

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: Intervenciones de enfermería en atención primaria, para la deprescripción de benzodiacepinas en personas mayores de 65 años: protocolo de revisión sistemática.

Alumno: Gómez López, Alba

Tutor: Roldan Chicano, Maria Teresa.

Cotutor: Concepción Carratalá Munuera

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2025-2026

ANEXO COIR:

Estimado María Teresa Roldan Chicano y Alba Gómez López

Una vez revisada su solicitud de evaluación ética le comunicamos que la misma ha sido **AUTORIZADA**:

Nombre del tutor/a:	María Teresa Roldan Chicano
Nombre del estudiante:	Alba Gómez López
Tipo de actividad:	2. Sin implicaciones ético-legales
Título	Intervenciones de enfermería en atención primaria, para la reducción del uso de benzodiacepinas en personas mayores de 65 años: protocolo de revisión sistemática.
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional:	260417070655
Código de autorización COIR	TFM.MPA.MTRC.AGL.260417
Caducidad	2 años

Pueden imprimir este correo como justificante de autorización ética COIR.

Aprovechamos para recordarle que no necesita realizar ningún trámite adicional con la Oficina de Investigación Responsable.

Un saludo,



Resumen

El uso crónico de benzodiacepinas en personas mayores constituye un problema relevante de salud pública. Aunque las guías recomiendan su uso máximo de 4 a 12 semanas, su consumo se cronifica con frecuencia. España registra aproximadamente 110 dosis diarias por cada 1.000 habitantes, con un 7,2% de la población que las toma a diario. El uso prolongado se asocia a deterioro cognitivo, caídas, dependencia y hospitalización, riesgos agravados en presencia de polimedicación o multimorbilidad. La deprescripción mediante reducción gradual es la estrategia de referencia, pero requiere seguimiento continuado, contexto donde la enfermería de atención primaria emerge como profesional de referencia, por su cercanía al paciente y su papel en la educación sanitaria y la toma de decisiones compartidas.

El objetivo de esta revisión es sintetizar y analizar la evidencia sobre la efectividad de las intervenciones de enfermería en atención primaria dirigidas a la reducción o retirada del consumo de benzodiacepinas en personas mayores de 65 años.

Se desarrollará un protocolo de revisión sistemática siguiendo las directrices P-PRISMA y se registrará en la base de datos PROSPERO. La búsqueda bibliográfica se realizará en bases de datos como PubMed, EMBASE, CINAHL, CENTRAL, PsycINFO y LILACS. Se incluirán ensayos clínicos aleatorizados, estudios cuasi-experimentales y estudios observacionales. El proceso de selección, extracción de datos y evaluación de la calidad metodológica se llevará a cabo de forma independiente por dos revisores, utilizando herramientas validadas como RoB 2, ROBINS-I, NOS y GRADE.

Esta revisión permitirá identificar las intervenciones más efectivas, mejorar la práctica clínica en atención primaria y reforzar el papel de la enfermería en la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

Palabras clave: Benzodiacepinas; Retirada de medicamentos; Atención Primaria de Salud; Enfermería; Anciano.

Abstract

Chronic use of benzodiazepines in older adults is a significant public health problem. Although guidelines recommend a maximum duration of 4 to 12 weeks, their use often becomes chronic. Spain records approximately 110 daily doses per 1,000 inhabitants, with 7.2% of the population taking them daily. Prolonged use is associated with cognitive impairment, falls, dependence, and hospitalization, risks that are exacerbated in the presence of polypharmacy or multimorbidity. Deprescribing through gradual dose reduction is the reference strategy, but it requires continuous follow-up, a context in which primary care nursing emerges as a key professional due to its closeness to the patient and its role in health education and shared decision-making.

The aim of this review is to synthesize and analyze the evidence on the effectiveness of nursing interventions in primary care aimed at reducing or discontinuing benzodiazepine use in individuals aged 65 years and older.

A systematic review protocol will be developed following the PRISMA-P guidelines and registered in the PROSPERO database. The literature search will be conducted in databases such as PubMed, EMBASE, CINAHL, CENTRAL, PsycINFO, and LILACS. Randomized controlled trials, quasi-experimental studies, and observational studies will be included. The processes of study selection, data extraction, and methodological quality assessment will be carried out independently by two reviewers, using validated tools such as RoB 2, ROBINS-I, NOS, and GRADE.

This review will help identify the most effective interventions, improve clinical practice in primary care, and strengthen the role of nursing in patient safety and quality of care.

Keywords: Benzodiazepines; Drug withdrawal; Primary Health Care; Nursing care; Aged.

Índice

Resumen	2
1. Antecedentes y justificación	5
1.1 Antecedentes	5
1.2. Justificación	8
2. Pregunta de investigación.	9
3. Pregunta formato PICO.	10
4. Objetivos de la Revisión.	10
5. Metodología.	11
a.) Criterios de selección de los estudios:	11
i. Tipos de estudios que se incluirán y se excluirán en la RS.	11
ii. Tipo de población de estudio:	12
iii. Intervención o exposición de los estudios que se incluirán en la RS:	12
iv. Medidas de desenlace:	13
b) Búsqueda de evidencias para la identificación de estudios:	14
i. Base de datos que se consultarán:	14
ii. Palabras clave o términos de texto libre:	14
Tabla 1. Términos de búsqueda de las bases de datos seleccionadas.	14
iii. Periodo de cobertura de la búsqueda:	16
iv. Otros requisitos o filtros para usar en la búsqueda:	16
v. Estrategia de búsqueda para identificar los descriptores o MesH para cada base de datos.	16
c) Proceso o métodos de selección:	18
d) Proceso de extracción de datos:	19
e) Variables de estudio:	19
f) Evaluación de la calidad de los estudios:	21
g) Método de síntesis de resultados:	22
6. Aplicabilidad y utilidad del estudio.	23
7. Limitaciones y ventajas del estudio.	24
8. Calendario y cronograma previsto para el estudio.	25
Tabla 2. Diagrama de Gantt.	25
9. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad.	25
10. Presupuesto.	25
11. Referencias bibliográficas	26
ANEXO.	31
1. Hoja de recogida de datos.	31

1. Antecedentes y justificación

1.1 Antecedentes

El envejecimiento progresivo de la población representa uno de los grandes retos sanitarios actuales. El aumento de la esperanza de vida, acompañado de una mayor presencia de enfermedades crónicas y trastornos mentales en las personas mayores, como los trastornos de ansiedad y del sueño, ha llevado a que fármacos psicotrópicos como las benzodiacepinas se hayan convertido en un recurso terapéutico habitual en la práctica clínica.¹

