

# Uso prolongado de benzodiazepinas y estrategias para su deshabitación.

Pérez V. María Javiera<sup>1</sup>, Veas R. Paola

## Resumen

Las benzodiazepinas son uno de los psicofármacos más usados en el mundo y durante estos últimos años ha producido gran atención debido al aumento en su indicación. Esto ha elevado también, los efectos adversos asociados al uso prolongado, especialmente la presencia de dependencia, la asociación con el deterioro cognitivo y el riesgo de caídas.

El objetivo de este estudio fue evaluar la prevalencia y el patrón de consumo de benzodiazepinas en el Cesfam Puertas Negras, junto a la efectividad de una intervención sistemática para disminuir o suspender el consumo en aquellos pacientes con dependencia.

Método: Se cuantificó el número de pacientes con consumo crónico de benzodiazepinas a través del censo de Salud Mental. Posteriormente se evaluó el grado de dependencia a través de criterios DMS IV y finalmente se ingresó a estos pacientes a un programa de descenso gradual.

Resultados: Al ingreso se contaba con un total de 45 pacientes con consumo crónico de benzodiazepinas. Luego de la intervención para disminuir el consumo crónico, los pacientes disminuyeron en un 81% el consumo y se logró la suspensión en 12 pacientes.

Discusión: Existe un uso indiscriminado de benzodiazepinas en la población del Cesfam Puertas Negras, como también una mala indicación del medicamento. A través de una intervención protocolizada se puede lograr 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.

## Introducción

Las benzodiazepinas son un grupo de fármacos que aparecieron en la década de los 60 luego de la introducción de los barbitúricos. La primera benzodiazepina sintetizada fue el clordiazepóxido en el año 1959 y desde entonces se han producido más de 1000 benzodiazepinas diferentes.

Actúan como depresores del sistema nervioso central, especialmente en el sistema límbico, activando el receptor de GABA A (neurotransmisor endógeno con acción depresora del SNC). La función de este receptor de GABA A es mediar cambios en el flujo del cloro a través de la membrana neuronal. En presencia del neurotransmisor GABA, este receptor se activa, se abre el canal y se produce entrada de Cloro a la célula y la consecuente inhibición de la actividad neuronal. (1,2). Se postula que su uso crónico produciría una regulación negativa del receptor y cambios configuracionales, disminuyendo la potencia de la unión entre el fármaco y el receptor. (3)

Este grupo de fármacos se caracterizan por tener diferentes efectos; ansiolíticos en dosis bajas, sedantes e hipnóticos a dosis mayores y anticonvulsivantes y relajantes musculares. (4,5)

La utilidad de estos fármacos, por sus efectos recién descritos, son ampliamente reconocidos y utilizados, tanto para los médicos generales en atención primaria como por la psiquiatría. Por otro lado, es por estos mismos efectos y por su perfil farmacológico, que se ha descrito un aumento indiscriminado en su consumo. El uso inapropiado de estos fármacos, se relaciona con cuadros de abuso y dependencia, igual como aquellos descritos para otras sustancias adictivas como la cocaína y el alcohol. (6-10) Se cree que la presencia de tolerancia, la dependencia y el síndrome de abstinencia que producen estos fármacos se debe a su mecanismo de acción. El síndrome de abstinencia es similar al descrito para otras sustancias. Los síntomas más frecuentes son: insomnio, problemas gástricos, temblor, agitación, miedo y espasmos musculares (11). Menos frecuente se observa irritabilidad, sudoración, despersonalización, depresión, comportamiento

<sup>1</sup>Médico cirujano CESFAM Puertas Negras. Email: javi.perezv@gmail.com. Recibido el 9 de junio de 2013 aceptado 31 de enero de 2014.

suicida, psicosis, convulsiones en incluso síntomas similares al delirium tremens. (11-14)

El potencial adictivo de las distintas sustancias se debe a distintos factores, entre los que se describen las propiedades intrínsecas del fármaco, como su vida media y la vía de administración. Además aquellos fármacos que producen efectos placenteros tienen más riesgo de ser usados de forma repetida (15). La presencia de tolerancia (aumento de la dosis del medicamento para obtener el efecto deseado) y la presencia de síntomas de abstinencia al suspender el consumo, provoca que las personas vuelvan o aumenten el consumo de la sustancia. En algunos casos las propiedades genéticas de los individuos los hacen más propensos al consumo adictivo (16), también algunas comorbilidades como los trastornos de la personalidad y la depresión.

El riesgo de dependencia de las benzodiazepinas se asocia a los siguientes factores: consumo por tiempo prolongado, en general, mayor a 3 meses; dosis elevadas del medicamento y uso de benzodiazepinas de vida media corta con gran poder ansiolítico. Sin embargo, puede aparecer dependencia si el medicamento ha sido usado por largos períodos de tiempo, aunque las dosis hayan sido bajas y la vida media del fármaco sea larga.

En los últimos años ha habido una creciente preocupación debido a las altas tasas de consumo de benzodiazepinas. La utilidad de su uso en el corto plazo (por 2 a 4 semanas) está bien documentado, especialmente para los trastornos de ansiedad y para el insomnio severo. De acuerdo al comité Safety of Medicines (17) del Reino Unido se recomienda el uso de benzodiazepinas siguiendo la siguiente indicación: Alivio por un periodo breve (2 a 4 semanas) de la ansiedad intensa, invalidante o que provoque gran sufrimiento y no se recomienda para la ansiedad leve y pasajera; su uso en insomnio debe ser exclusivamente para tratar el insomnio intenso, invalidante o que haga sufrir exageradamente al paciente. Otros usos descritos son para el Trastorno de pánico y menos frecuente para la fobia social, la depresión y al Trastorno obsesivo compulsivo. Estos últimos también por períodos cortos de tiempo (18-21). Por ejemplo, se realizó un metaanálisis que evalúa los riesgos y los beneficios de usar estos fármacos para

el tratamiento del insomnio en mayores de 60 años y se concluyó que hay que tratar a 13 pacientes para que recién uno mejore la calidad del sueño (22).

