



Universidad de Costa Rica
Sistema de Estudios de Posgrado
Programa de Posgrado en Especialidades Médicas
Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

**Analizar estrategias de prevención y de abordaje en el trastorno de adicción
a las benzodiazepinas en personas mayores de 60 años
aplicables desde atención primaria**

Tesis sometida a la consideración del programa de estudios de Postgrado de Especialidades Médicas para optar por el grado y título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Estudiante: Andrea García Salas
Tutor: Dra. Alejandra Cascante Gómez
Lectora: Dra. Vanessa Araya Vargas

I semestre 2024

1. Dedicatoria

A Dios primero,

Por darme la oportunidad de poder continuar con mis estudios, por estar en mis momentos más difíciles.

A mis hijos

Jimena e Ián Felipe Calderón García, quienes son mi motor esa fuente de motivación e inspiración y a los cuales les debo cada uno mis éxitos, les dedico con todo mi corazón este logro.

A mi compañero de aventuras en este transitar

Álvaro Calderón Navarrete, quien me acompaño, apoyo durante sus años de vida y siempre, fue y será aún en su ausencia terrenal mi motivo e impulso para seguir adelante.

A mi familia

Quienes han sido mi apoyo incondicional que me ha sostenido en las alegrías y las tristezas.

Gracias, en especial, por el acompañamiento constante, por la paciencia que parece no tener límites y por el amor que ha sido el cimiento de mi existencia.

2. Agradecimiento

A mi tutora de tesis, ***Dra. Alejandra Cascante Gómez***, Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gracias por ser mi tutora de tesis y profesora, por su acompañamiento, enseñanzas, orientación y paciencia en todo este proceso de elaboración del trabajo final de graduación.

A mi lectora de tesis, Dra. ***Vanessa Araya Vargas***, Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Gracias por ser mi lectora de tesis por toda la orientación y aprendizajes compartidos.

A mis **compañeros del posgrado**, compañeros de viaje en este desafío académico. Sus alegrías, su compañerismo y solidaridad han enriquecido mi experiencia de aprendizaje en lo profesional y personal.

“Esta Tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Posgrado **en Medicina Familiar y Comunitaria** de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado y título de Especialista en el Programa de Posgrado de **Medicina Familiar y Comunitaria**”

Dra. Alejandra Cascante Gómez.

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Tutora.

Dra. Vanessa Araya Vargas Médico

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Lectora.

Dra. Flavia Solorzano Morera.

Directora Coordinadora Programa de Posgrado en la Especialidad Medicina Familiar y Comunitaria.

ANDREA GARCIA SALAS (FIRMA) Firmado digitalmente por
ANDREA GARCIA SALAS (FIRMA)
Fecha: 2024.06.19 00:16:13
-06'00'

Dra. Andrea García Salas

Sustentante



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

SEP Sistema de
Estudios de Posgrado

Autorización para digitalización y comunicación pública de Trabajos Finales de Graduación del Sistema de Estudios de Posgrado en el Repositorio Institucional de la Universidad de Costa Rica.

Yo, Andrea García Salas, con cédula de identidad 112730672, en mi condición de autor del TFG titulado Analizar estrategias de prevención y de abordaje en el trastorno de adicción a las benzodiazepinas en personas mayores de 60 años aplicables desde atención primaria

Autorizo a la Universidad de Costa Rica para digitalizar y hacer divulgación pública de forma gratuita de dicho TFG a través del Repositorio Institucional u otro medio electrónico, para ser puesto a disposición del público según lo que establezca el Sistema de Estudios de Posgrado. SI NO *

*En caso de la negativa favor indicar el tiempo de restricción: año (s).

Este Trabajo Final de Graduación será publicado en formato PDF, o en el formato que en el momento se establezca, de tal forma que el acceso al mismo sea libre, con el fin de permitir la consulta e impresión, pero no su modificación.

Manifiesto que mi Trabajo Final de Graduación fue debidamente subido al sistema digital Kerwá y su contenido corresponde al documento original que sirvió para la obtención de mi título, y que su información no infringe ni violenta ningún derecho a terceros. El TFG además cuenta con el visto bueno de mi Director (a) de Tesis o Tutor (a) y cumplió con lo establecido en la revisión del Formato por parte del Sistema de Estudios de Posgrado.

ANDREA GARCIA
SALAS (FIRMA)

Firmado digitalmente por ANDREA
GARCIA SALAS (FIRMA)
Fecha: 2024.06.19 00:00:07 -06'00'

FIRMA ESTUDIANTE

Nota: El presente documento constituye una declaración jurada, cuyos alcances aseguran a la Universidad, que su contenido sea tomado como cierto. Su importancia radica en que permite abreviar procedimientos administrativos, y al mismo tiempo genera una responsabilidad legal para que quien declare contrario a la verdad de lo que manifiesta, puede como consecuencia, enfrentar un proceso penal por delito de perjurio, tipificado en el artículo 318 de nuestro Código Penal. Lo anterior implica que el estudiante se vea forzado a realizar su mayor esfuerzo para que no solo incluya información veraz en la Licencia de Publicación, sino que también realice diligentemente la gestión de subir el documento correcto en la plataforma digital Kerwá.

3. Tabla de contenido

1. Dedicatoria.....	2
2. Agradecimiento	3
3. Tabla de contenido	6
4. Resumen	11
4.1 Introducción	11
5. Abstract	13
5.1 Introduction	13
6. Palabras clave	15
7. Marco Conceptual.....	16
7.1 Introducción	16
7.2 Antecedentes	17
7.2.1 Antecedentes Históricos	17
7.2.2 Antecedentes Internacionales	20
7.2.3 Antecedentes Nacionales	21
7.3 Marco Teórico	22
7.3.1 Definición del Trastorno de Ansiedad Generalizada.....	22
7.3.2 Trastorno de Insomnio	23
7.3.3 Definición de Benzodiazepinas	24
7.3.3.1 Mecanismo de Acción de las Benzodiazepinas.....	25
7.3.3.2 Clasificación de Benzodiazepinas.....	25
7.3.3.3 Inicio de Acción de las Benzodiazepinas.....	26
7.3.3.4 Clasificación de las Benzodiazepinas Según su Vida Media.....	26
7.3.3.4.1 Benzodiazepinas de Vida Media Corta.....	27
7.3.3.4.2 Benzodiazepinas de Vida Media Intermedia.....	27

7.3.3.4.3 Benzodiazepinas de Vida Media Prolongada.	27
7.3.3.5 Indicaciones, Contraindicaciones y Efectos Adversos Benzodiazepinas.	27
7.3.4 Trastornos por Consumo de Sustancias	28
7.3.4.1 Trastorno por Consumo de Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos.	28
7.3.5 El trastorno de Adicción a las Benzodiazepinas	30
7.3.5.1 Factores asociados a dependencia a benzodiazepinas	31
7.3.5.1.1 Tipo de medicamento.	31
7.3.5.1.2. Factores que dependen del Individuo	32
7.3.5.1.3. Factores del Entorno Social	32
7.3.6 Estrategias de prevención en la adicción de benzodiazepinas	33
7.3.6.1 Desprescripción de Benzodiazepinas	34
7.3.6.1.2 Intervenciones para la Desprescripción de Benzodiazepinas.	34
7.3.7 Intervenciones Centradas en el Paciente	35
7.3.8. Definición de Atención Primaria	36
8. Propósito.....	37
8.1 Problema de Investigación	37
8.2 Objetivo General	37
8.3 Objetivos Específicos	38
9. Marco Metodológico.....	38
9.1 Diseño	38
9.2 Palabras Clave.....	38
9.3 Población	39
9.4 Criterios de Inclusión.....	39
9.5 Criterios de Exclusión	40
9.6 Variables	41

9.7 Instrumentos de Recolección	42
9.8 Fases de Realización del Trabajo	42
9.8.1 Etapa 1: Recopilación	42
9.8.2 Etapa 2: Análisis de las Fuentes Seleccionadas	43
10 Resultados y Análisis	44
10.1 Presentación de Resultados	45
10.1.1 Discusión de Resultados.....	45
11. Conclusiones y Recomendaciones	54
11.1 Conclusiones	54
11.2 Recomendaciones	55
11.2.1 Al Nivel Central de la CCSS.....	55
11.2.2 Recomendaciones en atención primaria	56
11.2.3 Al Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria Universidad de Costa Rica ...	58
12 Referencias.....	59
13. Anexos.....	68
13.1 Aprobación TFG.....	86
13.2 Aprobación Protocolo TFG.....	87
13.3 Benzocarta.....	89
13.4 Carta de revisión filológica.....	90

3.1 Índice de tablas

Tabla 1: Variables.....	66
Tabla 2: Nivel de evidencia de los artículos.....	68
Tabla 3: Cronograma para el cumplimiento del objetivo general	91
Tabla 4: Cronograma para el cumplimiento de los objetivos específicos.....	92
Tabla 5: Matriz de artículos	93

3.3 Lista de abreviaturas

APS:	Atención Primaria de Salud
BZD:	Benzodiacepinas
CCSS:	Caja Costarricense del Seguro Social
CICAD:	Comisión Interamericana de Control y Abuso de Drogas
DSM-5:	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (quinta edición)
GABA-A:	Receptores de ácido gamma-aminobutírico tipo A
ICCD:	Instituto Costarricense sobre Drogas
MINSA:	Ministerio de Salud
NHS:	Servicio Nacional de Salud
NIDA:	Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas
OMS:	Organización Mundial de la Salud
TCC:	Terapia Cognitivo-Conductual

4. Resumen

4.1 Resumen

Algunos de los aspectos de mayor relevancia y de impacto significativo para el sistema de salud pública es la adicción a las benzodiazepinas afectando a un número creciente de personas. Estos medicamentos, comúnmente indicados para tratar la ansiedad y los trastornos del sueño, pueden tener un alto potencial adictivo cuando se utilizan de manera incorrecta o durante periodos prolongados, convirtiéndose así en un problema de salud pública a nivel mundial debido al uso indebido.

Entre la clasificación de medicamentos psicotrópicos se encuentran las benzodiazepinas estas actúan sobre el sistema nervioso central. Su efecto principalmente consiste en potenciar la actividad del neurotransmisor inhibitor ácido gamma-aminobutírico (GABA) en el cerebro, dando como resultado efectos ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, relajantes musculares y anticonvulsivos.

Particularmente en el caso de Costa Rica, se ubica como el país centroamericano con la mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes y estimulantes en el último año, según datos de la Comisión Interamericana de Control y Abuso de Drogas (CICAD), según el estudio publicado en 2022 por el Instituto Costarricense sobre Drogas (ICCD), en colaboración con la facultad de farmacia de la Universidad de Costa Rica, se evidencia que las benzodiazepinas son de los psicotrópicos más consumidos entre 2018 y 2021, siendo el Clonazepam la benzodiazepina más prescrita.

La atención primaria es el primer contacto del paciente, donde generalmente se realiza la prescripción de benzodiazepinas. El médico de familia en este contexto, tiene

un rol crucial en la detección y abordaje de la adicción a estas sustancias. Su función incluye educar, informar a los pacientes sobre los riesgos asociados con el uso prolongado o indebido de benzodiazepinas, así como promover y brindar recomendaciones no farmacológicas para tratar los trastornos de ansiedad y sueño. La implicación activa del médico de familia en la educación y orientación de los pacientes es esencial para abordar particularmente entre otros, este problema de salud pública y mejorar el manejo de la dependencia de las benzodiazepinas en la atención primaria.

5. Abstract

5.1 Abstract

Benzodiazepines are a class of psychotropic medications that act on the central nervous system. Its effect mainly consists of enhancing the activity of the inhibitory neurotransmitter GABA (gamma-aminobutyric acid) in the brain, resulting in anxiolytic, sedative, hypnotic, muscle relaxant and anticonvulsant effects.

Benzodiazepine addiction represents a significant health problem, affecting a growing number of people. These medications, commonly indicated to treat anxiety and sleep disorders, can have a high addictive potential when used incorrectly or for prolonged periods, thus becoming a global public health problem due to improper use.

Costa Rica stands out as the Central American country with the highest prevalence of tranquilizer and stimulant consumption in the last year, according to data from the Inter-American Commission on Drug Control and Abuse (CICAD). The study published in 2022 by the Costa Rican Institute on Drugs (ICCD), in collaboration with the Faculty of Pharmacy of the University of Costa Rica, shows that benzodiazepines are one of the most consumed psychotropics in our country between 2018 and 2021, with Clonazepam being the most prescribed benzodiazepine.

Primary care is the patient's first contact, where the prescription of benzodiazepines is generally made. In this context, the family doctor plays a crucial role in detecting and addressing addiction to these substances. Their role includes educating patients about the risks associated with prolonged or misuse of benzodiazepines, as well as promoting and providing non-pharmacological recommendations for treating anxiety and sleep disorders. The active involvement of the family doctor in patient education and

guidance is essential to address this public health problem and improve the management of benzodiazepines in primary care.

6. Palabras clave

Español

“Benzodiacepinas, adicción, dependencia, atención primaria, medicina familiar, prevención, abordaje, ansiedad, prevención, abordaje, educar, psicofármacos, insomnio, ayuda, intervención, decisión compartida, decisión informada, elección y formación”.

Inglés

“Benzodiazepines, addiction, dependence, primary care, family medicine, prevention, approach, anxiety, prevention, approach, educate, psychotropic drugs, insomnia, help, intervention, shared decision, informed decision, choice and training”.

7. Marco Conceptual

7.1 Introducción

A lo largo de los años los avances científicos han descubierto, diferentes medicamentos que le permiten a las personas mejorar la calidad de vida, sin embargo, es fundamental tener claro que algunos pueden tener efectos secundarios.

Para efectos de esta investigación se hace referencia que las benzodiazepinas (BZD) son una clase de medicamentos psicotrópicos que actúan sobre el sistema nervioso central. Su efecto principalmente consiste en potenciar la actividad del neurotransmisor inhibitorio ácido gamma-aminobutírico (GABA) en el cerebro, lo que resulta en efectos ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, relajantes musculares y anticonvulsivos. Las BZD constituyen uno de los fármacos más prescritos en la práctica médica debido a su eficacia y rápido inicio de efecto terapéutico, particularmente en la población adulta mayor se presenta como parte de sus problemas médicos principales la dependencia de las benzodiazepinas, las cuales encabezan la lista de fármacos más vendidos en el mundo. (Fernández et al, 2020).

Sin embargo, según Trevor (2018) ha demostrado que el uso prolongado de estos medicamentos puede llevar al desarrollo de dependencia, caracterizada por síntomas de tolerancia y abstinencia, pero también por aspectos subjetivos como la búsqueda de recompensa por los efectos placenteros, la compulsión hacia el consumo y el temor a los síntomas de abstinencia.

Por otro lado, se debe valorar tal y como lo señala Cruz y Vigoa (2021) “la posibilidad de presentar síntomas de abstinencia permite apreciar otras dimensiones que podrían facilitar la detección oportuna de la dependencia” (pág. 4).

En tal sentido, a nivel preventivo, se han venido implementado diversas campañas de educación dirigidas a profesionales de la salud, pacientes y la comunidad en general sobre los riesgos asociados con el uso prolongado de benzodiazepinas. Estas iniciativas incluyen la difusión de materiales educativos a diferentes grupos etarios cuyo objetivo es informar sobre los efectos secundarios, la dependencia y las alternativas de tratamiento disponibles. Además, se han establecido sistemas de monitoreo y control de prescripciones para identificar patrones de prescripción inadecuados y abordar posibles abusos.