La utilización de las benzodiacepinas en atención primaria para tratar trastornos como la ansiedad y el insomnio es habitual. A pesar de ello, su uso está asociado a un mayor riesgo de caídas en las personas mayores debido al envejecimiento, la comorbilidad y la polimedicación. Aun así, su consumo es elevado en este grupo de población, con prevalencias cercanas al 13,5% incluso en edades avanzadas. Además existe evidencia de que el uso prolongado de benzodiacepinas aumenta con la edad y es significativamente más frecuente en mujeres que en hombres, identificándose el sexo femenino como un factor asociado al consumo crónico de estos fármacos.²

España se sitúa en los puestos más altos de Europa en el consumo de benzodiacepinas. Hay aproximadamente un tercio de la población de adultos mayores que consumen benzodiacepinas, lo que se traduce en una situación preocupante por el alto riesgo de los efectos adversos y la dependencia que produce por su uso prolongado.³

Las benzodiacepinas suelen exceder el tiempo de tratamiento al recomendado, lo que favorece a que las prescripciones sean inapropiadas y acaben cronificadas en el tiempo, convirtiéndolo en una situación frecuente en personas de mayor edad en quienes el riesgo de uso continuado aumenta progresivamente con el envejecimiento.¹

Según las recomendaciones de la Agencia Europea de Medicamentos, no se debe superar el uso de estos fármacos más de 12 semanas, mientras en las guías de práctica clínica recomiendan su uso para un periodo máximo de 4 semanas en el caso del insomnio, y durante 8 semanas para cuando se quiera

tratar el trastorno de ansiedad generalizada esta recomendación no se llega a cumplir en gran parte de entornos clínicos⁴

El uso prolongado de las benzodiacepinas está asociado a importantes consecuencias clínicas, como el desarrollo de tolerancia y dependencia, además de un mayor riesgo de deterioro de funciones cognitivas como la memoria, la atención y la concentración.

Es por ello, que esto se traduce en las personas mayores como un aumento del riesgo de caídas, fracturas, hospitalizaciones y pérdida de autonomía para hacer las actividades básicas de la vida diaria e instrumentales.¹

Por otro lado, la polimedicación constituye un problema que se encuentra con frecuencia en las personas mayores, asociadas a una alta prevalencia de enfermedades crónicas y un uso prolongado de múltiples tratamientos farmacológicos. Llamamos polimedicación al consumo de más de 5 fármacos y hiperpolimedicación al uso de más de 10 fármacos. En este sentido, las benzodiacepinas, al igual que otros medicamentos potencialmente inapropiados, forman con frecuencia parte de los regímenes terapéuticos habituales. Sin embargo, cuando se prolongan más allá del tiempo recomendado, pasan a considerarse fármacos inapropiados, lo que incrementa el riesgo de interacciones farmacológicas, efectos adversos y deterioro funcional. De igual manera, supone un desafío para la seguridad del paciente y un gasto del sistema sanitario, por la complejidad asistencial y costes derivados de los efectos adversos por los fármacos.

La evidencia científica muestra que el uso prolongado provoca cambios en la tolerancia, no mejora la enfermedad de base, puede llevar a una ansiedad crónica, aumentar la sensibilidad del fármaco y empeorar el sueño a largo plazo. Estas complicaciones no solo afectan a la salud del paciente de forma individual, sino que también tiene un efecto importante en el uso de recursos de salud y la sostenibilidad del sistema sanitario.^{5,6}

Además, la presencia de polimedicación y pluripatología en las personas mayores, aumenta el riesgo de interacciones entre fármacos y de eventos adversos, lo que dificulta la atención clínica y favorece la cronificación de

tratamientos inapropiados ^{7,8}. La deprescripción se ha establecido como una estrategia fundamental para optimizar el tratamiento farmacológico, reducir la carga terapéutica y mejorar la seguridad del paciente.⁹

La deprescripción se define como un proceso sistemático, centrado en el paciente y supervisado por profesionales sanitarios, orientado a la reducción o suspensión de medicamentos potencialmente inapropiados cuando los riesgos superan los beneficios, con el fin de optimizar la seguridad y los resultados clínicos.⁹

Las guías y revisiones recientes señalan que para realizar una correcta deprescripción debe llevarse a cabo una reducción gradual de la dosis y hacer un seguimiento exhaustivo clínico continuado, con el fin de reducir los síntomas de abstinencia y favorecer la adherencia al proceso. Especialmente en el ámbito de la atención primaria, donde se realiza la mayor parte del seguimiento longitudinal del paciente.^{10,11}

La reducción gradual (tapering) de benzodiacepinas consiste en disminuir la dosis de forma progresiva, 5-10% en una semana no superando 25% en dos semanas, adaptando el ritmo a la tolerancia del paciente, con el objetivo de evitar síntomas de abstinencia y lograr la suspensión segura del fármaco, y cuando tratamos con personas mayores tenemos que tener especial cuidado en cuanto a las caídas, confusión y empeoramiento de los síntomas.¹²

En este sentido, la atención primaria desempeña un papel fundamental en la identificación del uso inapropiado de benzodiacepinas y siendo el personal de enfermería un profesional fundamental por su cercanía al paciente, su proximidad y su papel en la educación sanitaria. Las intervenciones no farmacológicas lideradas por enfermería, como la educación sobre riesgos, la promoción de hábitos de sueño saludables y el acompañamiento en el proceso de retirada, han demostrado ser estrategias eficaces para reducir el uso de benzodiacepinas.