Los principales problemas del uso prolongado son que se desconoce su eficacia y que se asocian a diferentes efectos adversos como: deterioro de la memoria, aumento del riesgo de caídas (especialmente en los adultos mayores) (21,23-29) y riesgo de abuso y dependencia. (6,19-20,30-34)

A pesar de su potencial efecto adictivo y sus efectos adversos en largo plazo, continúan siendo los fármacos de elección a nivel mundial para el manejo de la ansiedad y del insomnio. El uso de las benzodiazepinas está recomendado por cortos períodos de tiempo, idealmente menos de 3 meses, pero entre un 1 a 3% de la población mundial usuaria de estos fármacos los recibe por largos períodos de tiempo (32). A nivel mundial su uso ha ido en aumento desde su descubrimiento, siendo Europa el mayor consumidor. Existe evidencia de que más del 10% de la población de los países desarrollados es consumidora de psicofármacos. (35-37). La prevalencia de consumo de benzodiazepinas en Europa fluctúa entre un 2 a 3% (38) de la población, aunque se ha observado un pequeño descenso en el consumo en los últimos años (39). Si se compara la prevalencia anual del consumo entre diferentes países estudiados, está descrito el más bajo para Suecia con un 6.6% y el más alto para Bélgica con un 14.4% (40).

En América Latina, existen diversos estudios que han informado datos sobre el consumo de benzodiazepinas en Chile. En 1988, se publicó un estudio realizado en Concepción que mostró que un 58% de las benzodiazepinas se vendían en las farmacias, sin receta médica (41). Entre Diciembre del 1990 y Enero del 1991 se realizó un estudio que incluyó a 1.500 personas mayores de 15 años en Santiago. Se investigó sobre la prevalencia de consumo, la dosis, el motivo del consumo, la fuente de obtención del medicamento y otras variables psicosociales. Los resultados de este estudio mostraron que existe una prevalencia anual de consumo de 31,4%, una prevalencia de vida de 42.9%. La relación hombre - mujer es de 2:1. El consumo aumenta con la edad, el agente prescriptor era un médico en el 71% de los casos, un 15,2% era un conocido y por último un 13.8% era un familiar. Un 66% de los usuarios obtenía el medicamento sin receta médica y en un 60% de los consumidores la

indicación del tratamiento era indefinida. Un 3.3% cumplía criterios de dependencia a través de los criterios del DSM IV (42).

Los resultados de estos estudios, determinaron que el Ministerio de Salud pusiera restricciones en la venta de estos medicamentos, las que se iniciaron con la promulgación del decreto supremo N° 15.069 en el año 1993, cuando se instauró la Receta Médica Retenida. Luego que se hizo efectivo este decreto, se encontró una prevalencia anual de consumo menor que la descrita en 1990, de 19.4%, de los cuales el 29.3% los consumían por más de 1 año. (43,44). Una proporción importante de las benzodiazepinas prescritas, es por médicos de la atención primaria de salud. (45-48). En un gran porcentaje de los pacientes en control por problemas de salud mental, el tratamiento indicado con benzodiazepinas no es el tratamiento recomendado para el diagnóstico específico del paciente. (49)

Están descritos diferentes estrategias para reducir y suspender el uso prolongado de benzodiazepinas, pero no existe un consenso respecto a cual de éstas es la mejor. Se han descrito distintas terapias, desde intervenciones mínimas (como terapias grupales) (50,51) donde la tasa de éxito fluctúa entre el 18 y 22% y tratamientos sistemáticos de discontinuación, definidos como, programas que consisten en terapias “paso a paso” acompañados o no de psicoterapia, liderados siempre por un médico o psicólogo. Éstas alcanzan una tasa de abandono del 24 al 62% (52-58). El uso de Terapia Cognitiva Conductual (TCC) como coadyuvante también ha sido estudiado, y se ha visto que también añadiría un efecto beneficioso al tratamiento médico, especialmente en aquellos pacientes con insomnio hasta de un 77% de efectividad (53,59,60). En la literatura, hasta el momento, no existe ningún estudio que haya evaluado el rol de la psicoeducación en la discontinuación de uso crónico de benzodiazepinas.

En el año 1993, Rusell & Lader propusieron un método con distintos niveles de intervención, desde una intervención mínima, hasta progresivamente ir intensificando el proceso de discontinuación (61). Las terapias “coadyuvantes” con otros medicamentos también son efectivas: la evidencia es más sólida para el uso de imipramina y carbamazepina y menos para el propranolol, trazodona y buspirona (5,68).

Recientemente se publicó un ensayo usando paroxetina, en que al parecer habría un efecto beneficioso (62) pero no hay más datos que justifiquen su uso. En otros estudios se ha visto que adicionar Melatonina, Ácido Valproico o Flumazenil también tendrían un efecto beneficioso (63-65), pero los datos tampoco son concluyentes.

Debido a la cercanía hacia el entorno del paciente (familia y comunidad) que tiene el médico y la psicóloga de atención primaria, es que el tratamiento de la deshabitación del consumo prolongado de benzodiazepinas debe realizarse de forma ambulatoria en atención primaria. Desde el estudio realizado en Santiago en 1991 (42) no se han publicado mayores estadísticas que informen sobre el patrón de consumo de estos fármacos en la población general ni sobre la efectividad de los programas de deshabitación en la población chilena. Es por esto, que decidimos realizar un análisis del consumo de benzodiazepinas en los usuarios del CESFAM Puertas Negras. Éste es un centro de atención primaria de salud, que pertenece a la Comuna de Valparaíso. El objetivo de éste estudio fue en primer lugar conocer la prevalencia y el patrón del consumo de este grupo de medicamentos en el centro y en segundo lugar reducir su consumo prolongado a través de terapia intensiva individual de médico y psicóloga, mediante la disminución progresiva de la dosis del medicamento y psicoeducación.

## Materiales y métodos

El Centro de Salud Familiar (CESFAM) Puertas Negras pertenece a la comuna de Valparaíso. Es un centro que cuenta con una población inscrita total de 11.663 personas, siendo el CESFAM que tiene proporcionalmente la mayor cantidad de población adulta (25 – 64 años) de toda la Corporación Municipal de Valparaíso (CORMUVAL), con un 65,35%. (66)

La primera parte del estudio fue descriptivo de corte transversal. En Enero del 2012 se contabilizó el número de pacientes ingresados y en control en el programa de Salud Mental. Estos datos fueron extraídos de los censos mensuales de los años anteriores. Con esta información se logró determinar; el número de pacientes ingresados al programa de salud mental para Enero del 2012 y las prevalencias de los diferentes diagnósticos. Una vez que ya obtuvimos el número

de pacientes en control de salud mental, se hizo un análisis de las fichas clínicas. A través de este análisis pudimos determinar el número de pacientes que consumían benzodiazepinas, el tiempo de consumo y cuales benzodiazepinas consumían. Además mediante el censo realizado por Farmacia, en Enero del 2012, pudimos obtener el total de pacientes que consumían benzodiazepinas entregadas por el establecimiento (Diazepam de 5 mg y Alprazolam de 0.25 mg).

