



## Artículo especial

## La prevención cuaternaria en el uso de benzodiacepinas y cómo deprescribirlas

Luz de Myotanh Vázquez Canales<sup>a,b,\*</sup> María Frutos Fernández<sup>c</sup><sup>a</sup> Servicio de Medicina Familiar, Centro de Salud de Serrería 1, Valencia, España<sup>b</sup> Grupo de Investigación en Atención Primaria, INCLIVA, Valencia, España<sup>c</sup> Servicio de Medicina Familiar, Centro de Salud El Puig, El Puig, Valencia, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 2 de agosto de 2023

Aceptado el 8 de agosto de 2023

## Palabras clave:

Atención Primaria  
Prevención cuaternaria  
Benzodiazepinas  
Deprescripciones

## RESUMEN

El consumo de benzodiacepinas en nuestro medio ha aumentado en los últimos años debido al incremento en los trastornos de salud mental por motivo de la pandemia de COVID-19; sin embargo, los datos ya mostraban un incremento previo no solamente en España, sino a nivel mundial. Las causas detectadas son la falta de tiempo, las inercias del médico y el paciente, la falta de conocimiento en el manejo de su retirada, entre otras. La mayoría de las prescripciones se realizan en el contexto de la atención primaria. Por ello, también debería ser el espacio en el que se deberían de realizar las deprescripciones. Este artículo analiza las causas del incremento en el consumo de benzodiacepinas, el momento en el que se deberían de retirar, las estrategias para poder llevar a cabo una correcta retirada y las estrategias comunitarias llevadas a cabo en España que han contribuido a disminuir su consumo.

© 2023 The Authors. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## Quaternary prevention in the use of benzodiazepines and how to desprescribe

## ABSTRACT

**Keywords:**  
Primary Care  
Quaternary Prevention  
Benzodiazepines  
Deprescriptions

The consumption of benzodiazepines in our environment has increased in recent years due to the increase in Mental Health disorders caused by the COVID-19 pandemic. However, the data already showed a previous increase not only in Spain but worldwide. The causes detected are the lack of time, the inertia of the doctor and the patient or the lack of knowledge in the management of its withdrawal. Most prescriptions are made in the Primary Care context. For this reason, it should also be the space in which the deprescriptions should be carried out. This article analyzes the causes of the increase, the moment in which they should be withdrawn, the strategies to be able to carry out a correct withdrawal and community strategies carried out in Spain that have contributed to reducing their consumption.

© 2023 The Authors. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## La prevención cuaternaria en el consumo de benzodiacepinas. Uso y abuso

En los últimos 10 años el consumo de benzodiacepinas (BZD) se ha disparado en España. Los datos de la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) informan que se ha pasado de consumir 50,88 DHD en el año 2012 a 58,09 en 2022<sup>1</sup>. El problema no es exclusivo de España, sino que a nivel internacional el consumo se ha disparado, pero en menor medida<sup>2</sup>.

La mayor parte de prescripciones de BZD se llevan a cabo en el contexto de la atención primaria<sup>3,4</sup>. Cabría preguntarse por las causas que han llevado a este incremento. En los últimos años se han realizado estudios centrados en la pandemia de COVID-19 donde se ha producido un incremento de los problemas de salud mental por los confinamientos, las cuarentenas y la incertidumbre frente a una situación nueva<sup>5</sup>, pero el problema en el consumo viene observándose en España desde antes de la pandemia<sup>1</sup>. Son escasos los artículos que analizan las causas de la sobreprescripción, pero coinciden en que el incremento de la prescripción es la falta del tiempo por paciente en la consulta del médico de familia, así como dificultades en la retirada de las BZD por las reticencias al cambio por parte de los pacientes y la

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [vazquez\\_luz@gva.es](mailto:vazquez_luz@gva.es) (L. M. Vázquez Canales).

falta de entrenamiento de los profesionales<sup>3,4</sup>. Respecto a esto último, los médicos de familia deberían de plantearse los potenciales daños y efectos secundarios que trae la no retirada y la continuación innecesaria de las BZD. En este sentido, es importante introducir el término de la prevención cuaternaria definida en los años 80 por el médico de familia Marc Jamouelle y aceptada por en el *Diccionario Internacional para Médicos de Familia de la WONCA*<sup>6</sup>. El término es aplicable a cualquier disciplina médica y en el caso de la salud mental se define como la acción que busca proteger a las personas de la medicalización, psiquiatrización y/o psicologización de la sociedad<sup>7</sup>. En otras palabras, busca evitar la yatrogenia que pueda surgir del intervencionismo excesivo.