1.2. Justificación

En las últimas décadas, el aumento de la esperanza de vida y la polifarmacia se ha convertido en un problema prioritario para los sistemas sanitarios, especialmente en la población mayor, donde el riesgo de eventos adversos es más elevado.¹³

A pesar de las recomendaciones e intentos por los profesionales para su retirada, sigue siendo elevado, sobre todo en atención primaria, donde se realiza el seguimiento continuado de estos pacientes.¹¹

En este contexto, la deprescripción se presenta como una estrategia para optimizar el tratamiento farmacológico y mejorar la seguridad del paciente. La evidencia reciente muestra que las intervenciones de deprescripción presentan efectos positivos, aunque variables. En el caso específico de benzodiacepinas, las intervenciones no farmacológicas, como la educación sanitaria, han mostrado tasas de suspensión entre el 23% y el 72%, mientras que las intervenciones multicomponente alcanzan resultados heterogéneos, reflejando la complejidad del proceso.¹⁰ Asimismo, programas desarrollados en atención primaria evidencian que una proporción relevante de pacientes inicia la reducción del tratamiento tras intervenciones educativas y mantiene dicha reducción a lo largo del tiempo.¹⁰

Este problema adquiere especial relevancia en determinados subgrupos clínicos, como pacientes con multimorbilidad, deterioro cognitivo y polifarmacia, en los que la vulnerabilidad clínica es mayor y el riesgo de eventos adversos se incrementa significativamente. En estos pacientes, la deprescripción resulta especialmente compleja, ya que implica la coordinación entre diferentes niveles asistenciales y profesionales sanitarios, así como un seguimiento continuado tras el alta hospitalaria.¹⁴

En este sentido, la enfermería en atención primaria desempeña un papel clave en los procesos de deprescripción, destacando su implicación en intervenciones educativas, el seguimiento del paciente y la toma de decisiones compartidas. La evidencia reciente señala que las enfermeras contribuyen activamente mediante la monitorización clínica, la educación sanitaria y la

coordinación con el equipo multidisciplinar, aunque su papel sigue estando infrautilizado y limitado por barreras como la falta de formación específica o la escasa participación en la toma de decisiones.¹³

Además, estudios recientes han comenzado a desarrollar intervenciones específicas lideradas por enfermería en atención primaria, basadas en enfoques de co-creación, que integran a pacientes y profesionales en el diseño de estrategias para la deprescripción de benzodiazepinas. Estas intervenciones destacan el potencial de la enfermería para liderar procesos de cambio en el uso de medicamentos mediante la educación, el empoderamiento del paciente y el seguimiento individualizado.¹¹

Sin embargo, a pesar de estos avances, la evidencia sigue siendo limitada y fragmentada, especialmente en relación con la efectividad de estas intervenciones en subgrupos de mayor riesgo. Por tanto, existe un vacío de conocimiento relevante en cuanto a qué estrategias son más eficaces en el ámbito de atención primaria y en qué pacientes resultan más beneficiosas.

En consecuencia, resulta necesario llevar a cabo una revisión sistemática que permita sintetizar la evidencia disponible sobre intervenciones de enfermería en atención primaria dirigidas a la reducción del uso de benzodiazepinas en personas mayores de 65 años, con especial atención a subgrupos vulnerables. Esta revisión contribuirá a orientar la práctica clínica hacia una atención más segura, individualizada y basada en la evidencia, así como a reforzar el papel de la enfermería como agente clave en la seguridad del paciente y la calidad asistencial.

2. Pregunta de investigación.

¿Qué intervenciones realizadas por enfermería en atención primaria son efectivas para reducir el uso de benzodiazepinas en pacientes mayores de 65 años?

3.Pregunta formato PICO.

P: Personas mayores de 65 años con consumo crónico de benzodiazepinas (más de 4 semanas) atendidas en el ámbito de atención primaria.

I: Intervenciones no farmacológicas lideradas o implementadas por enfermería dirigidas a cesar el consumo de benzodiazepinas

C: Atención habitual u otras intervenciones activas

O: Resultados primarios: cese del consumo de benzodiazepinas, dosis diaria. Resultados secundarios: tiempo de consumo, recaídas, calidad del sueño, síntomas de ansiedad, función cognitiva, calidad de vida y eventos adversos.

4.Objetivos de la Revisión.

Objetivo General:

1. Sintetizar y analizar la evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones enfermeras no farmacológicas en atención primaria para el cese del consumo de benzodiazepinas en personas mayores de 65 años, en comparación con la atención habitual u otras intervenciones.

Objetivos Específicos:

1. Identificar y analizar la efectividad de las intervenciones enfermeras no farmacológicas en atención primaria para el cese del consumo de benzodiazepinas en personas mayores de 65 años según el tipo de intervención, duración, formato, y seguimiento.
2. Explorar si la efectividad de las intervenciones analizadas difiere en función de las características clínicas de los participantes (multimorbilidad, deterioro cognitivo y/o polifarmacia).

5. Metodología.

Se llevará a cabo una revisión sistemática con metaanálisis siguiendo la metodología descrita en el Manual Cochrane para revisiones de intervenciones. El protocolo se registrará en la base de datos PROSPERO antes del inicio de la búsqueda bibliográfica. El reporte del protocolo seguirá las recomendaciones PRISMA-P (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis Protocols)⁸, y el reporte de la revisión seguirá las directrices PRISMA 2020¹⁶

a.) Criterios de selección de los estudios:

i. Tipos de estudios que se incluirán y se excluirán en la RS.

- **Criterios de inclusión:**

Se incluirán los estudios originales que evalúen intervenciones dirigidas a la deshabituación de benzodiazepinas en personas mayores realizadas por enfermería atendidas en el ámbito de atención primaria, con los siguientes diseños:

- Ensayos clínicos aleatorizados (ECA).
- Ensayos clínicos no aleatorizados o estudios cuasi-experimentales (incluyendo diseños antes-después con grupo control).
- Estudios observacionales analíticos con grupo comparador (cohortes y estudios de casos y controles).

- **Criterios de exclusión:**

- Estudios observacionales sin grupo comparador (descriptivos, transversales). Informes de casos y series de casos.
- Estudios que no permitan estimar la efectividad de la intervención (por ausencia de grupo comparador o de medidas de resultado relevantes).
- Revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, editoriales y cartas al editor.
- Resúmenes de congresos sin texto completo disponible.
- Estudios duplicados.

ii. Tipo de población de estudio:

Se incluirán estudios cuyos participantes cumplan los siguientes criterios:

- **Criterios de inclusión:**

- Personas mayores de 65 años
- Consumo crónico de benzodiazepinas (al menos 4 semanas).
- Atendidas en el ámbito de la atención primaria.

- **Criterios de exclusión:**

- Uso de benzodiazepinas por motivos diferentes a insomnio o ansiedad (p. ej. epilepsia etc.)
- Pacientes en cuidados paliativos o situación terminal.
- Sin especificación del tiempo de consumo de benzodiazepinas.
- Pacientes institucionalizados en residencias.

iii. Intervención o exposición de los estudios que se incluirán en la RS:

La intervención de interés en esta revisión es la deprescripción de BDZ en adultos mayores mediante intervenciones no farmacológicas realizadas por enfermería y otros profesionales llevadas a cabo en atención primaria.