Es fundamental destacar la importancia en la identificación temprana de la dependencia con el objetivo, de mejorar las prácticas de prescripción y ofrecer otras opciones de tratamiento que son esenciales para abordar de manera efectiva la adicción a benzodiazepinas y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen de ahí la importancia de un abordaje y acompañamiento por lo que se considera crucial un abordaje multidisciplinario para proporcionar un manejo integral, la atención centrada en el paciente, como la entrevista personalizada y el seguimiento farmacoterapéutico a largo plazo, la identificación de duplicidades de recetas, reacciones adversas e interacciones medicamentosas, así como la evaluación de la eficacia del tratamiento, la implementación de medidas no farmacológicas como la terapia conductiva - conductual, terapias de grupo que han resultado efectivas en el tratamiento de la adicción a benzodiazepinas.

7.2 Antecedentes

7.2.1 Antecedentes Históricos

La utilización de las Benzodiazepinas se ha evidenciado a través tiempo en diferentes productos farmacéuticos, según Calvo:

Antes de las irrupciones estelares del Prozac (1987) y el Viagra (1998) en la escena de la farmacología mundial, la promesa más grande de felicidad en cápsulas eran las “benzo”, drogas sedantes utilizadas para tratar la ansiedad y el insomnio, que reinaron en solitario durante tres décadas.

Se destaca, además, los estudios realizados por el químico Leo Sternbach en 1930, quien sintetizó una serie de tinturas entre las que se encontraban las primeras benzodiazepinas. Seguramente no imaginó que la fabricación de estos compuestos causaría, treinta años más tarde, una verdadera revolución en el área de la medicina psiquiátrica y tendría un tremendo impacto para la industria farmacológica.

En 1955, Sternbach se convirtió en uno de los más altos científicos reconocidos de los laboratorios de investigación de la empresa Hoffmann-La Roche en Nueva Jersey (Estados Unidos), conocida como “Roche”, examinando para esa época las propiedades de un grupo enorme de sustancias con la intención de conseguir drogas con propiedades tranquilizantes, considerando prescindir de varias sustancias que habían dado resultados negativos, entre las que estaban las antiguas preparaciones de benzodiazepinas, para sus estudios las testeó nuevamente sobre animales de experimentación dando como resultado que la inyección de benzodiazepinas produjo un fuerte efecto sedante en los roedores, probablemente debido a la elección de una dosis más alta que la usada anteriormente.

A partir de este descubrimiento, que fue asumido públicamente como accidental, la empresa patentó inmediatamente la invención de las benzodiazepinas y agilizó los ensayos en humanos para que se autorizara la

venta. La primera molécula comercializada fue el Librium (clordiazepóxido) en 1960, a la que le siguió el Valium (diazepam) en 1963, luego se les sumaron más de treinta compuestos hermanos. Entre los más difundidos están el Rohypnol (flunitrazepam), el Ativan (lorazepam), el Xanax (alprazolam), el Klonopin y el Rivotril (ambos clonazepam) (2018).

En 1977, las benzodiazepinas se convirtieron en los medicamentos más prescritos a escala mundial. Actualmente en la práctica clínica, las benzodiazepinas continúan siendo los tranquilizantes más recetados y vendidos del mundo (Lader, 2014, como se citó Calvo, 2018).

Diversos estudios e investigaciones en el campo han demostrado que en los últimos años el consumo de benzodiazepinas se ha ido incrementando. El problema radica en que la utilidad terapéutica de estos medicamentos está más que demostrada dentro de un rango terapéutico y por un tiempo limitado. Por lo que en algunas ocasiones este uso puede llegar a convertirse en un trastorno por consumo de sustancias per se.

La evolución en la percepción y manejo de estos medicamentos refleja la complejidad de balancear sus beneficios terapéuticos con los riesgos asociados a la dependencia. Según datos estadísticos, el incremento en el consumo se ha visto evidenciado en el número de recetas prescritas a nivel mundial, hasta el año 2016, observándose un ligero descenso en los años 2017 y 2018.

Es importante detenerse a analizar la causa de este incremento, situaciones de stress, incremento de la ansiedad, baja tolerancia a la frustración o pobreza de recursos personales para afrontar problemas (Álvarez et al., 2019, p. 25).

7.2.2 Antecedentes Internacionales

A nivel mundial, se destaca los aportes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual entre otros ha emitido una serie de directrices destinadas a promover el uso racional de los psicotrópicos, incluidas las benzodiacepinas. Estas directrices se centran principalmente no solo en una adecuada prescripción médica, sino que, además, destaca la importancia de la monitorización del uso a largo plazo de las benzodiacepinas y la educación tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes sobre los riesgos asociados con su uso prolongado. Además, la OMS ha desarrollado una serie de recursos y herramientas que permitan para ayudar a los países a implementar políticas, programas de prevención y tratamiento de los trastornos por uso de sustancias, lo que incluye además la adicción a las benzodiacepinas.

Por otro lado, el Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA) en los Estados Unidos ha producido una amplia gama de recursos educativos y de investigación centrados en el abuso de benzodiacepinas y su tratamiento. Estos recursos incluyen guías clínicas para profesionales de la salud, materiales educativos dirigidos a pacientes y sus familias, así como datos de investigación sobre la eficacia de diferentes enfoques terapéuticos, también financia investigaciones para desarrollar tratamientos farmacológicos y psicosociales para la adicción a las benzodiacepinas, así como estudios epidemiológicos para comprender mejor la prevalencia y los factores de riesgo asociados con esta adicción.

En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud (NHS) ofrece orientación sobre el uso seguro y adecuado de las benzodiacepinas a través de sus directrices clínicas y recursos educativos tanto para profesionales de la salud como para pacientes. Estos recursos están diseñados para informar sobre los riesgos asociados con el uso a largo plazo de benzodiacepinas y para promover prácticas de prescripción responsables.

Además, el NHS proporciona servicios de tratamiento y apoyo para personas que luchan contra la adicción a las benzodiazepinas, que pueden incluir desintoxicación supervisada, terapia cognitivo-conductual y grupos de apoyo.

En Centroamérica, los países han venido trabajando en conjunto para abordar los problemas de adicción a sustancias psicotrópicas, incluidas las benzodiazepinas promoviendo campañas de sensibilización a nivel regional, con el objetivo de educar a la población sobre los riesgos asociados con el consumo de estas sustancias y fomentar un uso responsable de los medicamentos.

7.2.3 Antecedentes Nacionales

En Costa Rica, la cantidad de investigaciones específicas sobre prescripción de psicotrópicos es insuficiente, sin embargo, como antecedente a esta investigación destacan dos estudios realizados por Cubero, Rojas, Campos y Hernández (2018).

La primera investigación la constituye una descripción exploratoria de las prescripciones de clonazepam a nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en el periodo 2011-2018, donde se encontró que un 33.9% de las prescripciones de benzodiazepinas el más prescrito fue el clonazepam y fueron para hombres.

La segunda investigación, fue realizada con la misma metodología, abarcando la prescripción de benzodiazepinas y barbitúricos en el mismo periodo del estudio precitado 2011-2015. Los resultados fueron: un aumento en el consumo de estas drogas en relación con el inicio del estudio, con mayor prevalencia en mujeres y en personas al final de su ciclo productivo aumentando considerablemente alrededor de los 70 años de edad,

por lo que el equipo investigador recomienda monitorización estrecha y continua de los pacientes usuarios para favorecer el uso racional. (Cubero Alpizar et al., 2020)

Además, a nivel nacional, el Ministerio de Salud (MINSA) tiene un rol importante y central en la formulación, así como en la ejecución de políticas en este ámbito y con la implementación de la receta electrónica digital por parte del Colegio de Farmacéuticos se ha logrado tener un control más estricto y eficiente sobre el despacho de los psicotrópicos y estupefacientes.

7.3 Marco Teórico

7.3.1 Definición del Trastorno de Ansiedad Generalizada

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, (DSM-5), se entiende como Trastorno de Ansiedad Generalizada lo siguiente:

- A. Se refiere a un exceso de ansiedad y preocupación (anticipación ansiosa) que persiste durante al menos seis meses en relación con diversos acontecimientos o actividades, como el trabajo o los estudios.
- B. Implica dificultad para controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación están asociadas a al menos tres de los seis síntomas siguientes, y algunos de estos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes en los últimos seis meses: inquietud o

sensación de estar atrapado, fatiga fácil, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño.

- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar o deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes.
- E. La afección no se debe a los efectos fisiológicos de sustancias (p. ej., drogas, medicamentos) ni a otras afecciones médicas.
- F. La afección no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social [fobia social], contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante) (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pp. 137-138)

7.3.2 Trastorno de Insomnio

El Trastorno de Insomnio se puede definir como:

- A. Insatisfacción persistente con la cantidad o calidad del sueño, acompañada de al menos uno de los siguientes síntomas: dificultad para conciliar el sueño, mantenerlo o despertar temprano sin poder volver a dormir

- B. El trastorno del sueño causa angustia clínicamente significativa o afecta el funcionamiento en áreas como las sociales, laborales, educativas, de comportamiento u otras importantes.
- C. Los problemas de sueño ocurren al menos tres noches a la semana.
- D. Los problemas de sueño persisten durante un mínimo de tres meses.
- E. Los problemas de sueño se presentan a pesar de contar con condiciones favorables para dormir.
- F. El insomnio no se debe a otro trastorno del sueño-vigilia, como narcolepsia, trastornos relacionados con la respiración, trastornos del ritmo circadiano de sueño-vigilia o parasomnias.
- G. El insomnio no se debe a los efectos fisiológicos de sustancias, como drogas o medicamentos.
- H. La presencia de trastornos mentales o afecciones médicas no justifica adecuadamente la prevalencia del insomnio. (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, p. 203)

7.3.3 Definición de Benzodiacepinas

Las benzodiazepinas (BZD) son medicamentos psicotrópicos, que actúan sobre el sistema nervioso central. Su efecto principalmente consiste en potenciar la actividad del neurotransmisor inhibitor GABA en el cerebro, lo que resulta en efectos ansiolíticos, sedantes, hipnóticos, relajantes musculares y anticonvulsivos.

7.3.3.1 Mecanismo de Acción de las Benzodiazepinas. Las benzodiazepinas actúan sobre el receptor GABA, siendo este un neurotransmisor cuya función es crear un efecto relajante, tranquilizante y o sedante en el cerebro reduciendo la transmisión de impulsos nerviosos entre las células. (Bastardas, 2019).

El neurotransmisor GABA , tiene un efecto inhibitor en el organismo, es decir, hace que las células ralenticen la velocidad de comunicación entre sí o dejen de transmitir información. La mayoría de las neuronas, reaccionan a este receptor, por lo que, tras potenciar su acción en el cerebro con el fármaco, el receptor GABA ejerce un efecto relajante en todo el organismo, ejerciendo un efecto depresor. Por este motivo, se reducen los niveles elevados de ansiedad, lo que conduce a una mayor relajación muscular y a la hipnosis

Su descubrimiento a principios de los años 60 supuso un gran avance en el tratamiento de la ansiedad, rápidamente se convirtieron en el fármaco de elección para los trastornos de ansiedad y también como hipnótico.

Aunque se trata de un grupo farmacológico que funciona muy bien, las benzodiazepinas tienen efectos secundarios y riesgos que el paciente debe conocer. Sin embargo, con una administración prolongada se puede provocar dependencia y tolerancia. (Bastardas, 2019).

7.3.3.2 Clasificación de Benzodiazepinas. Las benzodiazepinas se clasifican en función de dos tipos: Inicio de Acción y Vida Media.

7.3.3.3 Inicio de Acción de las Benzodiazepinas. El inicio de acción de las BZD, se refiere al tiempo que transcurre desde que se administra hasta que esté se alcanza su concentración máxima en el cuerpo y comienza a ejercer su efecto terapéutico. Esto es una variable temporal y que puede variar según múltiples factores, dentro de los que se incluyen la presentación farmacéutica, la vía de administración y su capacidad para atravesar la barrera hematoencefálica.

La clasificación basada en esta variable distingue tres tipos de benzodiazepinas. (Bastardas, 2019)

- **Inicio de acción rápido:** la concentración máxima del ingrediente activo se produce en una hora. (Bastardas, 2019). Tienen un inicio de acción rápido con una duración de efecto corta. Como ejemplo tenemos el clonazepam y el diazepam.
- **Inicio medio:** la concentración máxima del fármaco se alcanza después de una a dos horas. (Bastardas, 2019). Tienen un inicio de acción moderado con una duración de efecto intermedia. Dentro de ellas se incluyen el midazolam, el lorazepam y el alprazolam.
- **Inicio lento:** la concentración máxima del fármaco se alcanza después de dos horas o más. (Bastardas, 2019). Aún su inicio de acción es más lento tiene una duración de efecto más larga. Por ejemplo, el Oxacepam.

7.3.3.4 Clasificación de las Benzodiazepinas Según su Vida Media. La Vida Media indica el tiempo necesario para que el fármaco sea metabolizado y eliminado del cuerpo y está influenciada por diversos factores como la metabolización del fármaco, su capacidad de disolverse en grasas, la presencia de metabolitos activos y la

proporción de grasa corporal. A partir de esta variabilidad en la eliminación, se pueden distinguir tres categorías de benzodiazepinas. (Bastardas, 2019).

7.3.3.4.1 Benzodiazepinas de Vida Media Corta. Este grupo comprende aquellas cuya vida de eliminación es de seis horas o menos. Son especialmente útiles en situaciones de ansiedad aguda, insomnio ocasional o como relajantes musculares temporales debido a su rápida acción. Sin embargo, su corta duración de acción puede llevar a la dependencia si se usan de manera prolongada sin supervisión médica. (Bastardas, 2019). Por ejemplo, el Midazolam.

7.3.3.4.2 Benzodiazepinas de Vida Media Intermedia. La vida media de eliminación que oscila entre las seis y las veinticuatro horas. Esta duración intermedia de acción puede disminuir el riesgo de abuso, ya que sus efectos perduran más tiempo. (Bastardas, 2019). Por ejemplo, el Alprazolam y el Lorazepam.

7.3.3.4.3 Benzodiazepinas de Vida Media Prolongada. Tienen una vida de eliminación de más de veinticuatro horas, lo que las hace adecuadas para el tratamiento a largo plazo de la ansiedad. Aunque su acción prolongada puede ser beneficiosa, también aumenta el riesgo de acumulación en el cuerpo, lo que puede provocar efectos secundarios graves. (Bastardas, 2019). Un ejemplo es el Diazepam.

7.3.3.5 Indicaciones, Contraindicaciones y Efectos Adversos de las Benzodiazepinas. Las aplicaciones principales de las benzodiazepinas son muy variadas. Se prescriben para tratar trastornos de ansiedad, insomnio, inducir amnesia, crisis convulsivas, agitación. Los efectos secundarios comunes, aunque no

exclusivamente, abarcan: depresión respiratoria, somnolencia, confusión, dolor de cabeza, desmayos, náuseas, vómitos, diarrea y temblores. Las principales contraindicaciones para el uso de benzodiacepinas son la hipersensibilidad a estos fármacos y el glaucoma de ángulo cerrado. (Bounds, 2021).

Se ha establecido que su uso debe ser limitado a un período corto, máximo de 4 semanas, aunque algunos profesionales han extendido este límite hasta 12 semanas en casos de insomnio resistente al tratamiento. Es importante señalar que en algunas situaciones se recomienda evitar la prescripción de benzodiacepinas, debido a posibles riesgos. Estas condiciones incluyen a adultos mayores, personas con trastorno de estrés postraumático, apnea obstructiva del sueño, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), depresión mayor y aquellas en las que se utiliza simultáneamente otros medicamentos depresores del sistema nervioso central (SNC) como alcohol, opioides, neurolépticos, entre otros (Guina & Merrill, 2018), de ahí la importancia de evaluar los beneficios en el uso de las benzodiacepinas en cada caso clínico en particular.