El aumento en la prescripción de los fármacos va en paralelo al aumento de diagnósticos clínicos. En el caso concreto de la salud mental, las clasificaciones psiquiátricas con sus criterios y categorías diagnósticas no ayudan a que el número de diagnósticos disminuyan<sup>7</sup>. La última versión del DSM-5 ya fue criticada por algunos autores de otras ediciones precisamente por la introducción de nuevos diagnósticos que son «extremadamente» comunes en la sociedad, así como umbrales más bajos para desórdenes existentes<sup>8</sup>.

Las intervenciones terapéuticas en salud mental pueden ser capaces de dañar al paciente de diferentes maneras según Órtiz-Lobo e Ibáñez<sup>9</sup>: Indicación de un tratamiento que no procede, esto sucede frecuentemente cuando se ofrece tratamiento a personas sanas con problemas sociales (códigos Z del CIE 10); tratamiento excesivos en cantidad, es frecuente dar dosis inadecuadas de psicofármacos o la realización de intervenciones psicosociales en exceso y tratamientos inadecuados técnicamente, esto hace referencia combinaciones no adecuadas de psicofármacos así como titulaciones y retiradas mal hechas.

En el uso y abuso de BZD la propuesta de la prevención cuaternaria debería de ser limitar su uso empleando las dosis mínimas eficaces para que el paciente no se habitúe y sea capaz de utilizar sus propios recursos personales evitando así un rol pasivo<sup>7</sup>. El objetivo final de la intensificación de la prevención cuaternaria es que los beneficios siempre superen los daños previsibles.

En este sentido, conviene recordar las *Recomendaciones no hacer en salud mental* de la Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC)<sup>10</sup> y las *Choosing Wisely Canada*<sup>11</sup> sobre el uso de las BZD en el contexto de la atención primaria. Ambas guías son un ejemplo prevención cuaternaria que garantiza un adecuado uso para evitar el exceso de prescripciones innecesarias (tabla 1).

### Estrategias para llevar a cabo una adecuada deprescripción de benzodiacepinas

Decía Hobbes en el Leviatán que *la información* es poder. En ocasiones, se tiende a banalizar la capacidad de compresión que los pacientes tienen en torno a sus enfermedades y al uso de fármacos que toman. Los estudios llevados a cabo por Tannenbaum et al.<sup>12</sup> sobre la deprescripción de BZD han demostrado que cuando los pacientes reciben información directa sobre los riesgos y beneficios,

Tabla 1

Recomendaciones No Hacer en el uso de las benzodiacepinas

No prescribir benzodiacepinas sin antes considerar la semivida y el perfil clínico del paciente
No utilizar de manera rutinaria benzodiacepinas u otros hipnóticos para casos de insomnio sin antes haber ofrecido tratamiento no farmacológico
No utilizar como primera elección benzodiacepinas u otros hipnóticos en el paciente anciano para el tratamiento del insomnio, el delirium o la agitación
No prescribir benzodiacepinas sin haber establecido una estrategia de discontinuación en el plan de tratamiento del paciente (a excepción de pacientes que tienen una indicación válida para uso de larga duración)

Tabla de elaboración propia basada en las recomendaciones No Hacer de la Semfyc y las Choosing Wisely.

esto conduce a una toma decisiones compartida que previene la sobreutilización de las BZD. Luego, cabría preguntarse si la cronificación de estos medicamentos es porque como sanitarios no estamos dando la información adecuada.

Uno de los principales problemas que hace que la deprescripción de BZD sea compleja, es el desarrollo de una posible adicción y el efecto rebote que se produce cuando se retiran de manera inadecuada. La primera acción que se debería de llevar a cabo es que el paciente tome conciencia del problema ya que tendrá más predisposición a retirar las BZD. Si bien es cierto, si no ve la necesidad de retirarlas resultara complejo hacer una deprescripción con éxito<sup>13</sup>.