Se entenderá por deprescripción la eliminación completa del consumo del fármaco o la sustitución de una estrategia diferente para el manejo del insomnio/ansiedad.

Se incluirán estudios en los que las intervenciones estarán centradas en el paciente como principal participante en la implementación y no implican el uso de agentes farmacológicos: como educativas, estrategias de retirada gradual del fármaco, intervenciones cognitivo-conductuales, fototerapia o programas de seguimiento realizados por profesionales sanitarios.

Las Intervenciones lideradas y/o implementadas por enfermería en solitario o con otros profesionales en el ámbito de Atención Primaria.

- **Criterios de exclusión:**

- Intervenciones que deprescriben varios medicamentos simultáneamente.

-Intervenciones destinadas a prevenir la prescripción de benzodiacepinas.

- **Contexto de la intervención:**

Atención Primaria, entendida como el nivel básico y primer punto de acceso al sistema sanitario, que incluye cuidados que proporcionan manutención básica de la salud, servicios terapéuticos y coordinación de todas las necesidades y servicios comunitarios..

iv. Medidas de desenlace:

- **Desenlaces principales:**

-Cese completo del consumo de benzodiacepinas

-Evolución del consumo (dosis diaria, mg/día)

- **Desenlaces secundarios:**

-Tiempo hasta deprescripción

-Mantenimiento de la retirada (recaídas)

-Síntomas de abstinencia

-Calidad del sueño

-Síntomas de ansiedad e insomnio

-Calidad de vida

-Función cognitiva

-Eventos adversos

Se incluirán aquellos estudios que reporten al menos uno de los desenlaces principales

b) Búsqueda de evidencias para la identificación de estudios:

i. Base de datos que se consultarán:

Se realizará una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos con el objetivo de identificar estudios relevantes para la revisión: MEDLINE (vía PubMed), EMBASE, CINAHL, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), PsycINFO y LILACS. Se realizará también una búsqueda manual en las listas de referencias de los estudios incluidos para identificar estudios relevantes no recuperados mediante la búsqueda electrónica. Asimismo, se realizará una búsqueda de literatura gris mediante la consulta de OpenGrey y ProQuest Dissertations & Theses Global, con el fin de identificar tesis, documentos no publicados y otros estudios potencialmente relevantes.

ii. Palabras clave o términos de texto libre:

Los principales términos empleados se incluirán: Benzodiazepinas, BZRA, farmacia, medicamentos, insomnio, adultos mayores, ancianos, atención primaria.

Tabla 1. Términos de búsqueda de las bases de datos seleccionadas.

<i>Bases de datos:</i> <i>Concepto clave:</i>	<i>Términos MeSH MEDLINE</i>	<i>Términos MeSH CENTRAL</i>	<i>Términos DeCS LILACS</i>	CINAHL headings (CINAHL Headings)	EMBASE (Emtree)	PsycINFO (thesaurus)
<i>Benzodiacepinas</i>	<i>Benzodiazepines</i>	<i>Benzodiazepines</i>	<i>Benzodiazepinas</i>	<i>Benzodiazepines</i>	<i>Benzodiazepine</i>	<i>Benzodiazepines</i>
<i>Deprescripción</i>	<i>Drug withdrawal</i>	<i>Drug withdrawal</i>	<i>Retirada de medicamentos</i>	<i>Drug withdrawal</i>	<i>Drug withdrawal</i>	<i>Drug withdrawal</i>
<i>Personas mayores</i>	<i>Aged</i>	<i>Aged</i>	<i>Anciano</i>	<i>Aged</i>	<i>Aged</i>	<i>Aged</i>
<i>Atención primaria</i>	<i>Primary Health Care</i>	<i>Primary Health</i>	<i>Atención Primaria</i>	<i>Primary Health</i>	<i>Primary Health</i>	<i>Primary Health</i>

		Care	de Salud	Care	Care	Care
<i>Cuidados de Enfermería</i>	<i>Nursing</i>	<i>Nursing</i>	<i>Enfermería</i>	<i>Nursing</i>	<i>Nursing</i>	<i>Nursing</i>
<i>Polifarmacia</i>	<i>Polypharmacy</i>	<i>Polypharmacy</i>	<i>Polifarmacia</i>	<i>Polypharmacy</i>	<i>Polypharmacy</i>	<i>Polypharmacy</i>
<i>Insomnio</i>	Sleep Initiation and Maintenance Disorders	<i>insomnia</i>	<i>Trastornos del Inicio y del Mantenimiento del Sueño</i>	<i>insomnia /sleep disorders</i>	<i>insomnia</i>	<i>insomnia</i>
<i>Ansiedad</i>	<i>anxiety/anxiety disorders</i>	<i>anxiety</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>anxiety</i>	<i>anxiety</i>	<i>anxiety</i>
<i>Intervenciones no farmacológicas</i>	<i>Non-pharmacological interventions</i>	-	-	<i>Non-pharmacological interventions</i>	<i>Non-pharmacological interventions</i>	<i>Non-pharmacological interventions</i>
<i>Psicoterapia</i>	<i>Psychotherapy; Cognitive Behavioral Therapy</i>	-	<i>Psicoterapia</i>	<i>Psychotherapy</i>	<i>Psychotherapy</i>	<i>Psychotherapy</i>
<i>Educación para la salud</i>	<i>Health Education</i>	-	<i>Educación para la salud.</i>	<i>Health Education</i>	<i>Health Education</i>	<i>Health Education</i>
<i>Higiene del sueño</i>	Sleep Hygiene	-	Higiene del sueño	Sleep Hygiene	Sleep Hygiene	Sleep Hygiene

Se combinarán mediante operadores booleanos (AND, OR) para adaptar la estrategia de búsqueda a cada una de las bases de datos consultadas.

iii. Periodo de cobertura de la búsqueda:

La búsqueda bibliográfica se realizará sin limitación por fecha de publicación, incluyendo los estudios disponibles desde el inicio de cada base de datos hasta enero de 2026, con el objetivo de recoger toda la evidencia científica relevante sobre el tema.

iv. Otros requisitos o filtros para usar en la búsqueda:

Sin límite de idioma.

v. Estrategia de búsqueda para identificar los descriptores o MeSH para cada base de datos.

Se utilizaron las siguientes estrategias de búsqueda, construidas mediante la combinación de descriptores controlados propios de cada base de datos y operadores booleanos (AND, OR). Los filtros de limitación temporal y tipo de estudio se aplicaron de forma independiente a través de las opciones de la interfaz de cada plataforma, con posterioridad a la ejecución de las cadenas de búsqueda, y no se incorporaron como términos dentro de las mismas.