Una vez obtenidos los datos de estos pacientes, se realizó un análisis más exhaustivo de las fichas clínicas para evaluar si los medicamentos eran entregados en controles médicos y cual fue el motivo de indicación del fármaco.

La segunda parte del estudio se realizó entre Enero del 2012 y Marzo del 2013 con pacientes del programa de Salud Mental que cumplían con criterios de dependencia (tabla 1) los cuales fueron ingresados a un programa de deshabitación. Se realizó una intervención intensiva, individual y protocolizada, realizada por psicóloga y médico, mediante deshabitación sistemática, apoyada de psicoeducación.

TABLA 1  
Criterios nosológicos DSM-IV para la dependencia de sustancias (American Psychiatric Association, 1994)<sup>3</sup>

Criterio 1	Tolerancia, definida por alguno de los siguientes síntomas: <i>a</i> ) una marcada necesidad de incrementar las cantidades de la sustancia para alcanzar la intoxicación o el efecto deseado, o <i>b</i> ) efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia
Criterio 2	Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes síntomas: <i>a</i> ) síndrome de abstinencia característico para la sustancia, o <i>b</i> ) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia (4 o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo disfórico o depresivo, insomnio, irritabilidad, frustración o ira, ansiedad, dificultad de concentración, inquietud o impaciencia, disminución de la frecuencia cardíaca, aumento de apetito o aumento de peso)
Criterio 3	Con frecuencia el consumo de la sustancia se hace en mayor cantidad o durante un período más largo de lo que inicialmente el sujeto pretendía
Criterio 4	Existe un deseo persistente o uno o varios esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el consumo de la sustancia
Criterio 5	Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos
Criterio 6	Reducción considerable o abandono de actividades sociales, laborales o recreativas a causa del consumo de la sustancia
Criterio 7	Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que aparecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia
Especificaciones	Con dependencia fisiológica. Esta especificación debe usarse cuando la dependencia a sustancias se acompaña de signos de tolerancia (criterio 1) o abstinencia (criterio 2) Sin dependencia fisiológica. Esta especificación debe usarse cuando no existe evidencia de tolerancia (criterio 1) o abstinencia (criterio 2). En estos sujetos la dependencia de sustancias se caracteriza por un patrón de uso compulsivo (al menos 3 ítems de los criterios 3-7)

La primera parte del programa consistió en realizar una entrevista individual estandarizada por médico de cada paciente, que consistió en:

1. Explicar que son las benzodiazepinas, para que sirven y cuáles son sus efectos a corto, mediano y largo plazo.
2. Explicar que es la dependencia, que es el síndrome de abstinencia y cuáles son sus síntomas.
3. Explicar cuáles son los efectos adversos del consumo por tiempos prolongados (déficit cognitivo, demencia, riesgos de caídas y otros accidentes).
4. Informar que la retirada será gradual para evitar los síntomas de abstinencia
5. Garantizar el apoyo tanto de médico como psicóloga durante todo el proceso que dure la deshabitación.

6. Por último, uno de los aspectos más importantes que se evalúa es la motivación del paciente respecto a la disminución o suspensión del medicamento.

La segunda etapa consistió en establecer el plan de retirada del fármaco, donde se siguió el siguiente esquema;

Cambio de fármacos como alprazolam, clonazepam y bromazepam por diazepam en dosis equivalentes (67). Una vez que todos los pacientes se encontraban tomando diazepam, se inició una disminución de la dosis de forma progresiva:

1. Dividir la dosis actual del fármaco en dos tomas, una matinal y otra nocturna.
2. Disminuir la dosis matinal, en mitades (50%) hasta suspender la dosis matinal.

3. Finalmente, se disminuyó la dosis nocturna, también en mitades hasta lograr la suspensión.

En aquellos pacientes en que la disminución de la dosis a la mitad produjo síntomas de abstinencia, se mantuvo la dosis previa al descenso, y se fue disminuyendo en un 25% en vez de un 50% igual de forma mensual o cada 2 meses (según la disponibilidad de la agenda).

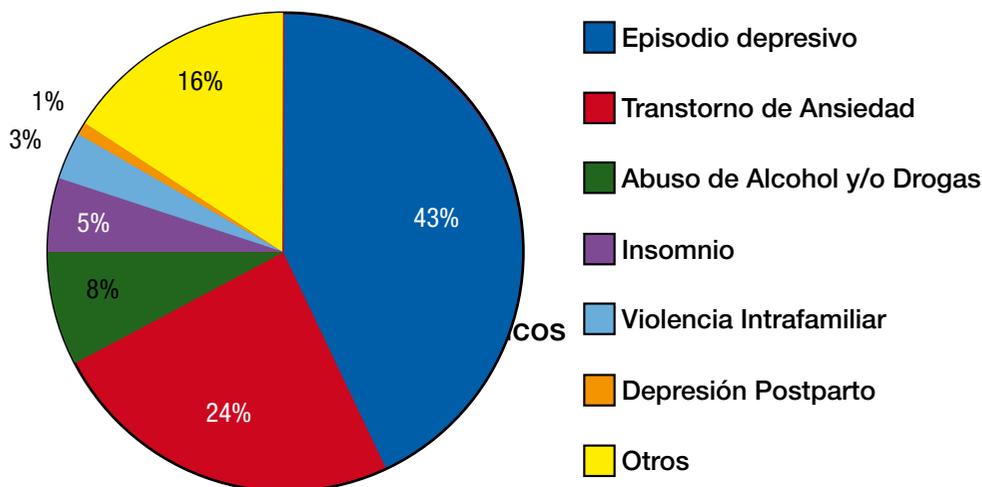
Esta disminución se realizó mensual o cada 2 meses, dependiendo de la disponibilidad de hora de consulta de salud mental. Como técnica de apoyo, se usaron otros fármacos para disminuir la aparición de insomnio:

amitriptilina en dosis de 25 hasta 50 mg en la noche, clorpromazina en dosis de 25 a 50 mg y carbamazepina en dosis de 200 mg en la noche (5,68). Debido a la disponibilidad de horas y a la presencia de sólo una psicóloga en nuestro centro, las consultas se realizaban de forma mensual o cada 2 meses, para la psicoeducación. (56,69,70)

En los pacientes menores de 65 años nuestra meta es lograr la suspensión de las benzodiazepinas, pero en los adultos mayores, con consumo mayor a un año, nos planteamos dos objetivos: intentar la suspensión, pero en el caso que no se pueda lograr mantenerlos a las dosis más bajas posibles.