Por todo ello, es necesario que ante un paciente *naïve* se plantea la pregunta de si es necesario una prescripción de BZD en vista de los riesgos que entraña su uso a largo plazo. Lligoña et al.<sup>13</sup> proponen unas recomendaciones para promover la conciencia y aceptación de su retirada (tabla 2).

### Situaciones en las que está indicado plantear una deprescripción

De acuerdo con las fichas técnicas de la AEMPS, no se recomienda superar las 2-4 semanas de BZD en el caso del tratamiento del insomnio, y 8-12 semanas en trastornos de ansiedad, lo que incluye la retirada gradual del fármaco<sup>14</sup>; sin embargo, las últimas guías recomiendan no superar las 4 semanas en ambos casos, utilizarlas en monoterapia para disminuir los efectos secundarios y la menor dosis efectiva posible<sup>14</sup>. A tenor de lo anteriormente dicho, el uso de BZD para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio y la depresión de características leves y pasajeras se considera inappropriado<sup>15</sup>.

La deprescripción de BZD debería plantearse en todos los pacientes con tratamientos prolongados y no justificados (dosis inadecuadas, fuera de indicación médica, interacciones) porque su permanencia no aporta beneficios, incrementa la posibilidad de padecer caídas y efectos secundarios graves<sup>10</sup>. Si el paciente tiene un mayor riesgo de caídas o ha

Tabla 2

Cómo promover la toma de conciencia y la aceptación de la retirada

- Los pacientes con dependencia a benzodiacepinas rara vez lo van a vivir como un problema, los fármacos se consumen bajo prescripción médica por lo que la continuidad del tratamiento se valora como decisión facultativa
- Los propios médicos son los que deben identificar los casos susceptibles de ser deshabituidos. Para iniciar el tratamiento de dicha dependencia siempre debe existir una coordinación entre el prescriptor del fármaco y el desprescriptor del fármaco
- La escasez de tiempo en consulta, la resistencia al cambio que transmite el paciente y la falta de entrenamiento en la retirada son las causas que contribuyen a la continuidad en la prescripción
- Ante la sospecha de un abuso se debe de establecer un contrato terapéutico (verbal o escrito) que conste:
  - Que el paciente acepta un tratamiento y entiende que no será fácil
  - Que está dispuesto a enfrentarse a un posible *craving*
  - Que está dispuesto a hacer los cambios de medicación que se le indique
  - Que las pautas de medicación siempre serán modificadas en función de su comodidad máxima
  - Explicar que puede tener sintomatología de abstinencia: intentar explicar qué síntomas puede tener
  - Debe entender que es una inversión a largo plazo y que los beneficios los verá con el paso del tiempo
  - Facilitar la accesibilidad al paciente con el médico ante posibles dificultades
- Una vez se ha establecido una relación terapéutica es necesario un tratamiento estructurado con la BZD recetada: dosis y horas concretas en función de la predisposición del paciente
- A veces, es necesario reducir de forma progresiva la dosis de la BZD si está muy elevada hasta dosis terapéuticas
- Si el tratamiento estructurado se estabiliza mediante controles toxicológicos en orina y supervisión adecuada y el paciente está preparado se podría iniciar la disminución del fármaco
- No pasar a la siguiente etapa si el tratamiento estructurado no está consolidado

Tabla extraída y modificada de la Guía consenso para el buen uso de las benzodiacepinas<sup>14</sup>.

experimentado caídas previas, la deprescripción puede ser apropiada para reducir este riesgo. Además, en casos de deterioro cognitivo o demencia, se debe considerar la deprescripción debido a los posibles efectos adversos sobre la función cognitiva<sup>15,16</sup>.

La polimedición es otra situación donde se debería plantear la retirada dado que de manera habitual las BZD forman parte del arsenal de fármacos que llevan prescritos. El perfil de paciente polimedicado en España suelen ser las mujeres mayores de 80 años<sup>17</sup>. Por ello, ante un anciano con expectativa de vida corta se debería plantear una deprescripción dado que no suelen aportar una mejora en la calidad de vida acorde con los nuevos criterios de Beers<sup>18</sup>, en los que no se recomienda el uso de más de 4 semanas. En caso de que se decida mantener la BZD se debería de prescribir a la mitad de la dosis. Pero en general, son fármacos que se deberían de evitar en el paciente anciano y/o polimedicado por ser prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI)<sup>18,19</sup> (**tabla 3**).