7.3.4 Trastornos por Consumo de Sustancias

El abuso y mal uso de sustancias puede presentarse de distintas maneras, ya sea como una condición coexistente con los trastornos por consumo de sustancias. Existen múltiples razones detrás del consumo de sustancias entre ellas: experimentar sensaciones placenteras, aliviar la ansiedad o el dolor, mejorar su funcionamiento cotidiano, por curiosidad y para socializar. Estos motivos pueden influir en el desarrollo y la persistencia de los problemas relacionados con el consumo de sustancias, y es importante abordarlos de manera integral en cualquier estrategia de tratamiento.

7.3.4.1 Trastorno por Consumo de Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos. El consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses. (American Psychiatric Association, 2014).

Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.

Deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.

Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; desatención de los niños o del hogar).

Consumo continuado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej. discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).

El consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.

Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p. ej. cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por los sedantes, los hipnóticos o los ansiolíticos).

Se continúa con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente, probablemente causado o exacerbado por ellos.

Tolerancia, definida por alguno de los hechos siguientes:

- a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
- b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un sedante, un hipnótico o un ansiolítico.

Abstinencia, manifestada por alguno de los hechos siguientes:

- a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
- b. Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (o alguna sustancia muy similar, como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia (American Psychiatric Association, 2014, p.p 445-446).

Clasificación según la gravedad actual de síntomas:

- Leve: Presencia de 2–3 síntomas.
- Moderado: Presencia de 4–5 síntomas.
- Grave: Presencia de 6 o más síntomas. (American Psychiatric Association, 2014)

7.3.5 El Trastorno de Adicción a las Benzodiazepinas

El trastorno de adicción a las benzodiazepinas se presenta cuando una persona desarrolla una dependencia física y psicológica a estos medicamentos. Dentro de los síntomas se pueden mencionar:

- Tolerancia.
- Dependencia física.
- Dependencia emocional.
- Uso inapropiado.
- Uso compulsivo.

7.3.5.1 Factores Asociados a Dependencia a Benzodiazepinas. Según el análisis bibliográfico, se identifican que existen diversos factores asociados que se interrelacionan para actuar en conjunto y determinar si una persona puede llegar ser dependiente de un medicamento, en este caso en particular de benzodiazepinas, las cuales se pueden categorizar según se menciona en el artículo denominado: Factores de riesgo en el abuso y la dependencia a benzodiazepinas el cual las categoriza según se describen seguidamente:

- Tipo de medicamento.
- Factores que dependen del individuo.
- Factores del entorno social.

7.3.5.1.1 Tipo de Medicamento. a) Propiedades intrínsecas del fármaco: varían considerablemente la capacidad de producir efectos placenteros y sensaciones de bienestar, euforia, elación y aumento de energía, tienen mayor probabilidad de que los seres humanos las usen en forma repetidamente en el caso de las benzodiazepinas.

Por lo que, las propiedades intrínsecas del fármaco son el mayor determinante de si se abusa o no de una sustancia.

b) Factores cinéticos: es una variable que tiene influencia en el abuso, tal es el caso de las benzodiazepinas en que aquellas benzodiazepinas que son más lipofílicas que se absorben rápidamente, tienen una mayor probabilidad de ser abusadas al contrario de las que se absorben más lentamente.

c) Disponibilidad: esta otra variable influye en el abuso es la facilidad de acceso con que las personas las pueden obtener.

7.3.5.1.2. Factores que Dependen del Individuo. a) Biológicos: los efectos de los medicamentos varían considerablemente entre individuos, así mismo en los niveles sanguíneos varían cuando se da la misma dosis del medicamento a personas diferentes. La genética de una persona incide como otro factor importante, la cantidad de fármaco que un individuo metaboliza está determinada genéticamente.

b) Edad según la bibliografía han mostrado que, las personas adultas mayores pues usan una mayor cantidad de las benzodiazepinas, existiendo una alta prevalencia del insomnio.

c) Comorbilidad personas con trastorno de insomnio, trastornos psiquiátricos de ansiedad, depresión, su uso se puede dar por experimentación, encontrando alivio de sus síntomas.

7.3.5.1.3. Factores del Entorno Social. a) Influencias Culturales y Sociales: las actitudes culturales, las presiones sociales y la disponibilidad de las drogas son factores asociados que influyen en la dependencia de benzodiazepinas.

b) Acceso y Prescripción: el acceso fácil y la prescripción inapropiada de las benzodiazepinas pueden aumentar el riesgo de dependencia a las benzodiazepinas, por otro lado, de debe mencionar además la presión de los pacientes para obtener

medicamentos, la carencia de tener programas de que permitan brindar educación con relación al uso adecuado a estos medicamentos incide la dependencia.

c) Influencia del Mercado Negro: la venta en forma ilegal de este medicamento, facilita a personas vulnerables el acceso y al abuso a esta sustancia, dándose un uso recreativo lo que también contribuye a incrementar el problema de dependencia.

7.3.6 Estrategias de prevención en la adicción de benzodiazepinas

A continuación, se presentan diferentes acciones que permite prever las adicciones de Benzodiazepinas

- Se debe obtener una evaluación médica exhaustiva y precisa de la condición, de preferencia realizada por un psiquiatra especializado.
- Establecer metas de tratamiento con una duración específica, idealmente inferior a seis semanas. Se ha demostrado que una intervención simple, como proporcionar al paciente un plan por escrito para la retirada de benzodiazepinas, resultó en una tasa de abandono del consumo del 45% a los 12 meses, en comparación con el 15% habitual (según el Boletín Farmacoterapéutico de Navarra, 2014).
- Evitar la combinación de múltiples benzodiazepinas.
- Considerar opciones terapéuticas alternativas a las benzodiazepinas en pacientes con historial de adicciones o consumo de alcohol, debido al riesgo de potenciar el efecto depresor y aumentar la probabilidad de desarrollar una adicción, entre ellas:

- Suspender o reemplazar la medicación si surgen efectos adversos o si se requieren dosis crecientes debido a la tolerancia desarrollada.
- Evitar el uso simultáneo con otros depresores del Sistema Nervioso Central, como el alcohol, y con estimulantes como la cafeína, que podrían contrarrestar sus efectos. (López, 2021)

7.3.6.1 Desprescripción de Benzodiazepinas. Se refiere al procedimiento de revisión de la prescripción de medicamentos que implica ajustar las dosis, reemplazar o eliminar ciertos fármacos y agregar otros. En el caso de las benzodiazepinas (BZD) es crucial llevar a cabo un proceso de diálogo con el paciente para que comprenda la importancia de discontinuar el tratamiento, ya que los riesgos superan a los beneficios. (Canales & Fernández, 2023)

7.3.6.1.2 Intervenciones para la Desprescripción de Benzodiazepinas.

Intervención de Mínima. Implica entregar una carta personalizada a los pacientes que utilizan benzodiazepinas de forma prolongada, la cual debe contener información detallada sobre los posibles efectos secundarios. Esta carta también debe incluir una recomendación para la retirada gradual del medicamento, junto con un plan específico para reducir la dosis. (Canales & Fernández, 2023).

- **Intervención "Estructurada".** Implica una entrevista detallada con el personal médico para informar sobre los efectos adversos asociados con el uso prolongado de benzodiazepinas, abordando conceptos como dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y síntomas de retirada. Se enfatiza la importancia de una retirada gradual y se establece un seguimiento regular para mantener la motivación del paciente y evaluar su progreso. (Canales & Fernández, 2023)

- **Intervención "Reforzada"**. Combina psicoterapia y medicamentos. En el ámbito de la psicoterapia, se lleva a cabo una entrevista estructurada siguiendo una estrategia de retirada basada en la terapia cognitivo-conductual, que se centra en identificar y corregir patrones de comportamiento disruptivos relacionados con el consumo de benzodiazepinas. Aunque se pueden agregar fármacos como apoyo, actualmente no existe suficiente evidencia para recomendar su uso generalizado en este contexto. (Canales & Fernández, 2023)

7.3.7 Intervenciones Centradas en el Paciente

- **La entrevista personalizada**. La entrevista personalizada como intervención en pacientes adictos a las Benzodiazepinas se define como un enfoque que se centra en la individualización del tratamiento y la atención a las necesidades específicas de cada persona. Esta metodología implica una interacción personalizada entre el profesional de la salud y el paciente, con el propósito de identificar de manera precisa las características personales, necesidades y preferencias del individuo para adaptar el tratamiento de manera óptima. (Armas, et. al, 2023)
- **Terapia Conductual - Cognitiva**. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es una terapia psicológica que se enfoca en cambiar patrones de pensamiento y comportamientos negativos para mejorar los problemas emocionales y de comportamiento. La TCC se basa en la interconexión entre pensamientos, emociones y comportamientos, enfatizando la capacidad de cambiar el pensamiento y las acciones para mejorar la salud mental. (Blua, 2021)
- **Definición de Benzocarta**. La "Benzocarta" es una intervención mínima diseñada para la desprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio. Consiste

en el envío de una carta personalizada a los usuarios de benzodiazepinas, con el objetivo de reducir su consumo. Esta estrategia implica proporcionar información detallada sobre los efectos adversos del consumo prolongado de benzodiazepinas y recomendar la interrupción de su uso, acompañada de un protocolo de reducción gradual de la dosis. (Bueno et al., 2020)

7.3.8. Definición de Atención Primaria

La Atención Primaria de Salud (APS), en la Conferencia Internacional de Salud realizada según la declaración Alma – ATA, URSS se define como:

La APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnología prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: educación sobre los principales problemas de salud, promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico, asistencia materno infantil, planificación familiar, inmunización, prevención y lucha contra enfermedades endémicas, tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes, y el suministro de medicamentos esenciales. (Organización Panamericana de Salud [OPS], 1978)

La APS es el primer punto de contacto entre individuos, familias y comunidades con el sistema de salud nacional, buscando llevar la atención médica lo más cerca posible

de su entorno cotidiano. Es una parte esencial tanto del sistema de salud como del desarrollo social y económico de la comunidad, fundamentada en los principios de equidad, accesibilidad y calidad en la atención. (Vargas, 2006)

El propósito de la APS es proporcionar cuidados completos y continuos, priorizando la prevención, la promoción de la salud y el manejo de enfermedades crónicas. Sin limitarse al ámbito primario o de primer nivel, la APS constituye una estrategia adaptable a todos los niveles de atención, desde la atención primaria hasta los servicios especializados de la atención terciaria. (Vargas, 2006).

8. Propósito

8.1 Problema de Investigación

Ante el incremento en la adicción a las benzodiazepinas en los adultos mayores que las utilizan para compensar algún tipo de trastorno, se pretende hacer los análisis aplicables desde la atención primaria. De manera que se puedan dar respuesta ante el cuestionamiento sobre: ¿Qué tipos de estrategias de prevención y de abordaje en el trastorno de adicción a las benzodiazepinas en personas mayores de 60 años, pueden ser aplicables desde atención primaria?

8.2 Objetivo General

Analizar la literatura para identificar los factores de riesgo asociado a la adición de benzodiazepinas, así como las diferentes estrategias de prevención y abordaje para proponer recomendaciones en atención primaria.

8.3 Objetivos Específicos

1. Identificar factores de riesgo asociados a la adicción descritos en la literatura que influyen en la adicción a benzodiazepinas en atención primaria.
2. Analizar diferentes estrategias y su impacto en la prevención y abordaje de la adicción a las benzodiazepinas.
3. Proponer recomendaciones basadas en evidencia para la prevención y abordaje del trastorno de adicción a las benzodiazepinas en atención primaria.

9.Marco Metodológico

9.1 Diseño

El presente documento de investigación pertenece al grupo de estudios no experimentales, descriptivos, sistemático de revisión bibliográfica. Se emplearon bases de datos científicas como: PUBMED, Cochrane, Scielo y LILACS.

9.2 Palabras Clave

En español: “Benzodiacepinas, adicción, dependencia, atención primaria, medicina familiar, prevención, abordaje, ansiedad, prevención, abordaje, educar, psicofármacos, insomnio, ayuda, intervención, decisión compartida, decisión informada, elección y formación”.

En Inglés: “Benzodiazepines, addiction, dependence, primary care, family medicine, prevention, approach, anxiety, prevention, approach, educate, psychotropic drugs, insomnia, help, intervention, shared decision, informed decision, choice and training”.

9.3 Población

La población esta circunscrita a hombre y mujeres en un rango de edad mayor o igual a 60 años.

9.4 Criterios de Inclusión

1. Artículos en idioma español e inglés
2. Artículos que incluyan las palabras clave.
3. Artículos que contengan las palabras claves.
4. Artículos que aborden estrategias de prevención y abordaje en el trastorno de adicción a las benzodiazepinas.

5. Estudios en personas igual o mayores de 60 años.
6. Investigaciones que propongan intervenciones aplicables desde el ámbito de la atención primaria.
7. Artículos publicados en revistas científicas o académicas en los últimos 10 años.
8. Artículos que contengan temas relacionados a la adicción a benzodiazepinas.

9.5 Criterios de Exclusión

1. Estudios con pacientes con abuso a más de una sustancia psicoactiva.
2. Artículos no relacionados con adicción a benzodiazepinas en personas con igual o mayor a 60 años, o sobre adicciones en grupos de edad más jóvenes.
3. Artículos con intervenciones o tratamientos que no estén directamente relacionados con la adicción a benzodiazepinas.

9.6 Variables

Tabla 1: Variables

Objetivo	Categoría de análisis	Definición conceptual	Definición instrumental	Definición operacional
Identificar factores de riesgo asociados a la adicción descritos en la literatura que influyen en la adicción a benzodiazepinas en atención primaria.	Adicción a benzodiazepinas en atención primaria	Las Benzodiazepinas (BZ) son fármacos muy versátiles, su prescripción puede buscar efectos: ansiolíticos, hipnóticos, anti convulsionantes y relajantes musculares.	Recopilación de datos en búsquedas bibliográficas.	Revisiones Sistemáticas sin metaanálisis.
Analizar diferentes estrategias y su impacto en la prevención y abordaje de la adicción a las benzodiazepinas	Adicción a benzodiazepinas en atención primaria	El uso de Benzodiazepinas por tiempo prolongado es prevalente en la población esta situación permite que muchos pacientes desarrollen efectos adversos no beneficiosos y dependencia.	Recopilación de datos en búsquedas bibliográficas.	Revisiones Sistemáticas sin metaanálisis.
Proponer recomendaciones basadas en evidencia para la prevención y abordaje del trastorno de adicción a las benzodiazepinas en atención primaria	Adicción a benzodiazepinas en atención primaria	El contacto inicial del médico con el paciente puede iniciar con alguno de los dos externando la necesidad o deseo de cesar el uso de BZ	Recopilación de datos en búsquedas bibliográficas.	Revisiones Sistemáticas sin metaanálisis.

9.7 Instrumentos de Recolección

Se considerarán los estudios e investigaciones publicados entre el 1 de enero de 2014 y el 1 de diciembre de 2023, para incluir las investigaciones más actualizadas, se incluyó publicaciones relevantes fuera de este cronograma cuando se identificaron a partir de las referencias.

Se realizó una síntesis de los hallazgos en un documento de Microsoft Excel para facilitar la lectura y documentar según las clasificaciones establecidas por la autora correlaciones entre estos.