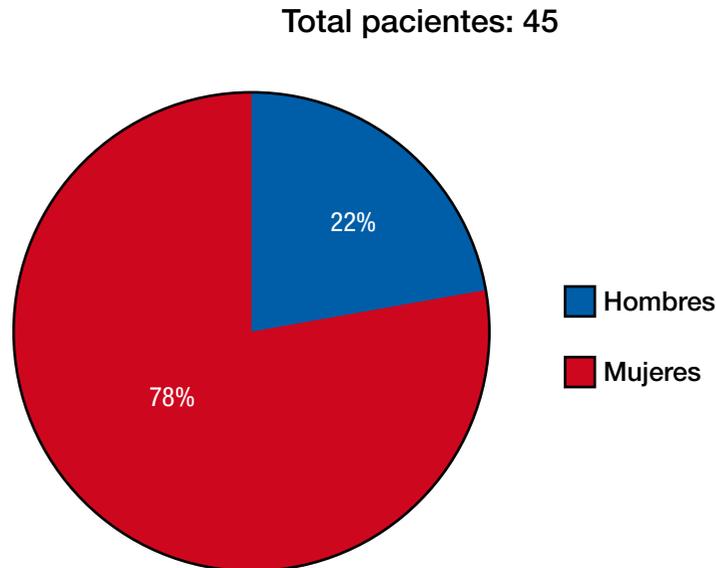
## Resultados

Los datos extraídos en el censo mensual de salud mental realizado en Enero del 2012 demuestran que existe un total de 333 pacientes en control en el programa de salud mental para esa fecha. Los diagnósticos más frecuentes según los criterios del CIE 10 en orden decreciente son: Episodio depresivo en un 42,9%, Trastorno de ansiedad 24,3%, abuso o dependencia de alcohol y/o drogas 7,8%, Insomnio en 5%, Violencia intrafamiliar 3%, Depresión postparto 1% y otros diagnósticos un 16%, de acuerdo al siguiente gráfico: (Gráfico 1)

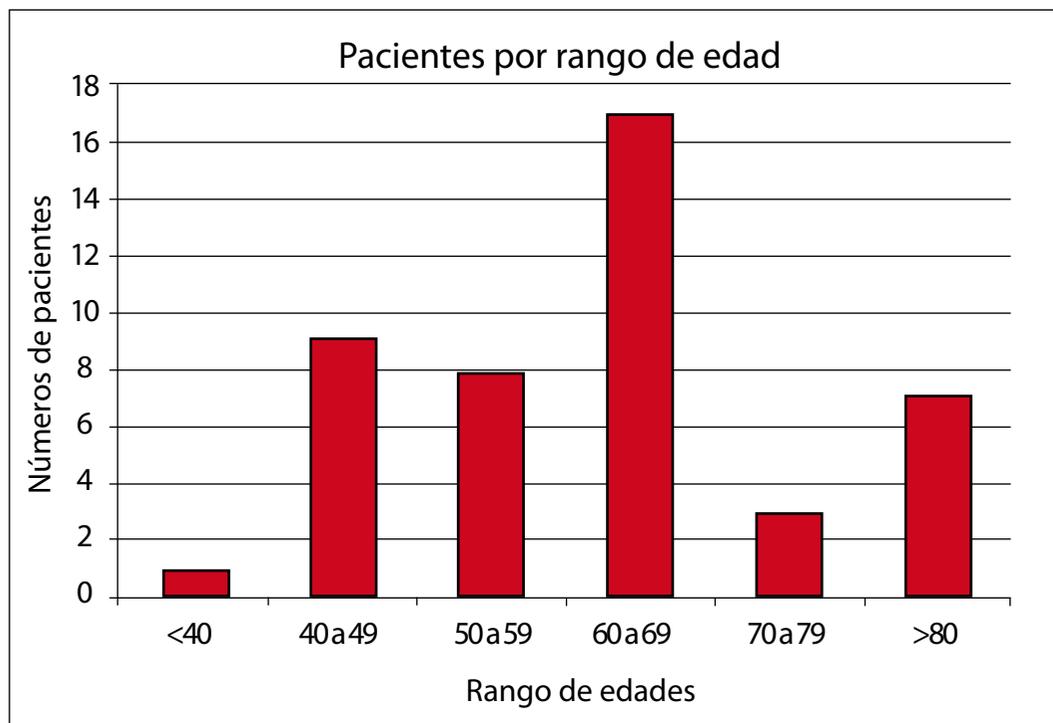


En enero del 2012 existían 60 pacientes que consumían benzodiazepinas, pero un 25% (15 pacientes) correspondían a pacientes con diagnóstico de epilepsia que lo usaban como tratamiento anticonvulsivante, indicado por Neurólogo.

El total de pacientes que consumía benzodiacepinas, ingresados al programa de salud mental era de 45. De estos, 35 eran mujeres (78%) y 10 eran hombres (22%), en una proporción de 3,5:1, como lo muestra el gráfico siguiente (Gráfico 2):

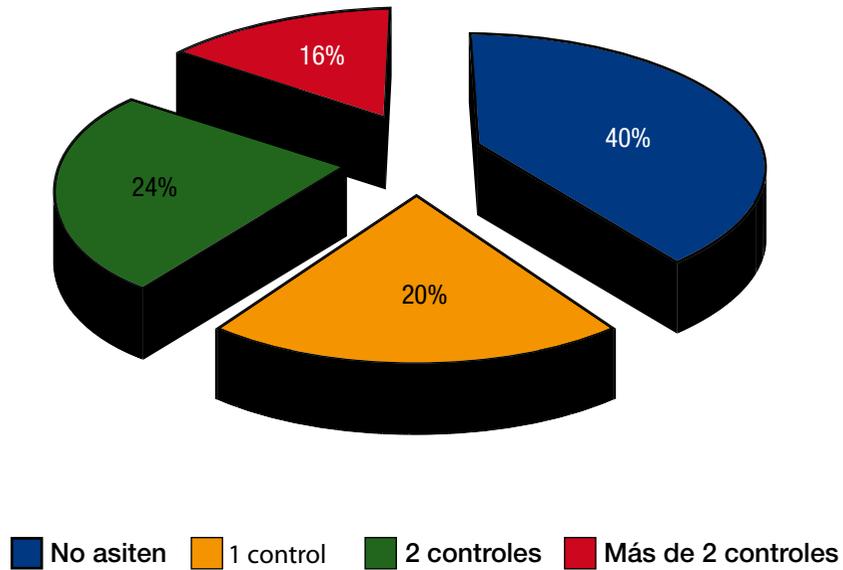


El número de pacientes según rango de edad se describe en el gráfico 3. El rango de edad donde el consumo era más frecuente fue de 60 a 69 años, seguido por 40 a 49 años.