Siguiendo las 7 reglas para el Uso seguro de medicamento de la campaña *Pastillas las Justas*, la regla 4 dice: «No hay medicamentos de por vida. Un medicamento puede ser adecuado en un momento de tu vida, pero más adelante dejar de serlo o incluso llegar a ser perjudicial»; por tanto, un paciente puede desarrollar una condición médica nueva que haga que sea necesario su retirada<sup>20</sup>.

### Cómo realizar la deprescripción de benzodiacepinas

La deprescripción en palabras de Gavilán et al.<sup>21</sup> «es el proceso de desmontaje de la prescripción de medicamentos por medio de su revisión, que concluye con la modificación de dosis, sustitución o eliminación de unos fármacos y adición de otros». Las BZD, al igual que otros medicamentos, requiere de un proceso de negociación con el paciente en el que debe de entender la necesidad de la retirada porque los riesgos superan los beneficios. Las fases para una adecuada deprescripción acorde con Gavilán et al. se presentan en la **tabla 4**.

En la deprescripción de BZD existen diferentes intervenciones que se pueden llevar a cabo desde el ámbito de la atención primaria y la psicoterapia<sup>15</sup>.

- Intervención mínima: consiste en proporcionar una carta dirigida a los pacientes con uso prolongado de BZP en la que debe contener información sobre los efectos secundarios. En ella también se debe incluir la recomendación de retirada junto a una pauta de descenso.
- Intervención «estructurada»: entrevista estructurada con el personal sanitario en la que se informe sobre los efectos adversos de un uso prolongado de BZP y abordar los conceptos de dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y síntomas de retirada. Además, se debe explicar en ella que la pauta de retirada debe ser gradual y se establecerá un seguimiento regular para ayudar a mantener la motivación y evaluar el progreso.
- Intervención «reforzada»: se basa en utilizar de manera conjunta la psicoterapia y los fármacos. A nivel de la psicoterapia se realiza

**Tabla 3**  
Situaciones en las que está indicado retirar las BZP

Uso prolongado: más de 4 semanas de duración
Dosis inadecuadas
Fuera de indicación médica
Riesgo de interacción con otros fármacos
El riesgo no supera al beneficio
Efectos secundarios graves
Pacientes con caídas previas
Pacientes con deterioro cognitivo o demencia
Pacientes polimedicados
Paciente anciano
Pacientes frágiles o con expectativa de vida corta
Pacientes con deterioro de la función renal y/o hepática
Embarazadas
Pacientes con antecedentes de drogodependencia

Tabla de elaboración propia.

**Tabla 4**  
Fases del proceso de deprescripción de medicamentos

Revisar	- Listado complemento de medicamentos
Analizar	- Hacer una valoración biopsicosocial del paciente
Actual	- Evaluar la adherencia, interacciones y efectos secundarios - Valorar las metas de atención, objetivos de tratamiento, esperanza de vida y tiempo hasta beneficio - Inicio de la deprescripción del fármaco que ya no aporta beneficio
Acordar	- Paso de escenario preventivo o modificador de la enfermedad a paliativo o sintomático - Expectativas, creencias y preferencias
Monitorizar	- Adaptar el ritmo de retirada de forma individual - Apoyar, resaltar logros y la adherencia a la deprescripción - Detectar la reaparición de síntomas o agravamiento de la enfermedad de base - Síndrome de retirada, especialmente en psicofármacos

Tabla extraída y modificada procedente de Ancianos frágiles polimedicados: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida?<sup>21</sup>

entrevista estructurada siguiendo una estrategia de retirada basada en la terapia cognitivo conductual en la que se identifican y se corrigen patrones de conducta disruptivos frente al consumo de BZD. A esta terapia se pueden añadir fármacos como apoyo, pero no hay suficiente evidencia para recomendar su uso.