PsycINFO

Benzodiazepines AND (Older Adulthood) AND (Drug Withdrawal OR "deprescribing") AND (Nursing OR Psychotherapy OR Health Education OR Sleep Practices) AND Primary Health Care

Benzodiazepines AND (Older Adulthood OR "older adults" OR elderly OR Aging) AND (Drug Withdrawal OR "deprescribing" OR "benzodiazepine withdrawal" OR "medication reduction" OR "medication discontinuation" OR tapering) AND (Nursing OR Psychotherapy OR "Health Education" OR "Sleep Practices" OR "non-pharmacological intervention*" OR "cognitive behavioral therap*" OR "behavioral intervention*" OR "patient education")

LILACS

Benzodiazepinas AND (Persona mayor OR Anciano) AND (Deprescripciones OR "retirada de medicamentos" OR "uso inapropiado de medicamentos" OR Polifarmacia) AND (Atención Primaria de Salud OR "atención comunitaria")

Benzodiazepinas AND (Persona mayor OR Anciano OR "adulto mayor" OR "personas mayores") AND (Deprescripciones OR "retirada de medicamentos" OR "reducción de medicamentos" OR "suspensión de medicamentos" OR "uso inapropiado de medicamentos" OR Polifarmacia OR "deshabitación")

EMBASE

('benzodiazepine'/exp OR benzodiazepine) AND ('aged'/exp OR aged) AND ('deprescribing'/exp OR deprescribing OR 'drug withdrawal'/exp OR 'drug withdrawal') AND ('nursing'/exp OR nursing OR 'psychotherapy'/exp OR psychotherapy OR 'health education'/exp OR 'health education' OR 'sleep hygiene'/exp OR 'sleep hygiene') AND ('primary health care'/exp OR 'primary health care')

('benzodiazepine'/exp OR benzodiazepine) AND ('primary health care'/exp OR 'primary health care') AND ('elderly OR 'older adult' OR aging) AND ('drug discontinuation'/exp OR 'drug discontinuation' OR 'deprescribing'/exp OR deprescribing OR tapering) AND ('nursing care'/exp OR 'nursing care' OR 'nursing'/exp OR nursing OR) AND ('behavioral therapy'/exp OR 'behavioral therapy' OR 'psychotherapy'/exp OR psychotherapy OR 'health education' OR 'sleep hygiene')

CINAHL

Benzodiazepines AND Aged AND (Deprescribing OR "Drug Withdrawal") AND (Nursing OR Psychotherapy OR "Health Education" OR "Sleep Hygiene") AND "Primary Health Care"

Benzodiazepines AND (Aged OR elderly OR "older adults") AND (Deprescribing OR "drug withdrawal" OR "medication reduction" OR "medication discontinuation" OR tapering) AND (Nursing OR "nurse-led intervention" OR

Psychotherapy OR "patient education" OR "sleep hygiene" OR
"non-pharmacological intervention")

MEDLINE

(Benzodiazepines[MeSH] OR benzodiazepine*[tiab]) AND (Aged[MeSH] OR
"older adult"[tiab] OR elderly[tiab]) AND ("Drug Withdrawal"[MeSH] OR
deprescribing[tiab] OR "medication discontinuation"[tiab] OR tapering[tiab])
AND (Nursing[MeSH] OR nursing[tiab] OR "nurse-led"[tiab] OR
psychotherapy[tiab] OR "health education"[tiab] OR "sleep hygiene"[tiab] OR
"non-pharmacological intervention*" [tiab])

c) Proceso o métodos de selección:

Para el proceso de selección de los estudios, los resultados de la búsqueda serán importados al software de gestión de revisiones sistemáticas Covidence (Veritas Health Innovation, Melbourne, Australia), disponible en <https://www.covidence.org>, donde se llevará a cabo la identificación y eliminación de registros duplicados, así como la gestión del proceso de cribado y selección de estudios.

Tras eliminar los registros duplicados, se llevará a cabo una primera fase de selección (screening) mediante la revisión de títulos y resúmenes, aplicando los criterios de elegibilidad previamente establecidos.

Los estudios que cumplan los criterios en esta fase serán sometidos a una segunda evaluación mediante la lectura del texto completo, con el fin de confirmar su inclusión definitiva en la revisión.

Todo el proceso de selección y extracción de los datos se realizará de forma independiente por, al menos, dos revisores. En caso de discrepancia entre ambos, ésta se resolverá mediante discusión y consenso; si no se alcanza acuerdo, se recurrirá a la participación de un tercer revisor.

Finalmente, el proceso de selección de los estudios se representará mediante el diagrama de flujo PRISMA 2020, que incluirá las fases de identificación,

cribado, elegibilidad e inclusión de los estudios procedentes de bases de datos, registros y otras fuentes.

d) Proceso de extracción de datos:

La extracción de datos se llevará a cabo de forma estructurada y sistemática, con el objetivo de recoger la información relevante de los estudios incluidos y garantizar la validez y reproducibilidad de la revisión.

Para ello, se utilizará un formulario de extracción de datos previamente diseñado, en el que se definirán las variables a recoger (características de los estudios, población, intervenciones, resultados y principales hallazgos). Antes de su aplicación definitiva, el formulario será sometido a una prueba piloto en una muestra de estudios, con el fin de identificar posibles ambigüedades o dificultades en su aplicación y realizar los ajustes necesarios.

La extracción de datos será realizada de forma independiente por, al menos, dos revisores, con el objetivo de minimizar errores y reducir posibles sesgos en la recogida de información. En caso de discrepancia entre los revisores, ésta se resolverá mediante discusión y consenso; si no se alcanza acuerdo, se recurrirá a la intervención de un tercer revisor. En aquellos casos en los que no sea posible realizar una doble extracción completa, se llevará a cabo una verificación independiente de los datos por un segundo revisor.

El proceso de extracción se realizará mediante el uso del software Covidence. En caso de que la información a extraer esté incompleta o sea poco clara, se contactará con los autores correspondientes para solicitar la totalidad de las bases de datos necesarias.

e) Variables de estudio:

Las variables analizadas se extraerán de los estudios incluidos y se clasificarán en las siguientes categorías:

- **Variables sociodemográficas y clínicas:**

Edad: ≥65 años: años

Sexo: masculino / femenino.

Diagnóstico de indicación de benzodiacepinas: insomnio, ansiedad o ambos.

Tipo de benzodiacepina: según principio activo (ej. lorazepam, diazepam, alprazolam, etc.).