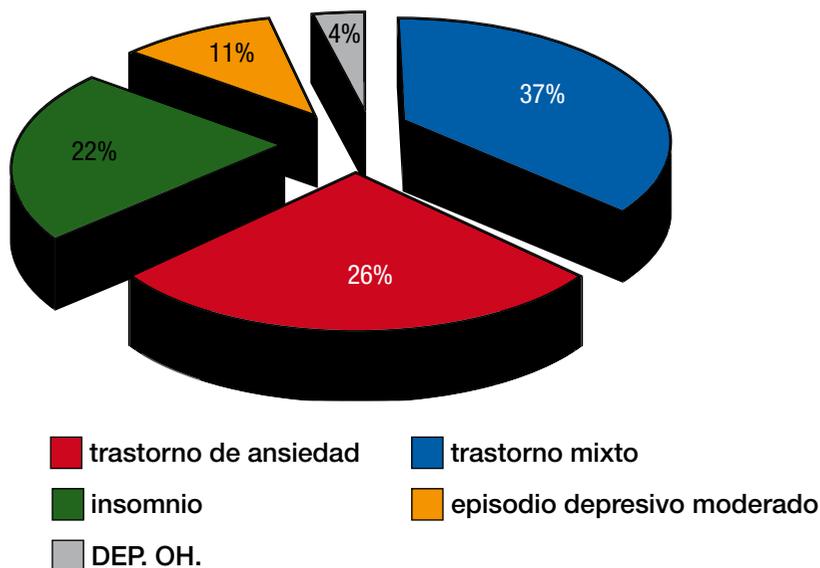
De estos 45 pacientes, había un total de 27 pacientes (60%) que habían asistido a control de salud mental en el año previo y 18 pacientes (40%) que nunca habían tenido control. De los 27 pacientes, 9 habían asistido sólo a 1 control (20%), 11 a 2 controles (24%) y 7 a más de dos controles en el año anterior (16%). Esto se ve reflejado en el Gráfico 3.

**Asistencia a controles  
(número de pacientes)**

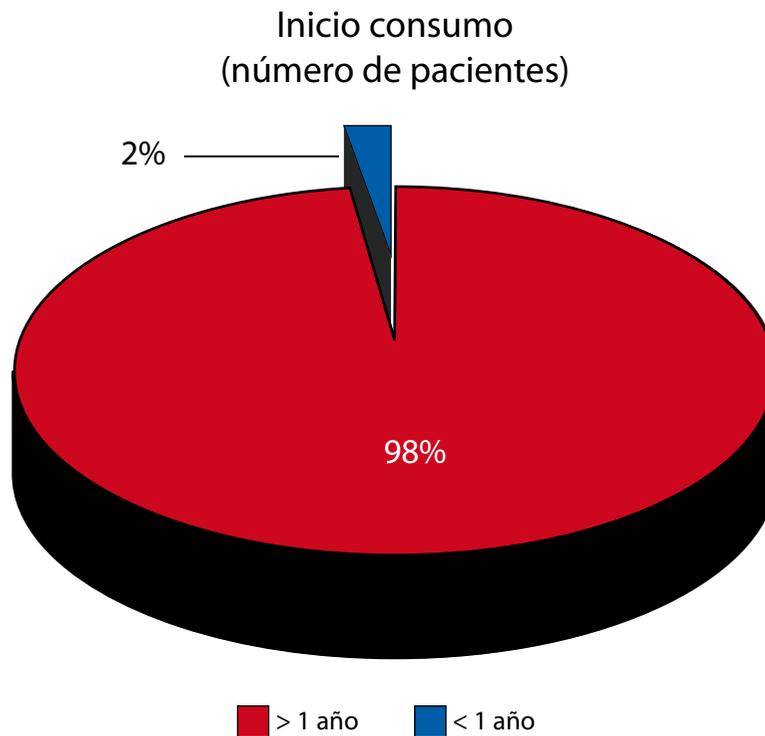


Los diagnósticos de los pacientes que habían tenido por lo menos un control en el año previo, eran los siguientes en orden decreciente: Trastorno de ansiedad (10 pacientes), trastorno mixto de ansiedad y depresión (7 pacientes), insomnio (6 pacientes), episodio depresivo moderado (3 pacientes) y por último Dependencia al alcohol (1 paciente). (Gráfico 4)

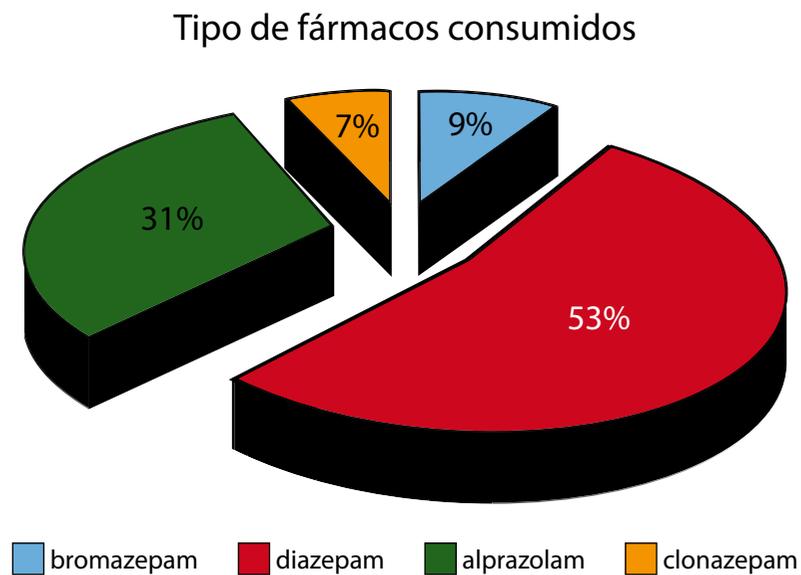
**Trastornos más frecuentes entre los pacientes en control**



Del universo de pacientes que se encontraban usando benzodicepinas para Enero del 2012, sólo 1 había iniciado el consumo hace menos de 1 año. (Grafico 5). Cabe destacar que este paciente con consumo menor a un año, llevaba mas de 6 meses usando alprazolam, en dosis de 0.5 mg al día.



Las benzodicepinas más usadas eran: Diazepam (24 pacientes); alprazolam (14 pacientes), clonazepam (3 pacientes) y bromazepam (4 pacientes).



