



## Original

# Prescripción potencialmente inadecuada de benzodiazepinas según criterios STOPP/START en el Centro de Salud Reyes Magos

Cayetana de Miguel de Juanes<sup>a,\*</sup>, Cristina Ruiz de Loizaga García<sup>b</sup>, Rocío Arriaza Rubio<sup>c</sup>, Rafael Sabariego Redondo<sup>d</sup>, Miguel Quintanilla Arahetes<sup>e</sup>, Ana Alesón Andrés<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Ventura Rodríguez. Madrid. <sup>b</sup>Centro de Salud Aquitania. Madrid. <sup>c</sup>Centro de Salud Daroca. Madrid. <sup>d</sup>Centro de Salud Manuel Merino. Madrid. <sup>e</sup>Centro de Salud María de Guzmán. Madrid. <sup>f</sup>Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar. Madrid.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de octubre de 2022

Aceptado el 24 de febrero de 2023

On-line el 23 de marzo de 2023

Palabras clave:

Benzodiazepinas

Prescripción

STOPP/START

Reacciones adversas a medicamentos

### RESUMEN

**Objetivo.** Identificar, mediante los criterios STOPP/START de 2014, la prescripción potencialmente inadecuada (PPI) de benzodiazepinas (BZD) en pacientes mayores de 65 años y, secundariamente, analizar el porcentaje de prescripción según el perfil demográfico, los motivos de prescripción, la vida media del fármaco y la asociación a otra BZD o psicofármaco.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo transversal realizado en un centro de Salud de la Comunidad de Madrid (Centro de Salud Reyes Magos, en Alcalá de Henares) en el periodo transcurrido entre octubre de 2020 y octubre de 2021. Se incluyó a pacientes mayores de 65 años pertenecientes a dicho centro con prescripción de, al menos, una BZD en el periodo de tiempo seleccionado, a partir de los datos recogidos de historias clínicas informatizadas.

**Resultados.** La muestra incluyó 208 pacientes. El porcentaje de pacientes con una PPI de BZD según los criterios STOPP/START de 2014 fue del 88,9 %. La prescripción en el sexo femenino fue del 72,1 %, mientras que en el sexo masculino fue del 27,9 %. La PPI de BZD en un 50,5 % correspondía al grupo de pacientes de 65-75 años de edad y un 49,5 % a pacientes mayores de 75 años. El 51,9 % correspondía al motivo "insomnio", un 51,3 % a "ansiedad", un 36,1 % a "depresión" y un 7,2 % a "agitación". Un 14 % se debieron a otros motivos no registrados. El 35 % presentaba un único motivo de prescripción, el 38 % dos motivos de prescripción, el 12 % hasta 3 motivos y el 1 % presentaba los 4 motivos. La prescripción de BZD de vida media corta correspondía al 43,7 %, la de vida media intermedia al 50,9 % y la de vida media larga al 15,3 %. Un 11,5 % de los pacientes presentaba, al menos, dos BZD concomitantes. Un 41,3 % de los pacientes se encontraba en tratamiento con antidepresivos, un 8,2 % con hipnóticos y un 4,3 % con antipsicóticos.

**Conclusiones.** Es fundamental realizar un abordaje integral del paciente y sus patologías para adecuar la prescripción de BZD, evitar la inercia terapéutica y promover su deprescripción en caso de ser PPI. Además, hay que hacer hincapié en las medidas higiénico-dietéticas y en la terapia conductual para mejorar la calidad de vida de estos pacientes a largo plazo.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
 Publicado por Ergon Creación, S.A.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cayem3@hotmail.com](mailto:cayem3@hotmail.com) (C. de Miguel de Juanes).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2023.002>

2254-5506 / © 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

## Potentially inadequate prescription of benzodiazepines according to STOPP/START criteria in the Reyes Magos Health Center

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Benzodiazepines  
Prescription  
STOPP/START  
Adverse reactions to medications

**Objective.** To identify, using the 2014 STOPP/START criteria, the potentially inadequate prescription (PIP) of benzodiazepines (BZD) in patients over 65 years of age and, secondarily, to analyze the prescription percentage according to the demographic profile, reasons for prescription, drug half-life and association with another BZD or psychotropic drug.

**Material and methods.** A cross-sectional descriptive study carried out in a health care center of the Community of Madrid (Reyes Magos Health Center, in Alcalá de Henares) in the period between October 2020 and October 2021. Patients over 65 years of age belonging to said center with a prescription of at least one BZD in the selected time period were included, based on data collected from the computerized medical records.

**Results.** The sample included 208 patients. The percentage of patients with PIP of BZD according to the 2014 STOPP/START criteria was 88.9%. The prescription in the female gender was 72.1%, while in the male gender it was 27.9%. A total of 50.5% of the PIP of BZD corresponded to the 65-75 year old age group of patients and to 49.5% to patients over 75 years of age. The reason for PIP was "insomnia" in 51.9%, "anxiety" in 51.3%, "depression" in 36.1% and "agitation" in 7.2%. A total of 14% were due to other unrecorded reasons. There was a single reason for the prescription in 35%, 38 % had two reasons for the prescription, 12 % had 3 reasons and 1% had 4 reasons. The short half life BZD prescription corresponded to 43.7%, the intermediate half-life prescription to 50.9% and the long half-life prescription to 15.3%. A total of 11.5% of the patients had at least two concomitant BZDs and 41.3% of the patients were undergoing treatment with antidepressants, 8.2% with hypnotics and 4.3% with antipsychotics.

**Conclusions.** Conducting a comprehensive approach to the patient and their pathologies is essential to adapt the prescription of BZD, to avoid therapeutic inertia and to promote its deprescription in case of PIP. In addition, emphasis must be placed on the hygienic-dietary measures and behavioral therapy to improve the long-term quality of life of these patients in the long term.