9.8 Fases de Realización del Trabajo

9.8.1 Etapa 1: Recopilación

Como primer punto se utilizó para la revisión los objetivos generales y específicos para dirigir el enfoque de la investigación.

La búsqueda bibliográfica se confeccionó de manera direccionada en las diferentes bases de datos antes expuestas. Se utilizó principalmente la base de datos Pubmed para la investigación de las fuentes en inglés y Scielo, LILACS y fuentes de internet para la bibliografía en español.

Se utilizaron operadores booleanos OR, AND y NOT en combinaciones estratégicas de las palabras clave, tanto en inglés como en español. Posteriormente se seleccionaron estudios según título y abstract, se eliminaron los estudios duplicados y se seleccionaron aquellos estudios que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión establecidos y cuyo texto completo pudiera obtener el acceso para su revisión.

Además, durante la selección de la literatura se utilizó la técnica de “Snow Ball” revisando artículos citados y recomendados dentro de los artículos seleccionados.

9.8.2 Etapa 2: Análisis de las Fuentes Seleccionadas

- Una vez identificados los artículos se procedió a organizarlos en una matriz de análisis según su tipo y nivel de evidencia utilizando la escala de Oxford de niveles de evidencia y grado de recomendación (OCEM, 2011)
- La descripción y discusión se realizó según las categorías de revisión
- Exposición de conclusiones y recomendaciones.

Tabla 2: Nivel de evidencia de los artículos

Clasificación de artículos	Nivel de evidencia	Artículos incluidos
Metaanálisis y revisiones sistemáticas de ensayos clínicos controlados aleatorizados	I-a	3
Ensayo clínico controlado aleatorizado (con IC estrecho)	I-b	3
Estudios de “todo o nada”	I-c	0
Revisión sistemática de estudios de cohorte, con homogeneidad	II-a	4
Estudio de cohorte o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad	II-b	3
Estudio de investigación de resultados en salud	II-c	4
Revisión sistemática de estudios de casos controles y estudios retrospectivos	III-a	2
Estudio individual de casos-controles y estudios retrospectivos	III-b	3
Estudios de serie de casos, cohortes de baja calidad y estudios de casos y controles	IV	3
Opinión de expertos	V	6
Total		31

10 Resultados y Análisis

Antes de tomar la decisión prescribir benzodiazepinas, es importante valorar al paciente de forma minuciosa para identificar factores de riesgo, enfermedades concomitantes, buscar posibles causas que pudieran desencadenar un cuadro ansioso o de insomnio.

La prescripción de benzodiazepinas es más elevada en adultos mayores de 65 años, esto puede deberse a que con la edad se presenta con frecuencia insomnio y trastornos de ansiedad, lo cual hace muy necesario una monitorización continua que favorezca un uso adecuado de estos fármacos por ser más sensibles a sus efectos adversos, se debe estar alerta del riesgo por deterioro cognitivo, las caídas y fractura, debido a los efectos secundarios.

Los efectos secundarios adversos del uso prolongado de benzodiazepinas son bien conocidos, sigue siendo difícil implementar intervenciones para su interrupción en la atención primaria. Teniendo en cuenta el éxito de la atención combinada para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y trastornos del sueño basado en un enfoque de atención integral, que involucre otros profesionales como psicólogos y trabajadores sociales además de grupos de apoyo, consultas de monitorización y seguimiento con el médico general .

A lo largo de la historia, el diazepam ha sido una de las benzodiazepinas más prescritas a nivel mundial. No obstante, su uso ha disminuido en comparación con otras benzodiazepinas como el alprazolam y el clonazepam, que suelen ser preferidas debido a sus propiedades farmacocinéticas más favorables. Por ejemplo, el alprazolam se destaca por su vida media más corta y un inicio de acción más rápido, mientras que el

clonazepam presenta una menor tendencia a la acumulación. En el contexto costarricense, son los médicos generales quienes prescriben la mayor cantidad de benzodiazepinas, especialmente el clonazepam. Por tanto, es crucial plantear nuevas investigaciones que permitan comprender a fondo los problemas de salud que se tratan con este medicamento en particular.

La implementación de la Benzocarta ha demostrado una reducción significativa en el consumo de hipnóticos. Esta intervención, simple y viable, puede llevarse a cabo en poblaciones extensas e incluso de manera repetida a lo largo del tiempo. No obstante, se requieren estudios controlados para validar su eficacia. Según Baza, Ruiz de Velasco, Fernández y Gorroñoitía (2020), en un estudio donde se analizaron datos de dispensaciones de 1,561 pacientes (con una edad promedio de 69.3 años y un 74% de mujeres), se encontró que un 22.0% (IC95%: 19.9-24.0) habían dejado de consumir benzodiazepinas después de un año de la intervención, mientras que un 18.8% (IC95%: 16.9-20.8) habían reducido su consumo. Además, se observó una disminución estadísticamente significativa en la dosis total dispensada, con una media de diferencia de 89 mg (IC95%: 72.2-105.7).

10.1 Presentación de Resultados

10.1.1 Discusión de Resultados

Se encontraron varios tipos de estudios, lo que permitió un abordaje amplio y con múltiples características debido a los distintos enfoques de investigación. La mayoría de los artículos obtenidos fueron de revisión (n=7), seguidos por 5 estudios de casos y controles, y 3 revisiones sistemáticas.

A nivel internacional, las estrategias de investigación predominantes fueron las encuestas, mientras que, a nivel nacional, el análisis de expedientes y datos de atención en salud fue el área más estudiada.

Con respecto a los temas identificados, el abordaje del uso inadecuado de benzodiazepinas y su suspensión fue prevalente. Se destaca que la mayoría de los artículos que abordan este tema concluyen que una única estrategia de abordaje es ineficaz, y que, por el contrario, los planes que incluyen dos o más estrategias son los más efectivos (Aguiluz et al., 2016; Sánchez Gervás et al., 2015).

En particular, Argüello et al. (2016) proponen la terapia cognitivo-conductual, mientras que Mocar et al. (2018) sugieren la atención centrada en el paciente. Es decir, empoderar al paciente e involucrarlo en la toma de decisiones sobre su manejo garantiza un mejor apego a los planes de disminución de dosis o retiro de tratamiento crónico con benzodiazepinas.

Con respecto a las estrategias farmacológicas específicas, un único estudio realizado por Bandrup et al. (2016) menciona al valproato como un fármaco de asistencia en el manejo de la abstinencia y los síntomas secundarios al suspender benzodiazepinas. Reid et al. (2018) también exponen recomendaciones sobre el síndrome de abstinencia, el cual puede ser catastrófico en adultos mayores dependiendo de su condición basal y comorbilidades.

En cuanto a las recomendaciones específicas para la disminución de dosis de benzodiazepinas en casos de uso inadecuado o abuso, se identificaron tres estudios con propuestas adecuadas y asequibles en el contexto de la atención primaria. Baza Bueno et al. (2015) promovieron el uso de una carta con los efectos adversos del uso y abuso

de benzodiazepinas, lo que resultó en una disminución en la prescripción y una adecuada adherencia por parte de los pacientes.

Oldenhof et al. (2018) propone un enfoque basado en las diferentes etapas de desprescripción específicos, brinda conocimientos sobre lo que se puede esperar y las estrategias para superarlas.

Etapas de Precontemplación (cuando no hay intención de reducir en los próximos seis meses) y Contemplación (considerando reducir en los próximos seis meses):

En estas etapas los pacientes pueden enfrentar barreras debido a la necesidad percibida del uso de las benzodiazepinas para hacer frente a condiciones subyacentes como el trastorno de ansiedad, depresión o insomnio. Las benzodiazepinas proporcionan alivio psicológico, lo que favorece la dependencia.

Entre las ventajas se destaca que algunos pacientes, presentan una actitud más reservada debido al conocimiento de los daños asociados con el uso prolongado de estos fármacos, además es evidente que el apoyo de los médicos puede promover reducir el uso de benzodiazepinas.

En esta etapa el médico debe tener un enfoque cauteloso de la prescripción y monitorizar el uso del fármaco, comendar regularmente la reducción brindar una conversación abierta sobre los daños y efectos secundarios de las BZD.

Etapa de Preparación (planeando activamente reducir en próximo mes):

Las barreras que los pacientes enfrentan en esta etapa son mayores ya que están pronto a comprometerse con cambios permanentes, algunos de ellos necesitan asegurar el acceso continuo a las benzodiazepinas, incluso si planean dejar de tomarlas.

El apoyo de los médicos prescriptores es importante en la reducción gradual de la dosis para lo cual debe informar sobre los efectos secundarios, generar un plan de reducción gradual de las BZD, brindar educación entorno a la abstinencia, programar estrategias de afrontamiento internas y externas sobre como reemplazará a las benzodiazepinas, así como brindar el apoyo multidisciplinario y educar a familiares.

Etapa de Acción (reducción durante menos de seis meses):

Los síntomas de abstinencia son la principal barrera en esta etapa, exacerbados por el estrés de la vida diaria. En esta etapa los pacientes pueden confundir los síntomas de abstinencia con sus síntomas originales, lo que dificulta el proceso de reducción.

Dentro de las ventajas en esta etapa se menciona que los pacientes pueden llegar a experimentar una sensación de control y confianza sobre la reducción, respaldados por el estímulo continuo de los prescriptores y una reducción gradual de la dosis.

En esta etapa el médico debe revisar y ajustar el plan gradual de reducción de BZD, con el paciente según sea necesario, asegurarse que reciba suficiente apoyo, para normalizar las preocupaciones sobre la capacidad de reducir el fármaco.

Etapa de Mantenimiento (reducción durante más de seis meses):

En esta etapa los síntomas de abstinencia continúan siendo una barrera significativa para dejar las benzodiazepinas.

El apoyo insuficiente de los profesionales de la salud, así como también la falta de comprensión de los familiares y amigos pueden afectar la capacidad de reducción.

En esta etapa el médico debe continuar con la reducción gradual de la dosis, revidando el plan de reducción en conjunto con el paciente, tener un enfoque colaborativo y flexible para la reducción, considerar si se requiere otros tratamientos y explorar la eficacia de otras intervenciones.

La reducción gradual de la dosis y la capacidad de decisión del paciente son facilitadores clave, ya que los pacientes tienen una mayor experiencia en la reducción y pueden reconocer la necesidad de cambios en su actitud y creencias hacia las benzodiazepinas.

Pérez et al. (2016) proponen una atención estandarizada para la desprescripción de benzodiazepinas, dentro de las cuales menciona lo siguiente:

- **Evaluación inicial:** Se realiza una evaluación exhaustiva del paciente para determinar la necesidad de desprescribir las benzodiazepinas. Se consideran factores como la historia clínica, la duración del tratamiento, las dosis actuales, los efectos secundarios y la disposición del paciente.
- **Establecimiento de objetivos:** Se definen los objetivos de la desprescripción en colaboración con el paciente, que pueden incluir la reducción gradual de la dosis, la eliminación completa de la medicación o la transición a tratamientos alternativos.
- **Planificación del proceso:** Se elabora un plan detallado que incluye la reducción gradual de las dosis, la monitorización de los síntomas de abstinencia, el apoyo psicológico y la educación del paciente sobre el proceso de desprescripción.
- **Seguimiento y ajuste:** Se realiza un seguimiento continuo del paciente para evaluar su progreso, ajustar el plan de desprescripción según sea

necesario y proporcionar apoyo adicional en caso de síntomas de abstinencia o dificultades emocionales.

- **Evaluación final:** Se lleva a cabo para determinar el éxito de la desprescripción, evaluar los resultados clínicos y psicológicos del paciente y establecer un plan de seguimiento a largo plazo.

Estos procesos deben ser realizados por un equipo multidisciplinario que incluya médicos, psicólogos, trabajadores sociales y médicos de familia, con el fin de garantizar una desprescripción segura y efectiva.

Es evidente que los procesos de reducción de dosis, hasta la eventual suspensión del tratamiento con benzodiazepinas es un área de estudio de interés, lo que ofrece una mayor seguridad al médico tratante al seguir estas recomendaciones, como a los pacientes.

En términos sociodemográficos, se encontraron hallazgos variados, en ocasiones muy dispares, lo que evidencia la necesidad de dirigir cada estrategia de uso, ajuste de dosis o eliminación de prescripción rigurosamente, considerando las características sociales, económicas y demográficas, entre otras pertinentes a cada población meta. Por ejemplo:

Cubero et al. (2019) identificaron que el clonazepam fue la droga más prescrita, especialmente en hombres y en forma de gotas en lugar de tabletas.

Cubero et al. (2021) en otro estudio similar también identificaron el clonazepam como la droga más prescrita, con un 47%, seguido de lorazepam y diazepam. López et al. (2018) también evaluaron la prevalencia de prescripción de benzodiazepinas y

encontraron que se utilizan más en mujeres. Maravillas et al. (2019), en un estudio similar sobre prevalencia, también identificaron al clonazepam como la droga más prescrita.

McHugh et al. informaron que, en la muestra de estudio, el 57% recibió prescripción de benzodiazepinas y el 54% hizo abuso o uso inadecuado del fármaco.

En cuanto a los estudios sobre los riesgos asociados con el uso crónico de benzodiazepinas por adultos mayores, Davies et al. (2015) identificaron que el uso crónico aumenta el riesgo de caídas más que el uso intermitente. Fernández et al. (2014) informan que las altas dosis se asocian con más efectos secundarios. De igual forma, Vicens et al. (2017) reportan prácticamente los mismos hallazgos con respecto al uso prolongado y una mayor presencia de efectos adversos y nocivos.

En particular, Silvermail et al. (2018) identifican efectos secundarios prolongados por el uso crónico; sin embargo, abordan un problema identificado, el sesgo cognitivo, que se considera adecuado abordar con mayor profundidad en estudios posteriores.

Con respecto a la asociación del uso de benzodiazepinas con otras drogas de abuso, destacan dos artículos. Gelaberi et al. (2019) evaluaron el uso de benzodiazepinas junto con opioides, mientras que lo hicieron con el uso de heroína por cualquier vía de administración. Ambos identificaron un aumento del uso de la segunda droga asociado al uso de benzodiazepinas, un hallazgo de vital importancia, ya que, aunque el abuso de sustancias suele ser más común en adultos jóvenes, los adultos mayores no están exentos y este tema debe ser abordado antes de la prescripción inicial de benzodiazepinas.

En cuanto a recomendaciones particulares sobre prescripción y ajuste de dosis, varios estudios coincidieron en este objetivo de investigación. Las guías de consenso, la Asociación Americana de Psiquiatría, Hidalgo et al. (2022), se discutieron sobre este tema. De forma similar, pero con un enfoque en la desprescripción del tratamiento, Xu et al (2019). proponen que se realice de forma electrónica para un mejor seguimiento.

Por último, con respecto al motivo de prescripción inicial de estos fármacos, Minaya et al. (2018) reportan el Trastorno de Depresión Mayor como el diagnóstico más común. Los factores de riesgo del uso inadecuado de benzodiazepinas y los motivos de este fueron abordados por Panes et al. (2020) y Volaw et al. (2021) respectivamente. Un hallazgo importante en este último fue la prescripción informal de benzodiazepinas por parte de familiares o amigos como principal motivo.

Danza A, et al. (2015) Realizaron estudio de casos y controles, sugieren una asociación entre el consumo de BZD y la presencia de fractura traumática de cadera¹⁰, siendo el riesgo calculado en los pacientes consumidores de BZD vs los no consumidores de 4,5 (IC 95% 1,7-11,6).