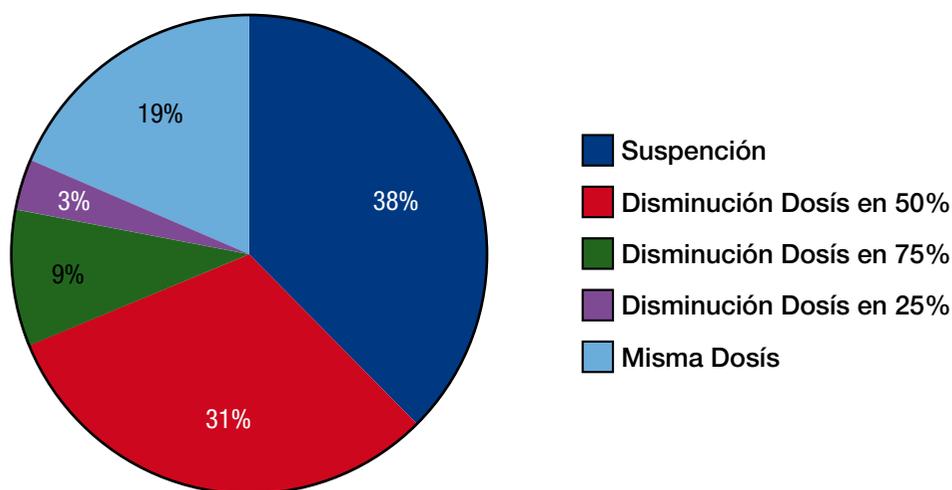
Las dosis usadas al momento del ingreso eran las siguientes: diazepam entre 5 a 15 mg al día; alprazolam entre 0.25 mg a 1 mg al día; clonazepam entre 1 a 4 mg y bromazepam entre 3 a 6 mg al día.

Una vez que ya contabamos con el número de pacientes que consumían benzodiazepinas de forma prolongada (mayor a 3 meses), los citamos a entrevista con Médico. Fue en esta entrevista que se pudo determinar si cumplían criterios de dependencia según el DSM IV. A través de ésta determinamos que todos los pacientes con consumo prolongado cumplían con criterios de dependencia.

El resultado de la intervención realizada desde Enero del 2012 hasta Marzo del 2013 fue la siguiente: hubo que eliminar 3 pacientes de los resultados: Dos no aceptaron las condiciones de la intervención, es

decir, no aceptaron venir a los controles, por lo que se les suspendió el medicamento de forma abrupta. Un paciente tampoco acepto los términos de la intervención, se le suspendió el fármaco de forma abrupta pero luego de 2 meses lo volvieron a reiniciar, por lo que tampoco se incluirá en los resultados. Por lo tanto, el total de pacientes que ingresó al programa fue de 42: de estos 12 pacientes lograron la suspensión (38%), 10 pacientes disminuyeron la dosis en 50% (31%), 3 pacientes disminuyeron la dosis en 75% (9%), 1 paciente disminuyó la dosis en 25% (3%) y por último 6 pacientes aún se mantienen con la misma dosis (19%). Por lo tanto, sumando la cantidad de pacientes que logró suspender el consumo, a través de la estrategia planteada, más aquellos que lograron disminuir la dosis, nos da una tasa de éxito de 81%.

### Resultados de la intervención



### Discusión

Al igual que lo descrito en otros estudios, este centro también presenta un patrón elevado e indiscriminado de consumo de benzodiazepinas. Estos no son datos inofensivos, debido a los riesgos descritos previamente respecto al consumo prolongado, el riesgo de dependencia y su asociación con deterioro cognitivo y riesgo de caídas. El análisis de las fichas clínicas nos permite observar que la indicación de la prescripción de benzodiazepinas se realizaba sin los controles necesarios (desde ningún control hasta 3 controles anuales). Se observó que en ninguno de los pacientes se identificó un trastorno mental que justificara el uso prolongado de

estos fármacos.

En la literatura está descrito que los programas de deshabitación, el éxito puede alcanzar hasta un 62%. Nuestros resultados fueron menores para la suspensión, pero se obtuvo un resultado que nosotros consideramos exitoso en el 81% de los pacientes. A pesar de no haber podido suspender el consumo, lo mantuvimos en las menores dosis posibles.

Creemos que a pesar de que la intervención presenta grandes limitaciones metodológicas, pudimos observar que si realiza un esquema de deshabitación sistemático y programado en pacientes que tiene la intención de reducir o suspender su consumo, se puede lograr la suspensión o reducción de estos fármacos.

En la literatura está descrita la efectividad de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) junto con la pautas de deshabitación para la disminución del consumo, pero no hay ningún estudio que haya evaluado la efectividad de la psicoeducación. (53,60). Nosotros logramos inferir a partir de los resultados, que si existe un rol para la psicoeducación, especialmente en atención primaria para lograr adherencia a la terapia y por lo tanto, disminución del consumo. A pesar de contar con psicóloga en nuestro centro, la cual se encuentra capacitada para realizar TCC, la alta demanda asistencial, asociado a tiempos limitados de atención, hacen imposible utilizar esta técnica terapéutica.

Uno de los factores más importantes para mantener una adecuada adherencia al tratamiento fue la motivación de los pacientes y la intención de reducir el consumo de las benzodiazepinas. Fue importante también, la relación que se formó entre el terapeuta (médico y/o psicóloga) y el paciente.

Finalmente creemos que los programas intensivos de deshabitación son efectivos, pero que se debe destinar tiempo y recursos, por las autoridades competentes, en los centros de atención primaria para poder realizar estas intervenciones. A pesar de existir programas para disminuir el uso prolongado, se sabe que el consumo conlleva costos elevados y riesgos para la salud (tanto para el paciente como para su entorno). Lo ideal es evitar que estos fármacos se usen de forma prolongada, para así disminuir el riesgo de adicción, tolerancia

y finalmente de dependencia. Para lograr esto, lo primordial es su uso racional: evitar la prescripción indiscriminada de las benzodiazepinas, especialmente en los médicos de atención primaria. Es en ellos, en que la gran demanda asistencial no les permite realizar una evaluación adecuada del paciente, por lo tanto, indican prescripciones erróneas sin fundamentos avalados por la literatura. En segundo lugar, en el caso en que la indicación de benzodiazepinas sea necesaria, se debe educar al paciente respecto a la duración del tratamiento, la efectividad sólo en usos por corto tiempo y a los riesgos que conlleva el uso prolongado. Por otro lado, uno de los factores que influyen en el uso indiscriminado es la venta de estos fármacos en "el mercado negro". Es por esto que debe existir una fiscalización en su venta, al igual que se realiza para otra drogas ilegales. No basta con concientizar a los médicos y a los funcionarios de la salud respecto a estos temas, sino que se debe concientizar a toda la población a través de campañas de salud pública. Tomando en cuenta estas ideas, creemos que existen tratamientos para la dependencia a benzodiazepinas y que debe lograrse un uso racional, evitando así el aumento progresivo de su consumo crónico y efectos adversos que hemos visto en la última década.