Existen 2 formas para hacer la deprescripción: la primera estrategia consiste en reducir la dosis total diaria de la BZD que toma el paciente. Se recomienda hacer una reducción de dosis del 10 al 25% cada 2-3 semanas<sup>15</sup>. La segunda estrategia se recomienda para aquellos pacientes que están con BZD de vida media corta dado que pueden producir la aparición de dependencia, síndrome de asistencia y dificultad para la reducción de dosis comparado con las BZD de vida media larga<sup>16</sup> (**fig. 1**). El diazepam tiene una vida media larga y está comercializado en varias dosis, por lo que es más cómodo para el paciente. La dosis de diazepam debe ser equivalente a la dosis total de diaria de la BZD que se quiere retirar<sup>11</sup> (**tabla 5**).

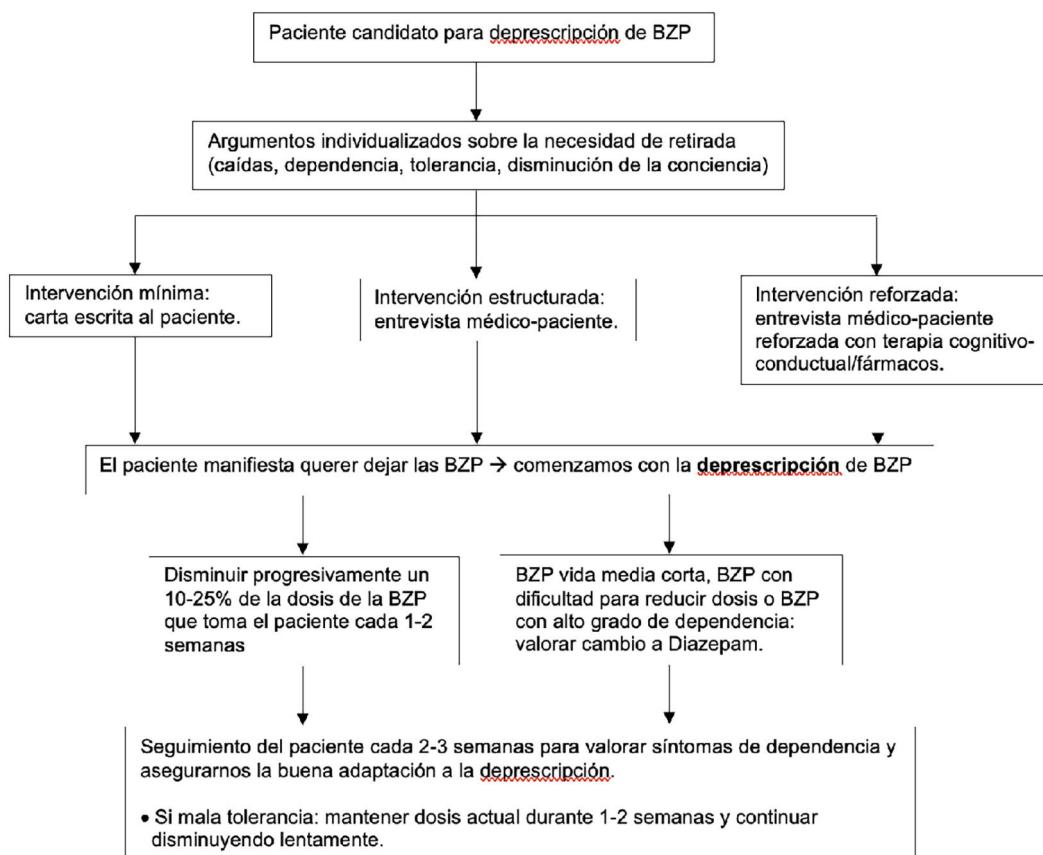
Con cualquiera de las 2 estrategias pueden aparecer síndrome de retirada, en cuyo caso habría que mantener la dosis unas semanas más o hasta que desaparezcan los síntomas, antes de bajar al siguiente escalón. Hay que evitar aumentar la dosis ya que es preferible realizar la retirada de forma lenta que hacerlo demasiado rápido. Si se fracasa, se recomienda la utilización intermitente y no continua de la BZP<sup>15</sup>.