La identificación de los factores de riesgo es fundamental para entender cómo y por qué se desarrolla la adicción a las benzodiazepinas. Aspectos como la polifarmacia, la prescripción inadecuada, la falta de educación sobre los riesgos de estos medicamentos y la soledad o la depresión pueden contribuir significativamente a este fenómeno. La necesidad de revisar las indicaciones y promover prácticas de prescripción más conscientes permite diseñar intervenciones preventivas más específicas y dirigidas.

Las estrategias de prevención desempeñan un papel fundamental en la prevención y disminución del uso inapropiado de las benzodiazepinas.

La educación continua tanto para profesionales de la salud como para pacientes es fundamental en este sentido, pues, empodera a los individuos para tomar decisiones informadas sobre su salud.

El acompañamiento activo de los pacientes en el proceso de toma de decisiones, junto con consultas de seguimiento, muestra resultados prometedores en la reducción del uso de benzodiazepinas. Este enfoque integral reconoce la complejidad de la adicción y la importancia de abordarla desde diferentes aristas, incluida la atención médica, psicológica y social.

En cuanto al manejo de la adicción a las benzodiazepinas en atención primaria, es cierto que hay relativamente pocos estudios específicos en este ámbito. Sin embargo, una herramienta que se ha utilizado de forma exitosa es la "Benzo Carta". Esta carta es un método sencillo de usar que proporciona información educativa sobre los riesgos asociados con el uso prolongado de benzodiazepinas y ofrece recomendaciones para la reducción gradual de la dosis y la discontinuación del medicamento.

Otras estrategias de abordaje en la atención primaria es la implementación de intervenciones multidisciplinarias, incluyendo la atención multidisciplinaria en colaboración estrecha entre médicos de diferentes especialidades y en la áreas de psicólogos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud para proporcionar una atención de forma integral a los pacientes con adicción a las benzodiazepinas.

Además, se pueden incluir terapia cognitivo-conductual, terapia de grupo, abordaje familiar mediante el involucramiento de estos que permita facilitar el manejo de los aspectos psicológicos y sociales de la adicción, mientras se brinda un apoyo continuo y monitoreo regular al paciente durante el proceso de desintoxicación y recuperación.

11. Conclusiones y Recomendaciones

11.1 Conclusiones

Al finalizar el trabajo de investigación se llegan a las siguientes conclusiones:

1. El uso inapropiado e incluso el abuso de fármacos en adultos mayores de 60 años se encuentra en constante aumento; resulta preocupante el gran número de benzodiazepinas con indicación ansiolítica prescritas a esta población, por cuanto presentan una mayor sensibilidad a este tipo de medicamentos.
2. A las mujeres son a las que mayormente se les prescribe benzodiazepinas.
3. Los principales factores de riesgo asociados a la adicción a benzodiazepinas incluyen: historia personal o familiar de trastornos psiquiátricos, historial de abuso de sustancias, uso recreativo o no médico, factores socioeconómicos como el desempleo entre otros.
4. Se deben identificar aquellos factores sociodemográficos y clínicos al momento de prescribir benzodiazepinas en adultos mayores.
5. Se debe estar alerta ante el riesgo por deterioro cognitivo, las caídas y fractura, debido a los efectos secundarios sedantes y la disminución de la coordinación motora.
6. Con el consumo de benzodiazepinas hay mayor riesgo de accidentes de tránsito debido a la disminución del estado de alerta, la coordinación y el tiempo de reacción.

7. El uso crónico de benzodiazepinas puede llevar a favorecer el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias, incluyendo la dependencia.
8. Una de las estrategias segura y eficaz para la deshabitación del uso de benzodiazepinas es que se realice la reducción de la dosis de forma gradual.
9. La "Benzocarta" es una estrategia simple y de bajo costo para la retirada de benzodiazepinas.
10. La medida preventiva más efectiva es prescribir benzodiazepinas por un período limitado y educar al paciente sobre la duración limitada del tratamiento y los posibles efectos adversos a largo plazo para evitar la dependencia.
11. Se debe tener presente la importancia de abordar la dependencia a las benzodiazepinas desde una perspectiva multidisciplinaria tomando en cuenta aspectos biológicos, psicosociales, y con esto proporcionar un abordaje integral que incluya todas las dimensiones del problema.
12. Las intervenciones centradas en el paciente, como la entrevista personalizada y el seguimiento farmacoterapéutico a largo plazo, han resultado efectivas en el tratamiento de la adicción a benzodiazepinas. Estas intervenciones abarcan la identificación de duplicidades de recetas, reacciones adversas e interacciones medicamentosas, así como la evaluación de la eficacia del tratamiento.

11.2 Recomendaciones

11.2.1 Al Nivel Central de la CCSS

- a. Elaborar un protocolo para la capacitación y actualización al personal médico de la CCSS referente a la prescripción de psicotrópicos en particular las benzodiazepinas.
- b. Dotar a los centros de salud de atención primaria de personal en el área de trabajo social y psicología que permita atender a pacientes con dependencia a las benzodiazepinas.
- c. Ampliar los tiempos de consulta médica para la atención a pacientes mayores de 60 años o más que tengan adicción a las benzodiazepinas, con el propósito de brindar una atención integral, en coordinación con Trabajo Social, Psicología y Farmacia (Atención Farmacéutica).

11.2.2 Recomendaciones en Atención Primaria

- a. Desarrollar programas para promover el uso racional de las benzodiazepinas y sensibilizar a los médicos sobre la importancia de considerar terapias alternativas no medicamentosas antes de prescribir benzodiazepinas para trastornos del sueño y del ánimo.
- b. Educar al paciente sobre los efectos adversos y los riesgos del uso crónico al momento de la prescripción.

- c. Limitar la prescripción de benzodiazepinas a un máximo de cuatro semanas e implementar esquemas de disminución gradual de la dosis en las semanas tres y cuatro de tratamiento.
- d. Promover el uso como una herramienta de comunicación la "Benzo Carta (anexo13.4)", que es una forma simple y eficaz en la que se brinda información sobre los riesgos asociados al uso prolongado de benzodiazepinas, además proporciona una orientación sobre estrategias de reducción gradual de la dosis y discontinuación del medicamento.
- e. Realizar sesiones de trabajo entre el personal de los Ebais y los Servicios de Apoyo de Primer Nivel de forma tal que, faciliten un abordaje con un enfoque multidisciplinario para lo que se requiere colaboración y participación de médicos, psicólogos, trabajadores sociales y médicos de familia, para brindar una atención integral a los pacientes con dependencia a las benzodiazepinas.
- f. Realizar seguimiento de la duración de los tratamientos, patrones de consumo y prescripción para prevenir la tolerancia y dependencia. Esto puede incluir citas programadas con el médico para evaluar el progreso del paciente, ajustar el plan de tratamiento según sea necesario, brindar apoyo continuo durante todo el proceso de recuperación, así mismo coordinar con Atención Farmacéutica para el respectivo seguimiento.
- g. La psicoterapia es el tratamiento que posee mayor evidencia para la deshabitación de benzodiazepinas. Sin embargo, dado que es un recurso caro y escaso, se dejará para pacientes refractarios al manejo de menor complejidad.
- h. Utilizar terapias complementarias para el manejo de los síntomas de abstinencia las cuales pueden incluir técnicas de relajación como la meditación y el yoga, la acupuntura, la aromaterapia y la terapia ocupacional.

- i. Involucrar a familiares y cuidadores en el proceso de tratamiento y recuperación de la deshabitación a la Benzodiacepinas.
- j. Promover los grupos de apoyo los cuales son una oportunidades para compartir experiencias y estrategias de afrontamiento con otros individuos que están pasando por situaciones similares.

11.2.3 Al Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Costa Rica

- a. Implementar capacitaciones que instruyan a los médicos residentes en el uso de terapias cognitivo-conductuales y de abordaje en aspectos psicológicos y sociales de la adicción para brindar un apoyo continuo y monitoreo regular durante el proceso de desintoxicación y recuperación a las personas con dependencia a las benzodiacepinas con la finalidad hacer un uso racional de los recursos y beneficiar a la población en general.

12. Referencias

Aguilera, R. y Arroyo, P. Facultad de Ciencias de la Actividad Física. Universidad de San Sebastián. ¿Revisión sistemática?, ¿metaanálisis? o ¿resumen de revisiones sistemáticas? https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112016000200049&script=sci_arttext&tlng=en

Aguiluz, J., Pimentel, E., Abarca, C., & Moore, P. (30 de octubre de 2018). MEDWAVE. How to face a patient with benzodiazepine dependence in primary health care? Strategies for withdrawal. 18(01), e7159–e7159. <https://www.medwave.cl/revisiones/revisionclinica/7159.html>

Alfaro, O. (2017). Descontinuación de benzodiazepinas. ucr.ac.cr.

American Psychological Association. (2020). Publication manual of the American Psychological Association (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Argüello, Ó. A., & Bibliográfica, R. (s/f). Descontinuación de benzodiazepinas Artículo de revisión. Binasss.sa.cr. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art03.pdf>. [Consultado el 02 /02/2024]

Armas, Daida Alberto, Rubio-Armendáriz, Carmen, Hernández-García, Verónica, & Hardisson-de la Torre, Arturo. (2023). Specific questionnaire for dispensing benzodiazepines in community pharmacy: justification and design. Journal of Negative and No Positive Results, 8(1), 450-469. Epub 29 de enero de 2024. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4721>

Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>

Baandrup, L., Ebdrup, B. H., Rasmussen, J. Ø., Lindschou, J., Gluud, C., & Glenthøj, B. Y. (2018). Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. The Cochrane Library, 2018(3). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd011481.pub2>

Bastardas, M. T. (2019, 22 mayo). Benzodiacepinas: qué son, mecanismo de acción y clasificación. [psicologia-online.com. https://www.psicologia-online.com/benzodiacepinas-que-son-mecanismo-de-accion-y-clasificacion-4593.html](https://www.psicologia-online.com/benzodiacepinas-que-son-mecanismo-de-accion-y-clasificacion-4593.html)

Baza Bueno, M., Ruiz de Velasco Artaza, E., Fernández Uria, J., & Gorroñoigoitia Iturbe, A. (2020). Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiacepinas en pacientes con insomnio. *Gaceta sanitaria*, 34(6), 539–545. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.012>

Blanco, C., Han, B., Jones, C. M., Johnson, K., & Compton, W. M. (16 de octubre de 2018). Prevalence and correlates of benzodiazepine use, misuse, and use disorders among adults in the United States. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79(6). <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12174>

Benzodiazepines learning module. Prescribing points (online). London: MHRA; 17 February 2015. Recuperado el 20 de noviembre del 2023, de <http://www.mhra.gov.uk/ConferencesLearningCentre/LearningCentre/Medicinesle>

[arningmodules/Reducingmedicinerisk/Benzodiazepineslearningodule/CON234573.](#)

Bounds, C. (29 de setiembre de 2021). Benzodiazepines. Obtenido de StatPearls:

Calvo, D. (2018). CONICET. Un libro sobre drogas: Benzodiazepinas. https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/107083/CONICET_Digital_Nro.f5c5ad5b-d299-49ac-8897-6f079c8cab97_s.pdf?sequence=5&isAllowed=y

Canales, L., & Fernández, M. (2023). La prevención cuaternaria en el uso de benzodiazepinas y cómo deprescribirlas. *Atención Primaria Práctica*, 5(4), 100183. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2023.100183>

Centre for Addictions and Research of BC. (2011). Housing and Harma Reduction: A

Cubero A, C., Rojas V, L., Campos F, M., & Hernández S, L. E. (06 de julio del 2018). Prescripción de Clonazepam en Costa Rica. *Revista Española de Drogodependencias*, 43(3), 39–55.

Cubero-Alpízar, C., Rojas Valenciano, L., Campos Fernández, M., & Hernández Soto, L. E. (13 de noviembre del 2020). Prescripciones de benzodiazepinas y barbitúricos en Costa Rica 2011-2015. *Horizonte Sanitario*, 19(2), 277–290. <https://doi.org/10.19136/hs.a19n2.3685>

Davies, S. J., Rudoler, D., de Oliveira, C., Huang, A., Kurdyak, P., & Iaboni, A. (1 de febrero del 2022). Comparative safety of chronic versus intermittent benzodiazepine prescribing in older adults: A population-based cohort

Danza, Álvaro, Rodríguez, Branco, Marcos, López Pampín, Maynés, Agorio, Diego, Caleri, Alfonso, Patiño, Inés, Casal, Mariela, & Díaz, Lilián. (2015).

Benzodiazepinas y fractura de cadera: estudio de casos y controles. Revista Médica del Uruguay, 31(2), 120-127. Recuperado en 21 de noviembre de 2023, de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902015000200006&lng=es&tlng=es

Darker, C. D., Sweeney, B. P., Barry, J. M., Farrell, M. F., & Donnelly-Swift, E. (11 de mayo del 2015). Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. Cochrane Database of Systematic Reviews, 5, CD009652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009652.pub2>

study. Journal of Psychopharmacology (Oxford, England), 36(4), 460–469. <https://doi.org/10.1177/02698811211069096>

Evidence of Risks, Benefits and Alternatives. Journal of Clinical Medicine, 7(17),

Fernández, M., Obando, S. y Xatruch, D. (2020). Consideraciones de las Benzodiazepinas en la población geriátrica. Revista Cúpula; 34(1,2): 27-37.

Gelabert, P., Jessell, L., Goodbody, E., Kim, D., Gile, K., Teubl, J., Syckes, C., Ruggles, K., Lazar, J., Friedman, S., & Guarino, H. (Agosto de 2017). High enhancer, downer, withdrawal helper: Multifunctional nonmedical benzodiazepine use among young adult opioid users in New York City. The International journal on drug policy, 46, 17–27. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.016>

Guía de consenso para el buen uso de benzodiazepinas: gestión de riesgos y beneficios. (24 de setiembre del 2021). Psiquiatria.com. <https://psiquiatria.com/psiquiatria-general/guia-de-consenso-para-el-buen-uso-de-benzodiazepinas-gestion-de-riesgos-y-beneficios/>

Guideline. J. Clin. Sleep Med, 13, 307-349.

Guina, J., & Merrill, B. (2018). Benzodiazepines I: Upping the Care on Downers: The

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014) Metodología de la Investigación, Sexta Edición. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S. A. de C. V.

Hidalgo Rivera, M. y Rodríguez Pérez, A. (2022). Perfil de consumo de psicotrópicos de uso médico en Costa Rica durante el período 2018-2021. Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas. Instituto Costarricense sobre Drogas 2022 www.icd.go.cr

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470159/>

insomnia in adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice

Lader, M. (2014). "Benzodiazepine Harm: ¿How Can It Be Reduced?". Br J Clin Pharmacol, 77(2): 295-301.

López Cabrera, A., Rubio Ramos, J. y Moreno García, T. (2017). XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría 2017. ABUSO CRECIENTE DE LAS BENZODIACEPINAS. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_8643354122218.pdf. [Consultado el 02/02/2024]

López, D. (2021). Prevención de la adicción a benzodiazepinas. <https://www.rehably.es/adicciones/benzodiazepina/prevencion-benzodiazepinas>

Magin, P., Tapley, A., Dunlop, A. J., Davey, A., van Driel, M., Holliday, E., Morgan, S., Henderson, K., Ball, J., Catzikiris, N., Mulquiney, K., Spike, N., Kerr, R., & Holliday, S. (23 de julio del 2018). Changes in Australian early-career general practitioners' benzodiazepine prescribing: A longitudinal analysis. *Journal of General Internal Medicine*, 33(10), 1676–1684. <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4577-523>

Maravillas-Estrada, A., Roy-García, I., Rivas-Ruiz, R., & Vilchis-Chaparro, E. (02 de octubre del 2023). Factors associated with benzodiazepines dependence in insomnia patients. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61(Suppl 3), S387–S394. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8319759>

McHugh RK, Geyer RB, Chase AR, Griffin ML, Bogunovic O, Weiss RD. (14 de Agosto del 2020). Sex differences in benzodiazepine misuse among adults with substance use disorders. *Addict Behav.* 2021 Jan;112:106608. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106608. Epub 2020 Aug 14. PMID: 32861991; PMCID: PMC7572775.