Dosis de benzodiacepina: dosis diaria (miligramos mg)

Tiempo de consumo previo: meses o años.

Polimedicación: consumo de ≥ 5 fármacos (sí/no).

Multimorbilidad: presencia de ≥ 2 enfermedades crónicas (sí/no)

Deterioro cognitivo: (sí/no)

- **Variables de intervención:**

Tipo de intervención: educativa, cognitivo-conductual, deprescripción farmacológica (tapering), multicomponente u otras.

Profesional que realiza la intervención: enfermería, medicina u otros.

Número de sesiones: número total de sesiones realizadas.

Duración de la intervención: semanas o meses.

Formato de la intervención: individual, grupal, presencial, telefónica o combinada.

Contexto asistencial: atención primaria (consulta de enfermería, medicina, programa comunitario o atención domiciliaria).

- **Variables outcome principal:**

Cese del consumo de benzodiacepinas: sí/no, evaluado en distintos horizontes temporales como a los 3, 6 o 12 meses.

Evolución del consumo de benzodiacepinas: dosis diaria (mg o equivalente de diazepam).

- **Variable outcome secundaria:**

Tiempo hasta la deprescripción: días hasta el cese completo del consumo

Recaída en el consumo de benzodiacepinas: variable dicotómica (sí/no), definida como la reintroducción del fármaco tras su suspensión durante el periodo de seguimiento.

Síntomas de abstinencia: presencia/ausencia, evaluados mediante criterios clínicos o escalas específicas (ej. CIWA-B).

Calidad del sueño: medida mediante instrumentos validados como el *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI) o el *Insomnia Severity Index* (ISI), así como parámetros objetivos cuando estén disponibles (latencia del sueño, tiempo total de sueño, despertares).

Calidad de vida: evaluada mediante instrumentos validados como el *EuroQol-5 Dimensions* (EQ-5D) o el *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) que transforman la percepción del paciente en un dato objetivo

Función cognitiva: evaluada mediante instrumentos validados como el *Mini-Mental State Examination* (MMSE), o el *Montreal Cognitive Assessment* (MoCA), o cualquier otra medida estandarizada de rendimiento cognitivo.

Eventos adversos: incluyendo caídas, confusión, hospitalizaciones o empeoramiento del insomnio, según lo reportado en los estudios.

f) Evaluación de la calidad de los estudios:

La calidad metodológica y el riesgo de sesgo de los estudios se evaluará mediante los siguientes métodos:

Para los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) se utilizará la herramienta Cochrane Risk of Bias 2 (RoB 2). Para los estudios no aleatorizados de intervenciones (cuasi-experimentales) se empleará la herramienta ROBINS-I.

Para los estudios observacionales (cohortes y estudios de casos y controles), se utilizará la escala Newcastle-Ottawa (NOS).

Asimismo, se empleará el enfoque GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) para evaluar la calidad global de la evidencia para cada uno de los desenlaces principales.

g) Método de síntesis de resultados:

Inicialmente, los datos se presentarán mediante tablas descriptivas que permitirán comparar las características principales de los estudios (diseño, población, intervenciones y variables de resultado), así como su evaluación del riesgo de sesgo.

Cuando los estudios sean suficientemente homogéneos en términos de diseño, población, tipo de intervención y variables de resultado, se realizará un metaanálisis. Para las variables dicotómicas (por ejemplo, cese del consumo de benzodiacepinas), se calcularán medidas de efecto como el riesgo relativo (RR) o la odds ratio (OR), junto con sus intervalos de confianza al 95%. Para las variables continuas (por ejemplo, dosis diaria o calidad del sueño), se utilizarán diferencias de medias (DM) o diferencias de medias estandarizadas (DME).

El metaanálisis se realizará utilizando modelos de efectos aleatorios. La heterogeneidad estadística se evaluará mediante el estadístico I^2 . En caso de heterogeneidad significativa ($I^2 > 50\%$), se explorarán posibles fuentes de variabilidad, para ello se realizarán análisis de sensibilidad con el fin de evaluar la robustez de los resultados, excluyendo estudios con alto riesgo de sesgo o aquellos con características metodológicas que puedan influir de forma relevante en los resultados.

Se realizará análisis de subgrupos, siempre que el número de estudios lo permita, para explorar posibles diferencias en los efectos de las intervenciones en función de las características de los estudios, de las intervenciones y de la población incluida.

En particular, se prestará especial atención a subgrupos de mayor vulnerabilidad clínica, como pacientes con multimorbilidad, polimedicación o deterioro cognitivo, con el objetivo de analizar si la efectividad de las intervenciones difiere en estos grupos.

Los resultados del metaanálisis se representarán mediante gráficos tipo forest plot, utilizando el software Review Manager (RevMan). En caso de disponer de un número suficiente de estudios ($n \geq 10$), se evaluará el sesgo de publicación mediante gráficos en embudo (funnel plot), también generados con RevMan, y mediante su inspección visual.

Cuando no sea posible realizar un metaanálisis debido a la heterogeneidad clínica o metodológica, se llevará a cabo una síntesis narrativa estructurada, organizando los resultados en función del tipo de intervención enfermera (educativa, cognitivo-conductual, multicomponente, etc.) y su efecto sobre la reducción del uso de benzodiazepinas en personas mayores de 65 años.

Finalmente, los resultados se integrarán en función de los objetivos planteados, apoyándose en tablas comparativas y en el análisis crítico de los hallazgos más relevantes.

6. Aplicabilidad y utilidad del estudio.

Los resultados de esta revisión sistemática serán de utilidad en el ámbito de la atención primaria, especialmente en la práctica clínica de enfermería, donde se realiza el seguimiento de personas mayores con consumo de benzodiazepinas.

El análisis de la evidencia permitirá identificar qué intervenciones son más efectivas para la reducción de las benzodiazepinas, facilitando la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia, adaptando las intervenciones al entorno asistencial adecuado del paciente.

Asimismo, su aplicación podrá contribuir a mejorar la seguridad del paciente, reduciendo efectos adversos como caídas, deterioro cognitivo, y favoreciendo un uso más racional de los medicamentos.

Además, este estudio permitirá reforzar el papel de la enfermería en la educación sanitaria, el seguimiento y la toma de decisiones compartidas, favoreciendo un abordaje centrado en la persona.

Finalmente, los resultados podrán servir de base para orientar futuras líneas de investigación y contribuir a mejorar la calidad asistencial en la atención a personas mayores.