### Estrategias comunitarias sobre concienciación del manejo de las benzodiacepinas. Experiencias en España

Transmitir a la comunidad la preocupación común entre todos los profesionales de la salud sobre el mal uso de las BZP y la importancia de deprescribirlas cuando no son necesarias, es el primer paso para ayudar a la promoción de la salud de los pacientes y empezar a disminuir el consumo de BZP<sup>12</sup>. El incremento en el consumo de BZD en España ha provocado que muchos profesionales sanitarios se sientan sensibilizados hacia el problema. Esto ha suscitado un gran interés y desde el año 2012 se vienen registrando intervenciones comunitarias llevadas a cabo por equipos de atención primaria, farmacéuticos comunitarios, psicólogos y trabajadores sociales que merece la pena mencionarlas, ya que se podrían aplicar en otros lugares ante los resultados satisfactorios que se han obtenido.

### Proyecto #YoNoMeBenzó#

En el año 2012 se realizó un estudio en Molina del Segura (Murcia) que ponía de relieve el incremento de la utilización de benzodiacepinas en dicha población. En el año 2015 tras una nueva evaluación se observó

**Figura 1.** Algoritmo de deprescripción de las benzodiacepinas.

que el consumo continuaba incrementando. Fruto de estos estudios observacionales, se creó una estrategia comunitaria del año 2017 al 2020 llamada Yonomebenzo constituida por el Consejo de Salud

**Tabla 5**  
Dosis orales equivalentes de las principales benzodiacepinas a 5 mg de diazepam

Principio activo	Nombre comercial	Dosis equivalentes aproximadas a 5 mg diazepam
BZP acción ultra-corta (<6 h)		
Bentazepam	Tiadipona <sup>®</sup> up]	25 mg
Brotizolam	Sintonal <sup>®</sup>	0,25 mg
Midazolam	Dormicum <sup>®</sup>	7,5 mg
Triazolam	Halcion <sup>®</sup>	0,125-0,25 mg
BZP acción corta-intermedia (6-24 h)		
Alprazolam	Trankimazin <sup>®</sup>	0,5 mg
Bromazepam	Lexatin <sup>®</sup>	3-6 mg
Flunitrazepam	Rohypnol <sup>®</sup>	0,5-1 mg
Loprazolam	Somnovit <sup>®</sup>	0,5-1 mg
Lorazepam	Orfindal <sup>®</sup>	0,5-1 mg
Lormetazepam	Noctamid <sup>®</sup>	0,5-1 mg
Oxazepam	Suxidina <sup>®</sup>	15 mg
BZP acción larga (>24 h)		
Clobazam	Noiafren <sup>®</sup>	10 mg
Clorazepato	Tranxilium <sup>®</sup>	7,5 mg
Diazepam	Valium <sup>®</sup>	5 mg
Flurazepam	Dormodor <sup>®</sup>	7,5-15 mg
Ketazolam	Sedotime <sup>®</sup>	7,5 mg

Tabla extraída y modificada de Benzodiacepinas: riesgos y estrategias para su retirada del Boletín terapéutico andaluz<sup>16</sup>.

Municipal. El objetivo principal era la depresión y la prevención primaria sobre el uso inadecuado de las BZD. La metodología utilizada constó de una fase informativa de sensibilización social y una fase de intervención en la que se ofrecían alternativas a los fármacos. Tras la intervención se observó una reducción global de DHD de BZD de un 9,4%<sup>22</sup>.

#### **Benzocarta. Intervención mínima para la depresión de benzodiacepinas en los pacientes con insomnio**

En el año 2016, en un área de Bilbao, se envió una carta personalizada a más de 1.500 pacientes que consumían a diario una dosis de hipnótico de más de 3 meses. Dicha carta iba firmada por su médico de familia con información sobre los efectos desfavorables del consumo de BZD y la recomendación para retirarlo con una pauta de disminución de dosis de manera gradual. Al año de la intervención un 22% de habían abandonado el tratamiento y un 18,8% lo había disminuido. La benzocarta contribuyó a una disminución importante en el consumo además de ser un intervención sencilla y factible<sup>23</sup>.