McHugh, R. K., Votaw, V. R., Taghian, N. R., Griffin, M. L., & Weiss, R. D. (22 de junio del 2020). Benzodiazepine misuse in adults with alcohol use disorder: Prevalence, motives and patterns of use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 117(108061), 108061. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108061>

Minaya, Omar, Ugalde, Oscar, & Fresán, Ana. (03 de abril del 2009). Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud mental*, 32(5), 405-411

Mokhar, A., Topp, J., Härter, M., Schulz, H., Kuhn, S., Verthein, U., & Dirmaier, J. (08 de octubre del 2018). Patient-centered care interventions to reduce the inappropriate prescription and use of benzodiazepines and z-drugs: a systematic review. *PeerJ*, 6(e5535), e5535. <https://doi.org/10.7717/peerj.5535>

Oldenhof, E., Mason, T., Anderson-Wurf, J., & Staiger, P. K. (15 de junio del 2021). Role of the prescriber in supporting patients to discontinue benzodiazepines: a qualitative study. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 71(708), e517–e527. <https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1062>

Organización Panamericana de la Salud. (1978) Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978. <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>

Panes, A., Verdoux, H., Fourrier-Réglat, A., Berdaï, D., Pariente, A., & Tournier, M. (2020). Misuse of benzodiazepines: Prevalence and impact in an inpatient population with psychiatric disorders. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86(3), 601–610. <https://doi.org/10.1111/bcp.14165>

Park, T. W., Sikov, J., dellaBitta, V., Saitz, R., Walley, A. Y., & Drainoni, M.-L. (18 de julio del 2023). “It could potentially be dangerous... but nothing else has seemed to help me.”: Patient and clinician perspectives on benzodiazepine use in opioid agonist treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 131(108455), 108455. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108455>

Pérez, V. y Veas, P. (18 de agosto de 2014). BVS. Uso prolongado de benzodiazepinas y estrategias para su deshabitación. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-730914>

Policy Framework for Greater Victoria. Recuperado el 8 de Octubre de 2021, de

Reid Finlayson, A. J., Macoubrie, J., Huff, C., Foster, D. E., & Martin, P. R. (22 de abril del 2022). Experiences with benzodiazepine use, tapering, and discontinuation: an Internet survey. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 12, 20451253221082386. <https://doi.org/10.1177/20451253221082386>

Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V., & Marales Gallús, E. (2004). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos adictivos*, 6(3), 159–166. [https://doi.org/10.1016/s1575-0973\(04\)70159-2](https://doi.org/10.1016/s1575-0973(04)70159-2)

Sateia, e. (2017). Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic

Silvernail, C. M., & Wright, S. L. (03 de marzo del 2022). Surviving benzodiazepines: A patient's and clinician's perspectives. *Advances in Therapy*, 39(5), 1871–1880. <https://doi.org/10.1007/s12325-022-02055-y>

University of Victoria: <https://www.uvic.ca/research/centres/cisur/assets/docs/report-housing-andharm-reduction.pdf>

Vargas, W. (2006). Atención primaria de salud en acción su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. [binasss.ac.cr. https://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf](https://www.binasss.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf)

Vicens, C., Leiva, A., Bejarano, F., Sempere-Verdú, E., Rodríguez-Rincón, R. M., Fiol, F., Mengual, M., Ajenjo-Navarro, A., Do Pazo, F., Mateu, C., Folch, S., Alegret, S., Coll, J. M., Martín-Rabadán, M., & Socias, I. (06 de mayo del 2022). Evaluation of a multicomponent intervention consisting of education and feedback to reduce benzodiazepine prescriptions by general practitioners: The BENZORED hybrid type 1 cluster randomized controlled trial. *PLoS Medicine*, 19(5), e1003983. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003983>

Vicens, Catalina & Gelabert, Francisca. (2008). Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. *Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud*, ISSN 1130-8427, Vol. 32, Nº. 2, 2008, pags. 52-57. 32.

Votaw, V. R., Geyer, R., Rieselbach, M. M., & McHugh, R. K. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 95–114. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033>

Xu, X., Ye, Y., Wang, X., Xu, J., Li, C., Wang, G., Zhu, Y., Jiang, H., & Zhong, N. (2022). Effectiveness and utility of an electronic intervention for appropriate benzodiazepine and Z-drugs prescription in psychiatric clinics: protocol for a multicentric, real-world randomised controlled trial in China. *BMJ Open*, 12(4), e055341. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055341>

1. Anexos

Tabla 3: Cronograma para el cumplimiento del objetivo general

Objetivo	Estrategia de cumplimiento	Fecha de realización	Recursos	Encargado
General	Desarrollo de los objetivos específicos.	Agosto 2023 a mayo 2024	Recurso humano, material y de infraestructura local, económico, tecnológico.	Dra. Andrea García Salas

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4: Cronograma para el cumplimiento de los objetivos específicos

Fecha	Tiempo de duración	Estrategia de cumplimiento y actividad a realizar	Recursos	Encargado
Setiembre 2023	4 semanas	Revisión bibliográfica para el planteamiento del proyecto final de graduación.	Recursos humanos, educativos, didácticos, electrónicos y digitales.	Dra. Andrea García Salas
Octubre 2023	20/10/2023	Presentación del protocolo del trabajo final de graduación.	Recursos Humanos: Médico Residente y Comité Director del postgrado y Tutores. Recursos electrónicos y digitales	Dra. Andrea García Salas
Setiembre 2023 – Abril 2024	20 semanas	Elaboración y revisión del trabajo final de graduación.	Recursos Humanos: Médico Residente, Médico Tutor y Lector Recursos materiales: casa de habitación de la médico encargada del trabajo Recursos técnicos o recursos tecnológicos: computadora, internet para búsqueda de información, revisión y elaboración documental	
Abril - mayo 2024	Fechas por definir	Presentación escrita y oral del trabajo final de graduación.		

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 5: Matriz de artículos

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
Aguiluz, J., Pimentel, E., Abarca, C., & Moore, P. (2018). How to face a patient with benzodiazepine dependence in primary health care? Strategies for withdrawal. <i>Medwave</i> , 18(01), e7159–e7159. https://www.medwave.cl/revisiones/revisiionclinica/7159.html	Revisión Clínica	Presentar una estrategia integrada, práctica y actualizada, basada en la mejor evidencia disponible para abordar la deshabituación en el consumo de benzodiazepinas en el paciente con dependencia en atención primaria de salud.	Adultos mayores latinos atendidos en atención primaria de salud se dio cuenta de una frecuencia de consumo de vida que fluctúa entre 25% y 61%	Revisión sistemática	Artículos tipo revisiones, sistemáticas o no, limitados al inglés, de manejo ambulatorio, con participantes mayores de 15 años y desde el año 2006 en adelante.	Los resultados fueron analizados y agrupados según tipo de intervención en cinco grandes grupos: intervenciones durante prescripción, disminución gradual de las dosis, intervenciones psicosociales, farmacoterapia y psicoterapia. Con esta información, se crea una propuesta de manejo del paciente con dependencia de	El uso de múltiples de estas intervenciones de manera simultánea, sería beneficioso para la disminución del número de pacientes usuarios crónicos de benzodiazepinas. Sin embargo, no encontró evidencia a favor del uso de una sola estrategia	Se observa que cualquier tipo de intervención, hasta la más sencilla de implementar (carta, charla o entrevista), mejoran los resultados que se obtienen comparado a una actuación de rutina. En general, los mejores resultados se obtienen con una intervención a la que se añaden técnica de psicoterapia, <i>odds ratio</i> = 5,06 (intervalo de confianza de 95%; 2,68 a 9,57)

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
						benzodiazepinas.		
Argüello, Ó. A., & Bibliográfica, R. (2016). DESCONTINUACIÓN DE BENZODIAZEPINAS: ARTÍCULO DE REVISIÓN. Binasss.sa.cr. https://www.binasss.sa.cr/biblioteca/s/bhp/cupula/v31n2/art03.pdf .	Artículo de revisión	Descontinuación de benzodiazepinas	En este estudio se tomó en cuenta sólo población adulta mayor de 65 años	Revisión bibliográfica.	Estudio retrospectivo en Japón dio seguimiento al total de prescripciones en un año elegido, se tuvo que de 84.000 prescripciones nuevas efectuadas en ese año	3 de cada 4 prescripciones son efectuadas por médicos generales en un primer nivel de atención de salud.	La Terapia Conductual-Cognitiva (TCC) es considerada la mejor opción psicoterapéutica para ansiedad, se basa en el aprendizaje y la manera en cómo este se integra para combatir la patología del paciente ¹	La población adulta mayor sin duda es una de las más afectadas por el uso de Benzodiazepinas a largo plazo
Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA. https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf	Guía de consulta	Ayudar a profesionales de la salud en el diagnóstico de los trastornos mentales de los pacientes	NA	Estudio de casos clínicos	NA	NA	Utilidad clínica: debe ser útil para que el médico determine el pronóstico, los planes de tratamiento y los posibles resultados del tratamiento en sus pacientes.	La evaluación de los criterios diagnósticos, será el médico quien decida sobre la aplicación de los subtipos y/o especificadores del trastorno que considere apropiado.
Baandrup, L., Ebdrup, B. H., Rasmussen, J. Ø., Lindschou, J., Gluud, C., & Glenthøj, B. Y. (2018). Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. The	Revisión sistemática	Evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales de las intervenciones farmacológicas para facilitar la	2295 participantes.	Ensayos controlados aleatorios	Procedimientos metodológicos estándar previstos por la Colaboración Cochrane	Se estudiaron muchas intervenciones diferentes y ninguna se evaluó en más	Para la interrupción de las benzodiazepinas, se encontró un posible efecto beneficioso	Se necesitan más ensayos controlados aleatorios con menos riesgo de errores sistemáticos

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
Cochrane Library, 2018(3). https://doi.org/10.1002/14651858.cd011481.pub2		interrupción del uso crónico de las benzodiazepinas.				de cuatro ensayos. Se extrajeron los datos en 18 comparaciones diferentes.	del valproato al final de la intervención	("sesgo") y de errores aleatorios ("intervención del azar") y un informe mejor y más completo de los resultados clínicos y a largo plazo centrados en los pacientes. Dichos ensayos se deben realizar de manera independiente de la participación de la industria.
Baza Bueno, M., Ruiz de Velasco Artaza, E., Fernández Uria, J., & Gorroñoigoitia Iturbe, A. (2020). Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio. <i>Gaceta sanitaria</i> , 34(6), 539–545. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.012	Estudio	Averiguar si una intervención mediante carta dirigida a usuarios de benzodiazepinas consigue disminuir su consumo.	1.582 pacientes que tomaban una única dosis diaria de una benzodiazepina como hipnótico durante más de 3 meses	Estudio antes-después sin grupo control	Se envió una carta de su médico de familia con información sobre los efectos desfavorables de dicho consumo y la recomendación para retirarlo, con una pauta de descenso escalonada.	Se obtuvieron datos de dispensaciones de 1.561 pacientes (media de edad: 69,3 años; 74% mujeres).	Se observó una reducción estadísticamente significativa total dispensada de la dosis	La <i>Benzocarta</i> se asocia a una disminución relevante en el consumo de hipnóticos.
Blanco, C., Han, B., Jones, C. M., Johnson, K., & Compton, W. M. (2018). Prevalence and correlates of	Artículo de investigación	La prevalencia y las correlaciones del uso, mal uso y	102.000 adultos de 18 años y más	Se examinaron los datos de IMS Health Total Patient Tracker.	Análisis descriptivos y regresiones	Encuestas Nacionales sobre Uso de	Las correlaciones de los trastornos por uso de benzodiazepinas	los trastornos por uso de benzodiazepinas

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
benzodiazepine use, misuse, and use disorders among adults in the United States. The Journal of Clinical Psychiatry, 79(6). https://doi.org/10.4088/JCP.18m12174		trastornos por uso de benzodiazepinas entre adultos estadounidenses.	que participaron en las		logísticas multinomiales.	Drogas y Salud 2015-2016.	fueron similares, pero la mayoría de las correlaciones se asociaron con trastornos por uso de benzodiazepinas más fuertemente que con el uso indebido	son relativamente raros entre los usuarios de benzodiazepinas.
Cubero A, C., Rojas V, L., Campos F, M., & Hernández S, L. E. (2018). Prescripción de Clonazepam en Costa Rica. Revista Española de Drogodependencias, 43(3), 39–55.	Artículo de investigación	Describir el comportamiento en la prescripción del clonazepam dentro de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en el periodo del 2011 al 2015	701.999 prescripciones de clonazepam dentro de la CCSS en Costa Rica.	El 33,90% de estas fueron prescritas para hombres.	La dosis y frecuencia estaba presentada dentro de una variable llamada "indicación"	La base de datos fue facilitada en formato de Excel y seccionada por semestre y años, del periodo del 2011 al 2015.	Del total de prescripciones válidas, el 45,17% fueron prescripciones en gotas mientras que el 54,83% restantes fueron formas orales sólidas.	Se identifica la necesidad de mayor investigación sobre la prescripción del clonazepam en Costa Rica, esto sustentado en las dosis.
Cubero-Alpizar, C., Rojas Valenciano, L., Campos Fernández, M., & Hernández Soto, L. E. (2020). Prescripciones de benzodiazepinas y barbitúricos en Costa Rica 2011-2015. Horizonte Sanitario, 19(2), 277–290. https://doi.org/10.19136/hs.a19n2.3685	Artículo de investigación	Identificar la prescripción de benzodiazepinas y barbitúricos psicotrópicos: Clobazam, Tiopental, Clonazepam, Lorazepam, Fenobarbital y Diazepam en la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) en Costa	La población estuvo constituida por 1 488 989 prescripciones de psicotrópicos	NA	No se utilizó muestra ya que se trabajó con toda la población.	La base de datos fue facilitada en formato de Excel y seccionada por área de salud, semestre, año y medicamento, del periodo del 2011 al 2015.	Del total analizado, casi la mitad (un 47,15%) corresponden a Clonazepam. Le siguen el Lorazepam y el Diazepam con un 22,80% y un 22,53%, respectivamente. Finalmente, Fenobarbital, Clobazam y Tiopental son las menos prescritas con un 7,07%, 0,24% y	Existe un aumento exponencial en el consumo de estos fármacos en el quinquenio en estudio.