### Conflicto de interés:

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés que pueda influir en las valoraciones objetivas y científicas del contenido de esta publicación.

### Referencias

1. Doble, A., Martin, L. Trends in Pharmacological 1979, 24, 347-350. Science, 1992, 13, 76-81; Haefely, W. *Chimia*, 1987, 41, 389-96.
2. Sieghart, W. Trends in Pharmacological. Science, 1992, 13, 446-50.
3. Gilman, Ruddon, Limbird: Goodman & Gilman: Pharmacological Basis of Therapeutics. 9th ed. 1996.
4. Kaplan, Sadock: Comprehensive Textbook of Psychiatry VI. 6th ed. 1995.
5. Suzuki J: Sedative, Hypnotic, Anxiolytic Use Disorders. eMedicine library. Updated jun 8 2006.
6. Salzman C. Addiction to benzodiazepines. *Psychiat Quart* 1998;69:251-61.
7. Woods JH, Katz JL, Winger G. Benzodiazepines: use, abuse, and consequences. *Pharmacol Rev*. 1992;4:151-347.
8. Seijas D. Dependencia de Sustancias Psicoactivas. En: Andrés Heerlein *Psiquiatría Clínica*. Santiago, Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía de Chile, 2000; 171-281.
9. Benzodiazepine toxicity, Chapter 8, in Benzodiazepine Dependence, Toxicity and Abuse; A task Report for the American Psychiatric Association., A.P.A., Washington DC, 1990.
10. Risco L, Arancibia P, Lolas F, Hurtado S. Benzodiazepinas y adictividad. *Rev Hosp Clín U Chile* 1996; 7: 10-5.
11. Pétursson H. The benzodiazepine withdrawal syndrome. *Addiction*.1994;89:1455-9.
12. Gabbard, Glen O. Gabbard's Treatments of Psychiatric Disorders, Fourth Edition (Treatments of Psychiatric Disorders). American Psychiatric Publishing. pp. 209-211
13. Lader, M. *Psychological Medicine*, 1987, 17, 539-547.
14. Dupont RL, Greene W, Lydiard RB. Sedatives and hypnotics: clinical use and abuse. UpToDate, 2011. [Disponible en: <http://www.uptodate.com/contents/sedatives-andhypnotics-clinical-use-and-abuse>]
15. O'Brien CP. Drug addiction and drug abuse. In Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics edited by JG Hardman and LE Limbird; McGraw-Hill: New York; 1996. p. 557-78.
16. Kalow W, Grant DM. Human Pharmacogenetics. In Principles of Medical Pharmacology. Sixth Edition. Edited by H Kalant and WHE Roschlau. Oxford University Press. Oxford;