7.Limitaciones y ventajas del estudio.

Limitaciones:

Entre las principales limitaciones de esta revisión sistemática se encuentra la posible heterogeneidad de los estudios incluidos en cuanto a diseño, tipo de intervenciones y variables de resultado, porque puede dificultar la comparación y la generalización de los resultados.

Asimismo, la restricción temporal puede implicar la exclusión de estudios relevantes, y existe riesgo de sesgo de publicación, al ser más probable la publicación de estudios con resultados positivos.

Otra limitación del presente estudio es la inclusión de diseños observacionales analíticos, que tienen un mayor riesgo de sesgo lo que puede afectar a la calidad global de la evidencia evaluada mediante el enfoque GRADE.

Ventajas:

Esta revisión permitirá ofrecer una visión actualizada sobre la efectividad de las intervenciones en la reducción del uso de benzodiacepinas en personas mayores en atención primaria.

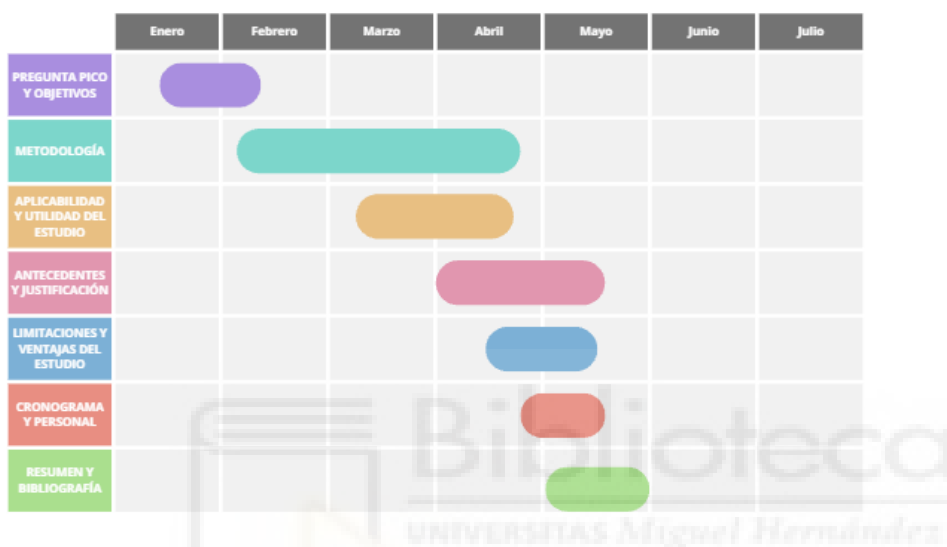
Además, la aplicación de metodologías rigurosas, como la evaluación del riesgo de sesgo y la extracción sistemática de datos, contribuirá a aumentar la validez y reproducibilidad del estudio.

Asimismo, el enfoque centrado en la enfermería y en el ámbito de atención primaria supone un valor añadido, favoreciendo una deprescripción segura y un abordaje integral en la población mayor.

8. Calendario y cronograma previsto para el estudio.

El desarrollo del presente TFM se ha planificado mediante un diagrama de Gantt, que organiza las distintas fases de la revisión sistemática y permite una adecuada gestión del tiempo en cada una de las etapas que se presentan en la siguiente tabla.

Tabla 2. Diagrama de Gantt.



9. Personal que participará en el estudio y cuál es su responsabilidad.

El estudio será llevado a cabo por un equipo de seis investigadores. Un investigador principal será responsable del diseño del protocolo, el análisis de los resultados y de la redacción. Dos investigadores realizarán de forma independiente la búsqueda bibliográfica, la selección de estudios y la extracción de datos. Otros dos participarán en la evaluación de la calidad metodológica y en la supervisión del proceso.

Las discrepancias se resolverán por consenso o, si es necesario, con la intervención de un tercer revisor.

10. Presupuesto.

La presente revisión sistemática no requiere financiación, ya que se basa en el análisis de estudios previamente publicados.

Se emplearán recursos disponibles a través de la institución, como el acceso a bases de datos científicas y el uso de software de apoyo (Covidence), por lo que, el coste económico del estudio se considera mínimo.

11. Referencias bibliográficas

1. McEvoy AM, Langford AV, Liao SJ, Goordeen D, Reeve E, Turner JP. Deprescribing Benzodiazepine Receptor Agonists in Older Adults and People With Cognitive Impairment: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2025 Sep;73(9):2905-2913. doi: 10.1111/jgs.19512. Epub 2025 May 7. PMID: 40342014; PMCID: PMC12460949.
2. Chua S, Todd A, Reeve E, Smith SM, Fox J, Elsis Z, Hughes S, Husband A, Langford A, Merriman N, Harris JR, Devine B, Gray SL; Expert Panel. Deprescribing interventions in older adults: An overview of systematic reviews. *PLoS One*. 2024 Jun 17;19(6):e0305215. doi: 10.1371/journal.pone.0305215. PMID: 38885276; PMCID: PMC11182547.
3. Peñarrubia-María MT, Parker LA, Puig-García M, Fuente-Moreno M, Lumbreras B, Lopez-Pintor E, Domenech Abella J, Saez M, Dima AL, Figueiras Guzmán A, Chilet Rosell E, Serrano-Blanco A, Aznar-Lou I. Challenge of long-term benzodiazepine use in primary care: insights from a real-world cohort study in Catalonia. *Fam Med Community Health*. 2025 Jul 31;13(3):e003233. doi: 10.1136/fmch-2024-003233. PMID: 40744657; PMCID: PMC12315019.
4. Brunner E, Chen CA, Klein T, Maust D, Mazer-Amirshahi M, Mecca M, Najera D, Ogbonna C, Rajneesh KF, Roll E, Sanders AE, Snodgrass B, VandenBerg A, Wright T, Boyle M, Devoto A, Framnes-DeBoer S, Kleykamp B, Norrington J, Lindsay D; Clinical Guideline Committee (CGC) Members; ASAM Staff and Contractors. Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering:

Considerations When Risks Outweigh Benefits. J Gen Intern Med.
2025 Sep;40(12):2814-2859. doi: 10.1007/s11606-025-09499-2. Epub
2025 Jun 17. PMID: 40526204; PMCID: PMC12463801.

5. Montes-Castrejon A, Moncayo-Samperio LG, Flores-Ramos M.
Benzodiazepine Consumption, Functionality, Cognition, and Somnolence
in Older Adults at a Tertiary Care Psychiatric Hospital in Mexico City.
Cureus. 2024 Jan 30;16(1):e53252. doi: 10.7759/cureus.53252. PMID:
38298301; PMCID: PMC10827568.