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
		Rica en el periodo 2011-2015					0,22% respectivamente.	
Darker, C. D., Sweeney, B. P., Barry, J. M., Farrell, M. F., & Donnelly-Swift, E. (2015). Psychosocial interventions for benzodiazepine harmful use, abuse or dependence. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> , 5, CD009652. https://doi.org/10.1002/14651858.CD009652.pub2	Ensayos aleatorios controlados	Evaluar la efectividad de las intervenciones psicosociales para el tratamiento del consumo perjudicial, el abuso y la dependencia de las BZD	Veinticinco estudios con 1666 pacientes	Registro especializado del Grupo Cochrane de Drogas y Alcohol	Grupos dependientes de los opiáceos y dependientes de los no opiáceos.	Procedimientos metodológicos estándar	Hubo pruebas de calidad moderada de que la TCC más un esquema de reducción gradual tuvo mayores probabilidades de lograr la interrupción exitosa del consumo de las BZD en el transcurso de cuatro semanas después del tratamiento	La TCC más un esquema de reducción gradual es efectiva a corto plazo (período de tres meses) para reducir el consumo de BZD.
Davies, S. J., Rudoler, D., de Oliveira, C., Huang, A., Kurdyak, P., & Iaboni, A. (2022). Comparative safety of chronic versus intermittent benzodiazepine prescribing in older adults: A population-based cohort study. <i>Journal of Psychopharmacology</i> (Oxford, England), 36(4), 460–469. https://doi.org/10.1177/02698811211069096	Artículo de investigación	Comparar riesgos asociados con el uso crónico versus intermitente de benzodiazepinas en adultos mayores	adultos de aproximadamente 66 años	Usuarios crónicos e intermitentes de benzodiazepinas, según los 180 días desde la prescripción índice, fueron emparejados (proporción 1:2) por sexo, edad y puntuación de propensión,	Estudio de cohorte poblacional retrospectivo utilizando bases de datos de atención médica	Se les dio seguimiento durante hasta 360 días.	El resultado primario fueron las caídas que provocaron visitas al hospital o al departamento de urgencias.	demuestra evidencia de un exceso significativo de riesgos asociados con el uso crónico de benzodiazepinas en comparación con el uso intermitente
Fernández, M., Obando, S. y Xatruch, D. (2020). Consideraciones de las Benzodiazepinas en la población geriátrica. <i>Revista Cúpula</i> ; 34(1,2): 27-37.	Investigación bibliográfica	Contribuir en la mejora de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores diagnosticados con ansiedad, al	172 pacientes ancianos con evidencia que consumían un fármaco de manera equivocada.	Análisis de atención en el servicio de Medicina Interna Español	1 – 18% de los ancianos que padecen de ansiedad. 1 de cada 4 adultos mayores que refiere al uso de	Recolección de datos	Altas dosis de este medicamento se han visto asociados al incremento de intoxicaciones, depresión, caídas.	Es importante tener en cuenta el metabolismo del medicamento en esta población geriátrica al igual

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
		evidenciar las repercusiones que ocasiona la inadecuada administración de benzodiacepina.			benzodiacepina.			que la adecuación de la dosis
Gelabert, P., Jessell, L., Goodbody, E., Kim, D., Gile, K., Teubl, J., Syckes, C., Ruggles, K., Lazar, J., Friedman, S., & Guarino, H. (2017). High enhancer, downer, withdrawal helper: Multifunctional nonmedical benzodiazepine use among young adult opioid users in New York City. <i>The International journal on drug policy</i> , 46, 17–27. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2017.05.016	Trabajo de investigación	Analizar el uso de benzodiacepinas con fines no médicos junto con otras drogas, y con opioides en particular, una combinación que puede aumentar el riesgo de sobredosis fatal y no fatal.	De los 46 entrevistados cualitativos, 27 eran hombres, 18 mujeres y una era mujer transgénero. adultos jóvenes en la ciudad de Nueva York.	Estudio de métodos mixtos	El uso médico y no médico de benzodiazepinas	Métodos mixtos	Revelan una alta prevalencia del uso de benzodiacepinas no médicas entre los consumidores de opioides adultos jóvenes, lo que respalda hallazgos anteriores	El papel poco reconocido de las benzodiazepinas en las elevadas tasas actuales de uso de opioides en los EE. UU. Tanto los hallazgos cualitativos como cuantitativos indican que el uso de benzodiazepinas es muy común
Guía de consenso para el buen uso de benzodiacepinas: gestión de riesgos y beneficios. (24 de setiembre del 2021). Psiquiatria.com. https://psiquiatria.com/psiquiatria-general/guia-de-consenso-para-el-buen-uso-de-benzodiacepinas-gestion-de-riesgos-y-beneficios/	Guía de consenso	Aspectos claves en el tratamiento con benzodiacepinas y sus posibilidades de abuso, a hacer un buen uso de ellas y al correcto manejo en caso de la aparición de problemas.	Mayores de 60 años	Metaanálisis	Comportamientos y psicofisiológicas realizadas en condiciones de estudios experimentales (registros de polisomnografía en laboratorios del sueño).	Dispensación de Medicamentos y Productos sanitarios que precisan receta, y si no hay incidencia, se culmina en la dispensación efectiva del	Dispensación de Medicamentos y Productos sanitarios que precisan receta, y si no hay incidencia, se culmina en la dispensación efectiva del medicamento prescrito por el médico.	La ansiedad, la afeción más frecuente para la que se prescriben las benzodiacepinas, ocurre con frecuencia y cada vez se observa más

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
						medicamento prescrito por el médico.		
Hidalgo Rivera, M. y Rodríguez Pérez, A. (2022). Perfil de consumo de psicotrópicos de uso médico en Costa Rica durante el período 2018-2021. Unidad de Información y Estadística Nacional sobre Drogas. Instituto Costarricense sobre Drogas 2022 www.icd.go.cr	Estudio cuantitativo descriptivo	Conocer los patrones de consumo de psicotrópicos de uso médico en el período comprendido entre enero 2018 y diciembre 2021 en Costa Rica	Tablas de contingencia	La información fue extraída durante el primer semestre del año 2022 del Sistema Automatizado de Receta Digital y facilitado a los investigadores en formato de Microsoft Excel para su posterior procesamiento.	Personas que recibieron una prescripción de psicotrópicos a través del Sistema Automatizado de Receta digital para psicotrópicos y estupefacientes en el periodo comprendido entre enero del 2018 y diciembre del 2021, en Costa Rica.	Análisis descriptivo por medio de medidas de tendencia central	Generar recomendaciones orientadas a mejorar los hábitos de prescripción, las medidas de control y el uso racional de este grupo de fármacos.	Se evidencia que el Clonazepam es el psicotrópico más prescrito
López Cabrera, A., Rubio Ramos, J. y Moreno García, T. (2017). XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría 2017. ABUSO CRECIENTE DE LAS BENZODIAZEPINAS. https://psiquiatria.com/trabajos/usr_8643354122218.pdf .	Revisión bibliográfica	Conocer la realidad actual sobre la adicción que se está produciendo a estos fármacos en la sociedad y así plantear programas de prevención y ayuda.	Pacientes con consumo de BZD con algún trastorno depresivo o trastorno de ansiedad	Escalas de evaluación	El síndrome de la dependencia a BZD ha sido descrito generalmente por la presencia de síntomas de tolerancia y abstinencia.	Observación	Prevalencia anual de consumo de 31,4%, una prevalencia de vida de 42.9%. La relación hombre - mujer es de 2:1.	Entre el 10 y el 20% de la población de los países occidentales reconoce haber consumido benzodiazepinas durante el último año, y entre el 1 y el 3% las ha consumido

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
								diariamente durante más de un año.
Magin, P., Tapley, A., Dunlop, A. J., Davey, A., van Driel, M., Holliday, E., Morgan, S., Henderson, K., Ball, J., Catzikiris, N., Mulquiney, K., Spike, N., Kerr, R., & Holliday, S. (2018). Changes in Australian early-career general practitioners' benzodiazepine prescribing: A longitudinal analysis. <i>Journal of General Internal Medicine</i> , 33(10), 1676–1684. https://doi.org/10.1007/s11606-018-4577-523	Análisis longitudinal	Establecer si la prescripción de benzodiazepinas por parte de los registradores disminuye con el tiempo dentro de un programa de capacitación de médicos de cabecera	Registradores de cinco de los 17 proveedores regionales de formación de Australia. Los análisis se limitaron a pacientes \geq 16 años.	El programa de capacitación de tres años de duración de los registradores de médicos de cabecera de Australia incluye tres períodos obligatorios de seis meses basados en la práctica general.	La variable predictiva de "tiempo" fue el "período de capacitación" (términos 1 a 4 de duración de 6 meses).	Análisis longitudinal de 12 rondas de recopilación de datos (2010-2015) del estudio Registrar Clinical Encounters in Training (ReCEnT).	En un entorno de atención primaria, así como la exposición a un programa educativo clínico, daría como resultado una reducción en la prescripción de benzodiazepinas y el inicio de benzodiazepinas por parte de los registradores de práctica general.	En Australia hay pruebas convincentes de que se debe reducir la prescripción de benzodiazepinas.
Maravillas-Estrada, A., Roy-García, I. A., Rivas-Ruiz, R., & Vilchis-Chaparro, E. (2023). Factors associated with benzodiazepines dependence in insomnia patients. <i>Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social</i> , 61(Suppl 3), S387–S394. https://doi.org/10.5281/zenodo.8319759	Estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico.	Evaluar los factores asociados a la dependencia de benzodiazepinas en pacientes con insomnio.	Se seleccionaron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de insomnio y prescripción de benzodiazepinas.	La dependencia se midió con la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.	Se incluyeron 107 pacientes. Edad media 67 años, predominio femenino (72%), 74% cursaba secundaria o más, 71% tenía más de 3 años de diagnóstico, 84% usaba clonazepam. El	Observacional	Se incluyeron 107 pacientes. Edad media 67 años, predominio femenino (72%), 74% cursaba secundaria o más, 71% tenía más de 3 años de diagnóstico, 84% usaba clonazepam. El 54% presentó dependencia.	La escolaridad primaria mostró un menor riesgo de presentar dependencia a benzodiazepinas. El riesgo aumentó en aquellos con más de 3 años de diagnóstico y en aquellos con insomnio moderado y severo.

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
					54% presentó dependencia.			
McHugh RK, Geyer RB, Chase AR, Griffin ML, Bogunovic O, Weiss RD. Sex differences in benzodiazepine misuse among adults with substance use disorders. <i>Addict Behav.</i> 2021 Jan;112:106608. doi: 10.1016/j.addbeh.2020.106608. Epub 2020 Aug 14. PMID: 32861991; PMCID: PMC7572775.	Estudio de investigación	Se inscribieron en el estudio un total de 356 participantes	Reclutados para un estudio de encuesta transversal de una unidad de desintoxicación y estabilización de pacientes hospitalizados en un hospital psiquiátrico afiliado académicamente.	Encuesta transversal	Elegibles si tenían un diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias actual (según los criterios del DSM-5), tenían 18 años o más y podían leer y dar su consentimiento informado.	Caracterizar las diferencias de sexo en el uso indebido de benzodiazepinas en una muestra de adultos que reciben tratamiento para el trastorno por uso de sustancias	Casi la mitad de la muestra se le había recetado una benzodiazepina y más del 40% había abusado de una benzodiazepina.	Las mujeres tienen más probabilidades que los hombres de que se les diagnostique trastornos de ansiedad y de que se les receten benzodiazepinas.
McHugh, R. K., Votaw, V. R., Taghian, N. R., Griffin, M. L., & Weiss, R. D. (22 de junio del 2020). Benzodiazepine misuse in adults with alcohol use disorder: Prevalence, motives and patterns of use. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 117(108061), 108061. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108061	Estudio de análisis exploratorio	Caracterizar la prevalencia, las correlaciones y los patrones de uso indebido de benzodiazepinas en adultos con AUD.	258 participantes con diagnóstico actual de TCA.	Encuesta de sesión única	Adultos que se presentaban para recibir tratamiento de desintoxicación y estabilización como pacientes hospitalizados	Encuesta en curso de adultos que reciben tratamiento por TUS	Muchas personas informan que hacen un mal uso de las benzodiazepinas para mitigar la ansiedad, lo que destaca la importancia de mejorar el tratamiento para la ansiedad en esta población.	El uso indebido de benzodiazepinas es común en personas con AUD y a menudo ocurre en un patrón de uso riesgoso que involucra otras sustancias.
Minaya, Omar, Ugalde, Oscar, & Fresán, Ana. (2009). Uso inapropiado de fármacos de	Estudio de investigación	Describir y comparar las características	39 pacientes que acudieron de forma	El diagnóstico psiquiátrico de los	Características demográficas, las	Los síntomas de ansiedad se evaluaron	En cuanto a las características	Tanto la gravedad de los síntomas depresivos y

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. Salud mental, 32(5), 405-411		sociodemográficas y clínicas relacionadas con la prescripción y el uso de benzodiazepinas en adultos mayores con y sin dependencia a las mismas en un servicio especializado de psicogeriatría.	consecutiva a la Clínica de Psicogeriatría del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente en la Ciudad de México, que tuvieron como diagnóstico primario un trastorno depresivo mayor o trastorno de ansiedad de acuerdo con criterios diagnósticos del DSM-IV.	pacientes y la dependencia a las BDZ se realizó a partir del SCID-I.	características clínicas	con la Escala de Ansiedad de Hamilton (HAM-A) y la Escala de Ansiedad del Anciano (SAST)	clínicas, 38 pacientes (97.5%) tenían como diagnóstico principal un trastorno depresivo mayor.	ansiosos como el uso crónico de benzodiazepinas parecen deteriorar el desempeño cognoscitivo y el funcionamiento global de los pacientes.
Mokhar, A., Topp, J., Härter, M., Schulz, H., Kuhn, S., Verthein, U., & Dirmaier, J. (2018). Patient-centered care interventions to reduce the inappropriate prescription and use of benzodiazepines and z-drugs: a systematic review. PeerJ, 6(e5535), e5535. https://doi.org/10.7717/peerj.5535	Revisión Sistemática	Identificar intervenciones que promuevan tratamientos centrados en el paciente para el uso inadecuado de BZD y fármacos z y analizar su efectividad para	7.068 estudios y seleccionamos 20 para su revisión sistemática.	Estudios con diseños controlados centrados en pacientes adultos.	Diseño controlado, evaluaban a adultos de mediana edad (45 años y más), utilizaban intervenciones centradas en usuarios de	Los métodos que combinaron informar a los pacientes y a los profesionales sanitarios condujeron a una reducción	Nueve intervenciones se centraron en los pacientes, nueve en los profesionales sanitarios y dos tanto en los pacientes como en los profesionales sanitarios.	La dimensión de la información centrada en el paciente fue responsable de una disminución en el consumo de BZD y z-fármacos.

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
		reducir el uso inadecuado de estos fármacos.			BZD o fármacos z y/o profesionales de la salud (PS). involucrados en el proceso de atención y tuvieron como resultado primario de interés una reducción en el uso y/o prescripciones de BZD.	significativa en el uso de BZD.		
Oldenhof, E., Mason, T., Anderson-Wurf, J., & Staiger, P. K. (2021). Role of the prescriber in supporting patients to discontinue benzodiazepines: a qualitative study. <i>The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners</i> , 71(708), e517–e527. https://doi.org/10.3399/BJGP.2020.1062	Investigación	Investigar la percepción de los pacientes sobre la influencia de su prescriptor al dejar de usar BZD, incluida su voluntad de seguir sus consejos, y comprender cómo la etapa de cambio de un paciente influye en las barreras y facilitadores que perciben para suspender las BZD.	22 usuarios prolongados de BZD (≥ 6 meses), de entre 18 y 69 años	Encuesta en línea y entrevistas cualitativas	Dos grupos de usuarios de BZD, uno en proceso de reducción de su BZD y otro sin reducción, y fueron categorizados según su etapa de cambio.	Análisis temático para identificar barreras y facilitadores para reducir las BZD tanto a nivel de paciente como de prescriptor.	Las percepciones de los pacientes con BZD sobre la influencia del prescriptor se caracterizaron por los comportamientos de prescripción, el enfoque del tratamiento y la actitud.	Los médicos de cabecera no han recibido suficiente apoyo para implementar estos principios a través de la práctica actual de desprescripción.