#### **Campaña #BenzoStopJuntos#**

Entre los años 2022 y 2023 la Junta de Andalucía creó la campaña BenzoStopJuntos donde se involucraron 15 centros de salud con un seguimiento durante 9 meses de los pacientes con consumo crónico de BZD. En el proyecto participaron profesionales de atención primaria, pero también farmacéuticos comunitarios. La intervención consistió en

el ofrecimiento de información a la población sobre las BZD, los riesgos, alternativas a su uso y cómo proceder a la deshabituación con ayuda de los profesionales. El material educativo, además, ofrecía una prueba para medir el grado de dependencia y directorios de guías de autoayuda para la depresión y la ansiedad. La intervención ayudó a reducir un 3% el consumo<sup>24</sup>. Esta campaña se basó en los resultados obtenidos del ensayo clínico *Empower*, realizado en por Tannenbaum et al.<sup>12</sup>, en el que participaron pacientes adultos mayores de 65 años. Se entregó desde las farmacias comunitarias, un folleto (autorizado por el grupo *Desprescribing*) con información sobre las BZP, riesgos sobre el uso de las BZP y recomendaciones sobre el cese del medicamento. El 62% de los pacientes tuvieron una conversación sobre la deprescripción de las BZP con un médico y/o farmacéutico y el 27% interrumpió el uso de BZP a los 6 meses.

## Financiación

No se ha recibido ninguna financiación para la realización de dicho artículo.

## Conflicto de intereses

Las autoras declaran no tener conflictos de intereses.