6. Lorenzo Zamboni, Ángela Federico. Riesgo de adicción al TDAH y
a las benzodiazepinas: una breve revisión sistética. . PROSPERO 2025
CRD420251044459. Disponible en
<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251044459>.

7. Linsky AM, Motala A, Booth M, Lawson E, Shekelle PG.
Deprescribing in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review
and Meta-Analysis. JAMA Netw Open. 2025 May 1;8(5):e259375. doi:
10.1001/jamanetworkopen.2025.9375. PMID: 40338546; PMCID:
PMC12062908.

8. Moher D, Shamseer L, Clarke M, Gherzi D, Liberati A, Petticrew M,
Shekelle P, Stewart LA. Preferred reporting items for systematic review
and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. Syst Rev.
2015;4(1):1.

9. Schindler NJ, Zepel L, Maciejewski ML, Hastings SN, Clark A,
Dublin S, Albertson-Junkans L, Pavon JM. Fall Outcomes in Older Adults
Following Benzodiazepine/Z-Drug Discontinuation: A Retrospective
Cohort Study in an Academic Health System. Drugs Aging. 2024
Oct;41(10):809-819. doi: 10.1007/s40266-024-01144-7. Epub 2024 Sep
18. PMID: 39292394; PMCID: PMC12425156.

10. Cuesta-Zigorraga A, Las Hayas Rodríguez C. Co-Creation Study Protocol for Developing a Nurse-Led Intervention to Deprescribe Benzodiazepines and Z-Hypnotics in Primary Care Aimed at Empowering Women. *Health Expect.* 2025 Oct;28(5):e70361. doi: 10.1111/hex.70361. PMID: 40965778; PMCID: PMC12445199.
11. López-Toribio, M., Dalleur, O., Adda, T. *et al.* Mapping care trajectories for hospital-initiated benzodiazepine deprescribing in older adults: a multicentre qualitative study. *BMC Health Serv Res* 25, 1578 (2025). <https://doi.org/10.1186/s12913-025-13725-2>
12. Vaismoradi M, Mardani A, Crespo ML, Logan PA, Sak-Dankosky N. An integrative systematic review of nurses' involvement in medication deprescription in long-term healthcare settings for older people. *Ther Adv Drug Saf.* 2024 Oct 16;15:20420986241289205. doi: 10.1177/20420986241289205. PMID: 39429678; PMCID: PMC11487518.
13. López-Toribio M, Dalleur O, Adda TR, de Saint-Hubert M, Dikeos D, Tsoutsi V, *et al.* Mapping care trajectories for hospital-initiated benzodiazepine deprescribing in older adults: a multicentre qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2025;25:1578. doi:10.1186/s12913-025-13725-2
14. Roncero C, Armenteros L, Bellido-Cambrón C, Bonilla-Guijarro A, Gómez-Cibeira E. Benzodiazepine use in Spain: risks and perspectives on the current situation and proposals for their rational use. *Front Pharmacol.* 2025 May 20;16:1547488. doi: 10.3389/fphar.2025.1547488. PMID: 40463895; PMCID: PMC12130039.
15. Barboza Zanetti MO, Dos Santos I, Durante JC, Varallo FR, Pereira LRL, Miasso AI. Consumption patterns and factors associated with inappropriate prescribing of benzodiazepines in Primary Health Care settings. *PLoS One.* 2024 Sep 4;19(9):e0309984. doi:

10.1371/journal.pone.0309984. PMID: 39231170; PMCID:
PMC11373788.

16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ.2021;372:n71.

17. Elisa Borlini, Alvisa Palese, Stefania Chiappinotto, Chiara Moreal. Resultados de la atención de enfermería y papel de enfermería en el proceso de descripción de benzodiazepinas: una revisión sistemática . PROSPERO 2026 CRD420261345529. Disponible en <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420261345529>.

18. Gabriel SYRIANI, Franquicia Teddy ENDOMBA, Maxime VEROVE. Efectos de la desprescripción de agonistas del receptor de benzodiazepinas (BZRA) en los ancianos: una revisión sistemática de la literatura. PROSPERO 2025 CRD420251056293. Disponible en <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420251056293>.

19.

Anneke Pfläging, Michael,Grözinger. Revisión sistemática y recomendaciones clínicas sobrebenzodiazepinas y flumazenil en terapia electroconvulsiva. PROSPERO 2024

Disponible:<https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD42023459074>

20. Brandt J, Bressi J, Lê ML, Neal D, Cadogan C, Witt-Doerring J, Witt-Doerring M, Wright S. Prescribing and deprescribing guidance for benzodiazepine and benzodiazepine receptor agonist use in adults with depression, anxiety, and insomnia: an international scoping review. EClinicalMedicine. 2024 Mar 13;70:102507. doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102507. PMID: 38516102; PMCID: PMC10955669.

21. Bibliogetafe. Extracción de datos en revisiones sistemáticas: 5 recomendaciones para evitar sesgos [Internet]. Getafe: Bibliogetafe; 2025 [citado 2026 Abr 14]. Disponible en: <https://bibliogetafe.com/2025/06/30/extraccion-de-datos-en-revisiones-sistematicas-5-recomendaciones-para-evitar-sesgos/>
22. López-Toribio M, Dalleur O, Adda TR, de Saint-Hubert M, Dikeos D, Tsoutsis V, et al. Mapping care trajectories for hospital-initiated benzodiazepine deprescribing in older adults: a multicentre qualitative study. BMC Health Serv Res. 2025;25:1578. doi:10.1186/s12913-025-13725-2
23. Soni A, Thiyagarajan A, Reeve J. Feasibility and effectiveness of deprescribing benzodiazepines and Z-drugs: systematic review and meta-analysis. Addiction. 2023 Jan;118(1):7-16. doi: 10.1111/add.15997. Epub 2022 Jul 24. PMID: 35815384.
24. Shuey B , Anderson TS , Park TW. Implementación de la desprescripción de benzodiazepinas en la clínica de atención primaria. JAMA Intern Med. 2026;186(1):120–121. doi:10.1001/jamainternmed.2025.6084
25. Maria Vaz Patto , Nuno Filipe Cardoso Pinto , Filipa Sofia Trigo . Tratamiento del insomnio a largo plazo con benzodiazepinas y enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. PROSPERO 2025 CRD420250641385. Disponible en <https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD420250641385> .