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
Panes, A., Verdoux, H., Fourier-Réglat, A., Berdaï, D., Pariente, A., & Tournier, M. (2020). Misuse of benzodiazepines: Prevalence and impact in an inpatient population with psychiatric disorders. <i>British Journal of Clinical Pharmacology</i> , 86(3), 601–610. https://doi.org/10.1111/bcp.14165	Estudio de cohorte	identificar los factores de riesgo del uso indebido de benzodiazepinas y su impacto.	511 pacientes psiquiátricos hospitalizados durante los 2 meses de inclusión.	La estratificación se basó en el uso de al menos 1 benzodiazepina, al menos 1 benzodiazepina con indicación hipnótica y al menos 1 benzodiazepina con indicación ansiolítica.	Características sociodemográficas y clínicas asociadas con el mal uso de benzodiazepinas	Incluían todas las observaciones médicas, paramédicas y de enfermería, así como los resultados de los exámenes paraclínicos y las prescripciones de medicamentos.	La mayoría de los pacientes expuestos a benzodiazepinas durante su estancia hospitalaria tenían prescripción de alta sin benzodiazepinas o con una dosis inferior a la dosis máxima prescrita durante la hospitalización	El mal uso de benzodiazepinas es muy común en pacientes hospitalizados con trastornos psiquiátricos. Estos hallazgos deberían alertar a los médicos para que cumplan con las recomendaciones clínicas.
Park, T. W., Sikov, J., dellaBitta, V., Saitz, R., Walley, A. Y., & Drainoni, M.-L. (2023). "It could potentially be dangerous... but nothing else has seemed to help me.": Patient and clinician perspectives on benzodiazepine use in opioid agonist treatment. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i> , 131(108455), 108455. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108455	Estudio transversal	El impacto del uso de BZD en pacientes con OAT en su calidad de vida (CdV).	315 pacientes y se les preguntó si estaban interesados en participar.	Muestra de conveniencia de pacientes que recibían OAT oral o tratamiento asistido con heroína	Centros ambulatorios en Basilea, Suiza.	Cuestionarios de autoinforme sobre síntomas psiquiátricos y angustia psicológica	La asociación entre una menor calidad de vida y el uso de BZD en pacientes con OAT se ve fuertemente confundida por el estado depresivo y los síntomas psiquiátricos concurrentes.	El diagnóstico y tratamiento cuidadosos de los trastornos mentales concurrentes en la OAT es fundamental para mejorar la calidad de vida en esta población de pacientes y también puede ayudar a reducir el uso de BZD.
Pérez, V. y Veas, P. (18 de agosto de 2014). BVS. Uso prolongado de benzodiazepinas y estrategias para su	Estudio Diagnostico	Evaluar la prevalencia y el patrón de consumo de benzodiazepinas	45 pacientes con consumo crónico de benzodiazepinas	Censo de Salud Mental	Uso indiscriminado de benzodiazepinas en	Evaluación del grado de dependencia a través de	Intervención para disminuir el consumo crónico, los pacientes dismin	A través de una intervención protocolizada se puede lograr

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
deshabitación. https://pesquisa.bvsa.org/portal/resource/pt/lil-730914		en el Cesfam Puertas Negras, junto a la efectividad de una intervención sistémica para disminuir o suspender el consumo en aquellos pacientes con dependencia.	epinas de 80 años o más		la población del Cesfam Puertas Negras, como también una mala indicación del medicamento.	criterios DMS IV	uyeron en un 81 por ciento el consumo y se logró la suspensión en 12 pacientes.	la suspensión en un gran número de pacientes, pero es fundamental la creación de intervenciones a nivel de salud pública para fomentar su uso racional.
Reid Finlayson, A. J., Macoubrie, J., Huff, C., Foster, D. E., & Martin, P. R. (2022). Experiences with benzodiazepine use, tapering, and discontinuation: an Internet survey. <i>Therapeutic Advances in Psychopharmacology</i> , 12, 20451253221082386. https://doi.org/10.1177/20451253221082386	Artículo de investigación	Evaluar las experiencias de quienes toman, reducen o han discontinuado benzodiazepinas.	Un total de 1682 personas comenzaron la encuesta, de los cuales 1207 encuestados fueron identificados por el sistema de origen como quienes habían terminado la encuesta,	Encuesta en línea	Uso a largo plazo, la reducción gradual, la interrupción y los síntomas de abstinencia.	Encuesta anónima en línea	Los síntomas asociados con el uso, la reducción gradual y la interrupción de las benzodiazepinas fueron numerosos y abarcaron desde síntomas como ansiedad, insomnio y nerviosismo hasta problemas digestivos, ritmos cardíacos irregulares, ira incontrolable, fotosensibilidad, problemas de equilibrio y otros.	Se necesita una mayor conciencia tanto por parte de los médicos como de los pacientes sobre la posibilidad de que la abstinencia de las benzodiazepinas sea difícil.
Sánchez-Hervás, E., Tomás Gradolí, V., & Marales Gallús, E. (2014). Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. <i>Trastornos</i>	Revisión bibliográfica	Disponer de un modelo de intervención que permita evaluar las necesidades de los	Personas con problemas por consumo de drogas	NA	Psicoeducación, motivación, concienciación, manejo del craving,	Modelo de tratamiento psicoterapéutico	La integración de terapias validadas en estos modelos puede aumentar la	Los programas de tratamiento que han demostrado ser efectivos en el abuso y la

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
adictivos, 6(3), 159–166. https://doi.org/10.1016/s1575-0973(04)70159-2		pacientes y de su proceso real de cambio			prevención de recaídas y otras técnicas cognitivas y conductuales.		eficiencia de los tratamientos.	dependencia a drogas se corresponden fundamentalmente con terapias de orientación cognitivo-conductual.
Silvernail, C. M., & Wright, S. L. (2022). Surviving benzodiazepines: A patient's and clinician's perspectives. <i>Advances in Therapy</i> , 39(5), 1871–1880. https://doi.org/10.1007/s12325-022-02055-y	Artículo	Las experiencias vividas por aquellos afectados negativamente a largo plazo pueden proporcionar información sobre cómo estos agentes podrían prescribirse de manera más cuidadosa.	Experiencias que abarca el inicio de benzodiazepinas, su uso continuo con consecuencias adversas y su interrupción difícil a través de los ojos de un individuo afectado y un médico.	NA	NA	NA	Aunque algunos estudios publicados sobre el manejo del uso de BZD tienen valor, los profesionales han hecho inferencias más allá de los parámetros del estudio.	Un tipo de sesgo cognitivo denominado negligencia de extensión puede dar lugar a conclusiones inválidas derivadas de estudios con tamaños de muestra pequeños y/o períodos de observación cortos.
Vicens, C., Leiva, A., Bejarano, F., Sempere-Verdú, E., Rodríguez-Rincón, R. M., Fiol, F., Mengual, M., Ajenjo-Navarro, A., Do Pazo, F., Mateu, C., Folch, S., Alegret, S., Coll, J. M., Martín-Rabadán, M., & Socias, I. (2022). Evaluation of a multicomponent intervention consisting of education and feedback to reduce benzodiazepine	Artículo de investigación	Evidencia de que las intervenciones implementadas por los médicos generales (GP) pueden reducir las prescripciones a largo plazo de BZD	81 APS se asignaron aleatoriamente a los grupos de intervención	Ensayo controlado aleatorio grupal	Los farmacéuticos, investigadores y estadísticos del ensayo estaban cegados al grupo de asignación.	Ensayo híbrido de implementación n-eficacia tipo 1, aleatorizado, controlado por conglomerados, de dos	Las pautas actuales de prescripción de benzodiazepinas (BZD) recomiendan su uso a corto plazo para minimizar el riesgo de dependencia, deterioro cognitivo, caídas y fracturas.	Una reducción escalonada de la dosis personalizada para suspender las BZD redujo con éxito la proporción de usuarios a largo plazo, lo que potencialmente podría reducir los

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
prescriptions by general practitioners: The BENZORED hybrid type 1 cluster randomized controlled trial. PLoS Medicine, 19(5), e1003983. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003983						brazos y multicéntrico		resultados adversos relacionados con el uso a largo plazo
Vicens, Catalina & Gelabert, Francisca. (2014). Abordaje de la deshabitación de benzodiazepinas en atención primaria. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud, ISSN 1130-8427, Vol. 32, N°. 2, 2008, pags. 52-57. 32.	Artículo bibliográfico	Abordan diferentes aspectos del consumo crónico de benzodiazepinas, y que se acompaña de una pauta de descenso gradual de dosis y de visitas de seguimiento	Han sido evaluadas en ensayos clínicos y un reciente metaanálisis	Entrevista estandarizada	NA	NA	Sus beneficios a corto plazo están fuera de toda duda, sin embargo, su consumo prolongado no está exento de riesgos.	Las benzodiazepinas son uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la mayoría de los países desarrollados.
Votaw, V. R., Geyer, R., Rieselbach, M. M., & McHugh, R. K. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. Drug and Alcohol Dependence, 200, 95–114. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033	Revisión sistemática	Caracterizar el estado actual de la ciencia sobre la epidemiología del uso indebido de benzodiazepinas.	Personas con síntomas y trastornos psiquiátricos	La mayoría de los participantes en los estudios revisados recibieron benzodiazepinas de un amigo/familiar con receta y abusaron de las benzodiazepinas	Hallazgos de que la regulación de los estados afectivos y somáticos negativos	También se documentaron perfiles de alto riesgo que incluían: uso indebido frecuente, ingestión conjunta con otras sustancias, obtención de fuentes ilícitas, vías de administración no orales, múltiples	La gravedad del consumo de sustancias podría ser un factor pasado por alto que confunde la asociación entre el uso indebido de benzodiazepinas y los malos resultados.	El uso indebido de benzodiazepinas se asocia con una variedad de consecuencias, que incluyen sobredosis, conductas suicidas y de riesgo, enfermedades infecciosas, criminalidad, malos resultados del tratamiento del TUS y baja calidad de vida.

Referencia bibliográfica	Tipo de artículo (nivel de evidencia)	Objetivo	Población y muestra	Instrumentos de recolección	Variables o categorías	Procedimientos.	Resultados	Conclusiones
						motivos de uso y consecuencias funcionales y para la salud importantes.		
<p>Xu, X., Ye, Y., Wang, X., Xu, J., Li, C., Wang, G., Zhu, Y., Jiang, H., & Zhong, N. (2022). Effectiveness and utility of an electronic intervention for appropriate benzodiazepine and Z-drugs prescription in psychiatric clinics: protocol for a multicentric, real-world randomised controlled trial in China. <i>BMJ Open</i>, 12(4), e055341. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055341</p>	Estudio de investigación	Determinar la eficacia y utilidad de la intervención electrónica para reducir las prescripciones inadecuadas de BZRA en entornos psiquiátricos ambulatorios del mundo real.	Los participantes serán asignados aleatoriamente	Para medir la utilidad, se recopilaron datos de evaluación de la intervención y utilización del sistema del grupo de intervención.	El conocimiento y las actitudes de los psiquiatras sobre la prescripción adecuada de BZRA, los efectos secundarios asociados de los BZRA entre los pacientes y la autoeficacia.	Debido a que se trata de un estudio abierto del mundo real, es difícil cegar a los participantes e investigadores sobre la asignación de grupos.	La base de datos incluye información de prescripción anónima como el código único del paciente y la información demográfica; el código único de los médicos; e información de diagnóstico y prescripción sobre el tipo de medicamento, dosis, duración, uso, etc.	Es posible notar mejoras en los patrones de prescripción de los médicos en un plazo de 6 meses.

13.1 Aprobación TFG

Jueves 19 de octubre . 2023

Doctora
Flavia Solorzano Morera
Postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria
Universidad de Costa Rica
Coordinadora

Estimada doctora:

Por medio de la presente me permito saludarla y a la vez informarle que el Protocolo de Trabajo Final de Graduación de la Dra. Andrea García Salas, médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria, cédula 112730672, cuenta con la aprobación de mi persona como tutora tesis para ser presentado al Comité de Postgrado , en la fecha mas próxima que se tenga disponible

Sin otro particular , se despide

ANA
ALEJANDRA
CASCANTE
GOMEZ (FIRMA)

Firmado digitalmente
por ANA ALEJANDRA
CASCANTE GOMEZ
(FIRMA)
Fecha: 2023.10.19
12:37:37 -06'00'

13.2 Aprobación Protocolo TFG

San José, 21 de setiembre de 2023

Señores

Comité director Programa de Posgrado en Especialidades Médicas

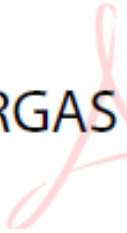
Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria

Universidad de Costa Rica

Estimados señores

Reciban un cordial saludo, por medio de la presente les indico que, de mi parte como lectora de la tesis de la residente Andrea García Salas, cedula 112730672, considero que puede presentar el protocolo de trabajo final de graduación.

**VANESSA
ARAYA VARGAS
(FIRMA)**



Firmado digitalmente
por VANESSA ARAYA
VARGAS (FIRMA)
Fecha: 2023.09.21
12:36:08 -06'00'

Dra. Vanessa Araya Vargas.

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

13.3 Benzo carta

Benzocarta

Fecha

Estimado [Nombre del Paciente]:

Me dirijo a usted como su médico tratante para comunicarle la importancia de reducir gradualmente el uso de benzodiazepinas hasta llegar a suspenderlas. Después de revisar su expediente médico es oportuno iniciar con el proceso de desprescripción para disminuir los riesgos del uso prolongado de este medicamento.

Motivo de la Reducción:

El uso prolongado de benzodiazepinas puede aumentar el riesgo de dependencia, tolerancia y efectos secundarios adversos como deterioro cognitivo, caídas y fracturas debido a los efectos sedantes y la disminución de la coordinación motora. La desprescripción gradual es recomendada para disminuir estos riesgos y mejorar su salud.

Plan de Reducción Gradual:

El plan de reducción gradual está diseñado para minimizar los síntomas de abstinencia y asegurar una transición segura. A partir de la fecha de esta carta, le recomendaría reducir la dosis de [nombre de la benzodiazepina] en [x cantidad] cada [x período de tiempo]. Esto será monitoreado y ajustado según sea necesario en las próximas consultas.

Posibles Efectos Secundarios:

La reducción de benzodiazepinas puede estar asociada con síntomas de abstinencia, como ansiedad, insomnio e irritabilidad. Estamos aquí para apoyarlo durante este proceso y proporcionar estrategias para manejar cualquier síntoma que pueda surgir.

Medidas de Apoyo Disponibles:

Estamos disponibles para atender cualquier duda y ofrecer apoyo adicional según sea necesario. Es importante considerar técnicas de manejo del estrés, como ejercicios de respiración, o la meditación. Por favor, no dude en contactarnos si surge alguna duda o inquietud sobre este proceso de desprescripción.

Atentamente,

[Nombre del Médico] [Información de Contacto]

Fuente. Elaboración propia.

13.4 Carta de revisión filológica

CARTA DE REVISIÓN FILOLÓGICA

San José, 25 de abril de 2024

Estimadas personas:

Por medio de la presente hago constar que, en mi calidad de filóloga, miembro de la Asociación Costarricense de Filólogos, Gloriana Bermúdez Durán, cédula 1-1196-0918, he revisado el trabajo final de graduación para optar por el título de Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria denominado: "Analizar estrategias de prevención y de abordaje en el trastorno de adicción a las benzodiazepinas en personas mayores de 60 años aplicables desde atención primaria", realizado por Andrea García Salas, cédula 1-1273-0672.

Sin más por el momento,

Gloriana Bermúdez D.

Gloriana Bermúdez Durán

Cédula 1-1196-0918

Carné 47753