## Bibliografía

- Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [Internet]. [consultado 7 Ene 2023]. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-anxioliticos-hipnoticos/>.
- OECD Indicators. Health at a Glance 2019 [Internet]. OECD; 2019. [consultado 26 Oct 2022]. (Health at a Glance). Disponible en: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-is-sues-migration-health/health-at-a-glance-2019\\_4dd50c09-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-is-sues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en).
- Lader M, Tylee A, Donoghue J. Withdrawing benzodiazepines in primary care. .CNS Dr.ugs [Internet]. 2009;23(1). [consultado 9 Jul 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19062773/>.
- Vicens C, Bejarano F, Sempere E, Mateu C, Fiol F, Socias I, et al. Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomized controlled trial in Primary Care. Br J Psychiatry. 2014;471–9.
- Lear-Claveras A, Clavería A, Couso-Viana S, Nabbe P, Oliván-Blázquez B. Analysis of drug and health resource use before and after COVID-19 lockdown in a population undergoing treatment for depression or anxiety. Front Psychol [Internet]. 2022;13. [consultado 9 Jul 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35478736/>.
- Bentzen N (ed). An International Glossary for General/Family Practice. Fam Pract 1995; 12(3): 343-69. 7 JM (ed). A Dictionary of Epidemiology. 3rd Edition.
- Sáinz F, Talamí A. Comunicació. Revista de recerca i d'Anàlisi; 2009. [consultado 9 Jul 2023]. Prevención cuaternaria en salud mental. Disponible en: <https://revistes.iec.cat/index.php/TC>.
- NIMH vs DSM 5: No one wins, patients lose [Internet]. [consultado 13 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.psychiatrictimes.com/view/nimh-vs-dsm-5-no-one-wins-patients-lose>.
- Órtiz-Lobo A, Rojo V. Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. Rev Esp Salud Pública. 2011;85:513–23.
- Grupo de Salud Mental de la semFYC. Recomendaciones No hacer en Salud Mental [Internet]. 1º. semFYC, editor., Vol. 47Barcelona: semFYC; 2023;1-37 [consultado 15 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.semfcy.es/formacion-y-recursos/doc-47-no-hacer-en-salud-mental/>.
- Choosing Wisely Canada. Drowsy without feeling lousy. A toolkit for reducing inappropriate use of benzodiazepines and sedative-hypnotics among older adults in primary care 2019. [Consultado 19 May 2023]. Disponible en: <https://choosingwiselycanada.org/wp-content/uploads/2017/12/CWC-Toolkit-BenzoPrimaryCare-V3.pdf>.
- Martin P, Tannenbaum C. Use of the EMPOWER brochure to deprescribe sedative-hypnotic drugs in older adults with mild cognitive impairment. BMC Geriatr [Internet]. 2017;17(1):1–5. [consultado 16 Jul 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28143413/>.
- A. Lligoña Garreta, J. A. Álvarez Mazarriegos, J. Guardia Sereigni, G. Flórez Menéndez, P. García Medina, A. González Ferro, et al. In: Socidroalcohol, editor. Guía consenso para el buen uso de las benzodiacepinas [Internet]; 2019. Valencia. [consultado 16 Jul 2023]. Disponible en: <https://socidroalcohol.org/proyecto/guia-consenso-para-el-buen-uso-de-las-benzodiacepinas/>.
- Ministerio de Sanidad G de E. Ministerio de Sanidad. Consumo de medicamentos en recetas médicas en oficinas de farmacia con cargo al SNS según clasificación ATC. [consultado 17 Jul 2023]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/farmacia/ConsumoRecetasATC/home.htm>.
- Azparren A, García I. Estrategias para la deprescripción de benzodiacepinas. Boletín de Información farmacoterapéutica de Navarra [Internet]; 2014. [consultado 17 Jul 2023]. Disponible en: [https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AB30A9A5-9907-4D68-A17A-C4AB0DC524D5/293282/Bit\\_v22n2.pdf](https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AB30A9A5-9907-4D68-A17A-C4AB0DC524D5/293282/Bit_v22n2.pdf).
- Cadime. Boletín terapéutico Andaluz. Benzodiacepinas: riesgos y estrategias para su retirada. [Internet]; 1993. Disponible en: <https://doi.org/10.11119/BTA2014-29-02>. [consultado 17 Jul 2023].
- Hernández-Rodríguez MÁ, Sempere-Verdú E, Vicens-Caldentey C, González-Rubio F, Miguel-García F, et al. Evolution of polypharmacy in a spanish population (2005–2015): a database study. Pharmacoepidemiol Drug Saf [Internet]. 2020;29(4):433–43. [consultado 8 Ene 2023]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/pds.4956>.
- American Geriatrics Society. 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc [Internet]. 2023;71(7). [consultado 17 Jul 2023]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37139824/>.
- Conselleria de Sanitat i Salut Pública, Generalitat Valenciana. Guía para la adecuación de prescripciones en personas mayores polimedicatedas, In: 2º. Conselleria de Sanitat i Salut Pública, 2023, Generalitat Valenciana; Valencia, [consultado 1 Jun 2023] Disponible en: <https://www.san.gva.es/documents/d/farmacia-i-productes-sanitaris/guia-adequacion-prescripcion-personas-mayores-polimedicatedas-es>
- Pastillas las justas [Internet]. [consultado 17 Jul 2023]. Disponible en: <http://pastillaslasjustas.org/>.
- Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A, Jiménez-de Gracia L, Del Gómez Santana M. Ancianos frágiles polimedicatedos: ¿es la deprescripción de medicamentos la salida? Rev Esp Geriatr Gerontol. 2012;47(4):162–7.
- J.F. Menárguez Puche, A. Llor Muelas, Á. Vidal López, P. Sánchez Martínez, R. Martínez Rodríguez, et al. Estrategia comunitaria municipal «yonomebenzo». Actividades y resultados en el periodo 2017-2020, Rev Comunidad, 2021 Nov 1. [consultado 4 Junio 2023]. Disponible en: <https://comunidad.semfcy.es/article/estrategia-comunitaria-municipal-yonomebenzo-actividades-y-resultados-en-el-periodo-2017-2020>
- Baza Bueno M, Ruiz de Velasco Artaza E, Fernández Uria J, Gorroñogoitia Iturbe A. Benzocarta: intervención mínima para la deprescripción de benzodiacepinas en pacientes con insomnio. Gac Sanit [Internet]. 2020 Nov 1;34(6):539–45. [consultado 27 Feb 2023]. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es-benzocarta-intervencion-minima-desprescripcion-benzodiacepinas-articulo-S0213911119302328>.
- Servicio Andaluz de Salud. Servicio Andaluz de Salud. [consultado 16 Jul 2023]. La campaña 'Benzostopjuntos' para reducir el consumo de tranquilizantes. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/todas-noticia/andalucia-extiende-todos-los-centros-sanitarios-la-campana-benzostopjuntos-para-reducir-el-consumo>.