- 1998, p. 120-34)
17. Committee on safety of Medicines. Current Problems. 1988. 21. p. 1-2.
  18. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF (2004) Cognitive effects of longterm benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs*, 2004;18:37-48.
  19. Pollack MH. Innovative uses of benzodiazepines in psychiatry. *Can J Psychiat*, 1993;38(Suppl. 4): S122-S126.
  20. Holbrook AM, Crowther R, Lotter A, Cheng C, King D. Meta-analysis of benzodiazepine use in the treatment of insomnia. *Can Med Assoc J*, 2000;162:225-233.
  21. Charlson F, Degenhardt L, McLaren J, Hall W, Lynskey M. A systematic review of research examining benzodiazepine related mortality. *Pharmacoeconom Dr S*, 2009;18:93-103
  22. Glass J, Lancot K, Herrman N, Sproule A, Busto U. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005;331 :1169.
  23. Herings RM, Stricker BH, De Boer A, Bakker A, Sturmans F. Benzodiazepines and the risk of falling leading to femur fractures. Dosage more important than elimination half-life. *Arch Intern Med* 1995; 155: 1801-7.
  24. Crowe SF (2004) Cognitive effects of longterm benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs*, 2004;18:37-48.
  25. Hendler N, Cimini C, Terence MA, Long D. A comparison of cognitive impairment due to benzodiazepines and to narcotics. *Amj Psychiatry* 1980;137:828-30.
  26. Beracochea D: Anterograde and retrograde effects of benzodiazepines on memory. *ScientificWorld Journal* 2006; 6:1460-5.
  27. Paterniti S, Dufouil C & Alépérovitch A: Long-term benzodiazepine use and cognitive decline in the elderly: the Epidemiology of Vascular Aging Study. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 22(3):285-93
  28. Pariente A, Dartigues JF, Benichou J, Letenneur L, Moore N & Fourrier-Réglat A: Benzodiazepines and injurious falls in community dwelling elders. *Drugs Aging* 2008; 25:61-70.
  29. Petrovic M, Mariman A, Warie H, Afschrift M & Pevernagie D: Is there a rationale for prescription of benzodiazepines in the elderly? Review of the literature. *Acta Clin Belg* 2003; 58(1):27-36.
  30. Calonge ME, Prieto M, De Alba C. Dependencia de las benzozepinas. *Aten Primaria* 1997; 19(1): 57-58.
  31. O'Brien CP. Benzodiazepine use, abuse and dependence. *J Clin Psychiatry* 2005; 66 (suppl 2): 28-33.
  32. Woods JE, Katz JL, Winger G. Abuse and therapeutic use of benzodiazepines and benzodiazepine-like drugs. In *Psychopharmacology: the fourth generation of Progress* edited by Floyd E Bloom and David J Kupfer. Raven Press Ltd, New York; 1995
  33. Denis C, Fatsás M, Lavie E & Auriacombe M: Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev* 2006; 3:CD005194.
  34. Billiotti de Gage S, Bégaud B, Bazin F, Verdoux H, Dartigues JF, Pérès K, Kurth T, Pariente A, Benzodiazepine use and risk of dementia: prospective population based study *BMJ* 2012; 345:e6231)
  35. Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente al 2012. Naciones Unidas, Nueva York, 2013.
  36. Murray J, Dunn G, Williams P, Tarnoplsky. A factors affecting the consumption of psychotropic drugs. *Psychol Med*, 1981; 11: 551-60.
  37. Algulander C. History and current status of sedative-hypnotic drug use and abuse. *Acta Psychiat Scand*, 1986; 73: 465-78.
  38. Zandstra, S. M., Führer, J. W., Van de Lisdonk, E. H., et al (2002) Different study criteria affect the prevalence of benzodiazepine use. *Soc Psych Psych Epid*, 37, 139 -144.
  39. Stillwell, G. & Fountain, J. (2002) Benzodiazepine Use - A Report of a Survey of Benzodiazepine Consumption in the Member Countries of the Pompidou Group. Geneva: World Health Organization.
  40. Balter MB, Mannheimer D. A cross-national comparison of anti-anxiety/sedative drug use. *Current Research and Opinion*, 1984; 8(suppl 4): 5-20.
  41. Danhier A, Brieva J, Villegas G. Estudio sobre la utilización de psicofármacos en la ciudad de Concepción. *Rev Chil Neuro Psiquiat* 1988; 26: 32-8.
  42. Busto U, Ruiz I, Busto M, Gacitúa A. Benzodiazepine use in Chile: Impact of availability on abuse and dependence. *J Clin Psychopharmacol* 1996;16:363-72.
  43. MINSAL. Normas Técnicas: Prescripción racional de benzodiazepinas. Editor Dr. D. Seijas. Publicación de Salud Mental N° 6 Ministerio de Salud. Chile, 1994.
  44. González I, Rojas G, Díaz B. Uso de psicofármacos por consultantes al nivel primario. *Rev Psiquiat* 1996; 12: 186-9.
  45. Anderson K, Araya R. Benzodiazepines use in Primary HealthCare in Chile. *Soc Sci Med*. Submitted.
  46. Beardsley R, Gardocki G, Larson D, Hidalgo J. Prescribing of psychotropic medications by Primary Care physicians and psychiatrists. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45 (2): 1117-1119.
  47. Busto MA. Benzodiazepinas: La tranquila adición de Santiago. Santiago: CORSAPS, 1991.
  48. Ruiz I, Offermans J, Lancot K, Busto U. Comparative study of Benzodiazepine use in Canada and Chile. *J Clin Pharmacol* 1993; 33: 124-129.
  49. Araya R. Trastornos mentales en la práctica médica general. Biblioteca SAVAL.
  50. Bashir K, King M, Ashworth M. Controlled evaluation of brief intervention by general practitioners to reduce chronic use of benzodiazepines. *Br J Gen Pract* 1994; 44(386): 408-412.
  51. Gorgels WJ, Oude Vosahar RC, Mol AJ Van de Lisdonk E.H, Van Balkom A.J., Van den Hoogen H.J.M et al. Discontinuation of long-term benzodiazepine use by sending a letter to users in family practise: a prospective controlled intervention study. *Drug Alcohol Depen* 2005; 78: 49-56.
  52. Vicens C, Fiol F, Llobera J, Campoamor F, Mateu C, Alegret S, Socías I. Withdrawal from long-term benzodiazepine use: randomized trial in family practice. *Br J Gen Pract* 2006; 56: 958-963.
  53. Morin CM, Bastien C, Guay B, Radouco-Thomas M, Leblanc J, Vallières A. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 2004; 161:332-342.
  54. Rickels, K., Schweizer, E., Case, W. G., et al (1990) Long-term therapeutic use of benzodiazepines. I. Effects of abrupt discontinuation. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 899 -907.
  55. Schweizer, E., Rickels, K., Case, W. G., et al (1990) Long-term therapeutic use of benzodiazepines. II. Effects of gradual taper. *Arch Gen Psychiatry*, 47, 908 -915.
  56. Roca M, Delgado L, Retirada del tratamiento con benzodiazepinas. *Bulletí d'informació terapèutica* 2011; 22(2); 3-12.
  57. Woodward M. Hypnotics - Options to help your patients stop. [Therapeutics /QUM]. RACGP. 2000. [Disponible en <http://www.racgp.org.au/document.asp?id=1918>]
  58. What's wrong with prescribing hypnotics? *DTB*. 2004;42:89-93.
  59. Voshaar RC, Gorgels W, Mol AJ, Van Balkom AJ, Van de Lisdonk EH, Breteler MH et al. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioural therapy: three condition, randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2003; 182: 498-504
  60. Baillargeon L, Landreville P, Verreault R, Beauchemin JP, Gr. goire JP, Morin CM. Discontinuation of benzodiazepines among older insomniac adults treated with cognitive-behavioural therapy combined with gradual tapering: a randomized trial. *CMAJ* 2003; 169 (10): 1015-20.
  61. Russel, V. J. & Lader, M. H. Guidelines for the Prevention and Treatment of Benzodiazepine Dependence. 1993. London: Mental Health Foundation.
  62. Mutsuhiro N, Takeaki T, Kyoko N, Tamio T, Eiji Y. Clinical application of paroxetine for tapering benzodiazepine use in non-major-depressive outpatients visiting an internal medicine clinic. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006; 60:605-610.
  63. Otto, M. W., Pollack, M. H., Sachs, G. S., et al (1993) Discontinuation of benzodiazepine treatment: efficacy of cognitive-behavioral therapy for patients with panic disorder. *Am J Psychiatry*, 150, 1485 -1490.
  64. Garfinkel, D., Zisapel, N., Wainstein, J., et al (1999) Facilitation of benzodiazepine discontinuation by melatonin: a new clinical approach. *Arch Intern Med*, 159, 2456 -2460.
  65. Gerra, G., Zaimovic, A., Giusti, F., et al (2002) Intravenous flumazenil versus oxazepam tapering in the treatment of benzodiazepine withdrawal: a randomized, placebo-controlled study. *Addiction Biology*, 7,385-395
  66. Plan de Salud Comunal Valparaíso PSC 2013. Corporación Municipal de Valparaíso.
  67. Zitman, F. G. & Couvée, J. E. Chronic benzodiazepine use in general practice patients with depression: an evaluation of controlled treatment and taper-off: report on behalf of the Dutch Chronic Benzodiazepine Working Group. *Br J Psychiatry*, 2001. 178, 317 -324.
  68. Vicens C, Fiol F. Abordaje de la deshabitación de las benzodiazepinas en Atención primaria. *Inf Ter Sist Nac Salud* 2008; 32: 52-57
  69. Voshaar RC, Georges WJ, Mol AJ et al. Long-term outcomes of two forms of randomized benzodiazepine discontinuation. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 188-9
  70. Voshaar RC, Couvée JE, van Balkom AJ, Mulder PG, Zitman FG. Strategies for discontinuing long-term benzodiazepine use: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2006;189: 213-20.