 meses. El cuadro agudo suele continuarse con un estado de baja tolerancia al estrés asociado a diversos síntomas: - Ansiedad: disminuye progresivamente tras un año de abstinencia. - Depresión: puede persistir meses, responde a fármacos antidepresivos. - Insomnio: disminuye progresivamente a los 6-12 meses de cesar el consumo. - Alteración de la memoria y deterioro cognitivo: mejora paulatinamente, la recuperación puede durar varios años. - Molestias gastrointestinales (intolerancias alimenticias, distensión abdominal por meteorismo, Sd de colon	Aumentan el riesgo de recaída. Aproximadamente el 15% de los px que han desarrollado Sd de abstinencia agudo, derivan en un Sd de abstinencia prolongado. Puede desarrollarse a pesar a pesar de no superar las dosis recomendadas durante el tto con BZD y realizar pauta descendente. ↓ capacidad de afrontación de situaciones de estrés, ↑ ansiogénesis. ↑ riesgo de ataques de pánico y agorafobia.

		irritable): puede persistir varios años. - Molestias neuromusculares (rigidez muscular, hiperreflexia, temblor, fasciculación y sacudidas musculares, mioclonías, tics, reacciones de alarma exageradas): desaparecen progresivamente, pero pueden perdurar años. - Síntomas sensoriales (acúfenos, fonofobia, fotofobia, tinnitus, parestesias, prurito, formicación): desaparecen progresivamente, pero pueden perdurar hasta varios años. Cuadro clínico puede persistir 4-6 semanas o meses o presentarse en forma de oleadas. La presentación clínica más frecuente es una continuación del cuadro agudo, pero menos intenso, en forma de oleadas. Síntomas más frecuentes: irritabilidad, ansiedad, insomnio, pesadillas, contracturas musculares e inestabilidad emocional, que	
--	--	---	--

		deterioran la funcionalidad de la persona. Persistencia sintomatología se debe a procesos de neuroadaptación crónica. Reinstauración del consumo disminuye los síntomas, pero no los elimina completamente.	
*Adicción y Sd de abstinencia se pueden producir incluso a dosis terapéuticas y siguiendo una pauta de suspensión adecuada.			
Intoxicación		Cambios psicológicos clínicamente significativos que aparecen durante o poco después del consumo de SHA, asociados al menos a uno de los siguientes síntomas: - Habla pastosa - Incoordinación motora - Marcha insegura - Trastornos cognitivos (atención, memoria...) - Estupor coma Intoxicaciones graves: enlentecimiento del centro respiratorio, disminución de la amplitud y frecuencia de los movimientos respiratorios. Riesgo de parada respiratoria.	Dosis elevadas, sobredosis. ↑ riesgo en niños, ancianos y personas debilitadas especialmente si enfermedades hepáticas y/o pacientes desnutridos/malnutridos. BZD se encuentran entre las 10 sustancias más frecuentemente asociadas a muertes por sobredosis (alprazolam y diazepam). ↑ riesgo de parada respiratoria si consumo conjunto de alcohol y/u opioides.

Mortalidad	Pueden ↑ riesgo de mortalidad y de determinados cánceres como esófago, linfoma, pulmones, colon y próstata.	Algunas BZD (temazepam) tomadas regularmente pueden incrementar el riesgo de mortalidad. - 18 veces/año, ↑ riesgo 3,6 veces. - 18-132 veces/año, ↑ riesgo 4 veces. - > 132 veces/año, ↑ riesgo 5 veces. Principalmente en personas de 18-55 años.
------------	---	--

Destacar que cuanto mayor sea la duración del tratamiento más probable es sufrir un evento adverso asociado, a la vez, que menor es la eficacia del mismo fármaco. Todos los eventos adversos se potencian tanto en frecuencia como en intensidad si se asocia al consumo de drogas depresoras, como es el alcohol y los opioides. Es más, la asociación de BZD y estas drogas incrementan de manera significativa el riesgo de mortalidad.

5. Recomendaciones

Las diversas guías clínicas y del buen uso de BZD⁵ proponen una serie de recomendaciones para el control y prevención relacionadas con el consumo de BZD, que considero interesantes y a tener en cuenta.

- Respetar los tratamientos de primera línea en los trastornos de salud mental, especialmente de los trastornos de la ansiedad, del sueño y depresivos, que en todos ellos consisten en el uso de ISRS, medidas higiénico dietéticas y TCC.
 - Indicaciones limitadas para casos seleccionados como pueden ser las crisis agudas de ansiedad o situaciones incapacitantes en las que el resto de alternativas terapéuticas han fracasado o no son adecuadas.

- No indicadas para el tratamiento a largo plazo de ansiedad o trastornos del sueño, siendo como máximo su pauta recomendada de 2-4 semanas, que es el tiempo que requieren los tratamientos de primera línea para alcanzar el efecto terapéutico y concienciar al paciente en las medidas higiénico dietéticas y educación sanitaria para el desarrollo de herramientas cognitivas y conductuales para el manejo de su situación clínica.
- No indicadas para el tratamiento a corto plazo de la ansiedad moderada.
- Contraindicado en pacientes con clínica predominante de síntomas depresivos, ya que pueden perpetuar este estado, dificultar la afrontación y desarrollo de herramientas cognitivas y conductuales. A la vez de que en algunos casos se ha reflejado un mayor riesgo de suicidio y dependencia.
- Abogar por la alianza terapéutica, implicando al paciente en su tratamiento y valorando alternativas terapéuticas. Debemos advertir del riesgo de dependencia y otros efectos adversos como sedación, incremento de riesgo de demencia y repercusión en la coordinación y control psicomotor, que favorece los accidentes laborales, domésticos y caídas sobre todo en población mayor de 65 años. La mejor estrategia preventiva del consumo crónico de BZD es evitar iniciar prescripciones no estrictamente necesarias.
- Si ya se ha iniciado el tratamiento con BZD el objetivo es la desprescripción. Es importante precisar el diagnóstico y los factores causantes y mantenedores del mismo para establecer un nuevo plan terapéutico lo más eficaz y seguro posible.
 - Las BZD de vida media larga deben reevaluarse regularmente con el objetivo de disminuir dosis o espaciarlas.
 - Fundamental prevenir la sobredosificación por acumulación o uso indebido.
- Ante la dificultad de disminuir o retirar un tratamiento prolongado de BZD y la existencia de alternativas terapéuticas se recomienda utilizar de manera preferente ISRS e inductores del sueño con menores riesgos potenciales.

- Identificar precozmente a los pacientes con potencial riesgo de desarrollar problemas asociados al consumo de BZD, realizando revisiones sistemáticas de las prescripciones.
- Cambiar principios activos con el objetivo de facilitar la retirada con una combinación de acompañamiento conductual y educación higiénico-dietética.
- Establecer la necesidad de soporte adicional o terapias, realizando una vigilancia estrecha mediante consultas para valorar el progreso general y detectar precozmente síntomas de abstinencia y efecto rebote.
- Evitarlos especialmente en aquellos pacientes con antecedentes personales o familiares de primer grado de trastornos de la conducta adictiva, mayores de 65 años y paciente con clínica predominantemente depresiva.
- Los criterios STOPP-START establecidos por la Sociedad Europea de Geriátrica establecen como inapropiada la prescripción de BZD de seminovela larga por el mayor riesgo de efectos adversos.
- Reservar la prescripción concomitante de opioides y BZD para casos seleccionados en los que las opciones terapéuticas alternativas no sean posibles o adecuadas.
- Desarrollo de actuaciones comunitarias en los grupos de mayor de mayor riesgo de uso perjudicial de BZD como consecuencia de medicalización de procesos vitales difíciles como la soledad, el duelo, la carga excesiva de responsabilidad o precariedad laboral entre otros.
 - Despatologizar la situación, requiere un abordaje sanitario, pero valorar si éste debe ser farmacológico evaluando el balance riesgo-beneficio de los tratamientos propuestos.
 - El objetivo es influir en el bienestar de la salud física, psíquica y social, restando carga al rol de enfermo sin invalidar las emociones de nuestros pacientes. Se busca desarrollar herramientas de afrontamiento para los eventos vitales dentro del contexto biosociocultural del individuo.