© 2023 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.  
Published by Ergon Creación, S.A.

## Introducción

El envejecimiento progresivo de la población es una realidad cada vez más notoria en la práctica clínica diaria. En sus perspectivas de población mundial de 2019, la Organización de las Naciones Unidas calculó que el 9,1 % de la población mundial tenía más de 65 años, porcentaje que asciende a 19,5 % para esa misma fecha en la población española<sup>1</sup>. A ello se suma el hecho de que, en España, entre 1999 y 2019, la esperanza de vida de los hombres aumentó de 75,4 a 80,9 años y la de las mujeres de 82,3 a 86,2 años, según los indicadores demográficos básicos que publica el Instituto Nacional de Estadística (INE)<sup>2</sup>.

Paralelamente, este envejecimiento poblacional y este aumento en la esperanza de vida conllevan un incremento en el número de pacientes frágiles polimedicados, que hace cada vez más frecuentes los errores de prescripción, las interacciones farmacológicas, la menor adhesión terapéutica, el aumento de hospitalizaciones y las reacciones adversas medicamentosas (RAM) potencialmente prevenibles. Se estima que las RAM son responsables de hasta un 30 % de los ingresos hospitalarios en los pacientes mayores de 75 años<sup>3</sup>.

Se considera que un medicamento es potencialmente inadecuado (MPI) cuando el riesgo de provocar efectos adversos es superior al beneficio clínico esperable de su utilización, especialmente cuando hay experiencias de alternativas terapéuticas más seguras o eficaces<sup>4</sup>.

Esta situación ha conducido a la elaboración de planes de cuidados específicos, como la implantación de programas de prevención para disminuir la prescripción de MPI. Entre ellos destacan los criterios de Beers, ACOVE (*Assessing Care of Vulnerable Elderly*), IPET (*Improved Prescribing in the Elderly Tool*), MAI (*Medication Appropriateness Index*) y los criterios STOPP/START (*Screening Tool of Older Person's inappropriate Prescriptions/ Screening Tool to Alert doctors to Right i.e. appropriate, indicated Treatment*), entre otros<sup>5-7</sup>.

Basándonos en los criterios STOPP/START y en estudios similares, la prevalencia de prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) en atención primaria en Madrid es de 20-70 %<sup>2</sup>.

Las benzodiazepinas (BZD) son uno de los grupos farmacológicos con mayor tasa de prescripción en pacientes mayores de 65 años dentro de nuestro sistema sanitario<sup>8</sup>, dada su eficacia terapéutica y sus beneficios a corto plazo en trastor-

nos de ansiedad, insomnio y depresión, entre otros<sup>9,10</sup>. Sin embargo, este grupo de pacientes es más susceptible a sus efectos adversos, dado el deterioro de las vías metabólicas empleadas por dichos fármacos. Entre las RAM asociadas a este grupo farmacológico se encuentran sedación, confusión, alucinaciones, visión borrosa, mareo, pérdida de equilibrio, caídas y deterioro cognitivo, entre otras<sup>11</sup>. Por ello, desde hace años las distintas guías de práctica clínica promueven un uso prudente y limitado en el tiempo de este grupo farmacológico basándose, principalmente, en sus beneficios clínicos a corto plazo y en la prevención de efectos secundarios, ya que no se dispone de datos a largo plazo de beneficio y seguridad del tratamiento en monoterapia ni de su asociación con antidepresivos o antipsicóticos<sup>6,9,10,12-15</sup>.

De esta manera, según la última actualización de los criterios STOPP/START en 2014<sup>6</sup>, se considera como PPI de BZD a la que es superior a cuatro semanas de duración en pacientes mayores de 65 años o al uso concomitante de dos BZD. Además, existen otros psicofármacos (antidepresivos, antipsicóticos o antiparkinsonianos) cuya prescripción se considera potencialmente inadecuada si se realiza de forma combinada con las BZD<sup>4</sup>.

En un estudio realizado en atención primaria en Madrid, según los criterios STOPP de 2009<sup>16</sup>, la prevalencia estimada de PPI de BZD en mayores de 65 años era del 6,9 %<sup>2</sup>.

De forma progresiva, entre los especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria se está tomando conciencia de la problemática de los MPI y de la necesidad de realizar un abordaje activo, integral y centrado en mejorar dichas prescripciones<sup>17</sup>. Existen estudios similares realizados en España en población urbana que versan sobre dicho problema<sup>3,18,19</sup>; sin embargo, la metodología empleada es diversa, así como los criterios de inclusión, la definición de PPI y la edad de la población estudiada, entre otras variables, lo que hace difícil una estimación precisa de la magnitud del problema.

## Objetivos

El objetivo principal de este estudio es identificar, mediante los criterios STOPP/START de 2014, el porcentaje de pacientes mayores de 65 años del Centro de Salud Reyes Magos, de Alcalá de Henares (Madrid), con PPI de BZD entre octubre de 2020 y octubre de 2021.

Como objetivos secundarios, detallamos:

- Conocer el perfil demográfico de la población estudiada.
- Conocer los motivos de prescripción más frecuentes de las BZD.
- Conocer el tipo de BZD prescrita más frecuentemente según su vida media.
- Conocer la asociación más frecuente de BZD con otros psicofármacos.

## Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo transversal de la población mayor de 65 años con, al menos, una BZD prescrita entre los meses de octubre de 2020 y octubre de 2021.

Se incluyeron en el estudio pacientes de al menos 65 años de edad adscritos al Centro de Salud con prescripción de una o más BZD, con independencia de su vida media de acción en el periodo de tiempo comprendido entre el 20 de octubre de 2020 y el 20 de octubre de 2021.

Quedaron excluidos del estudio:

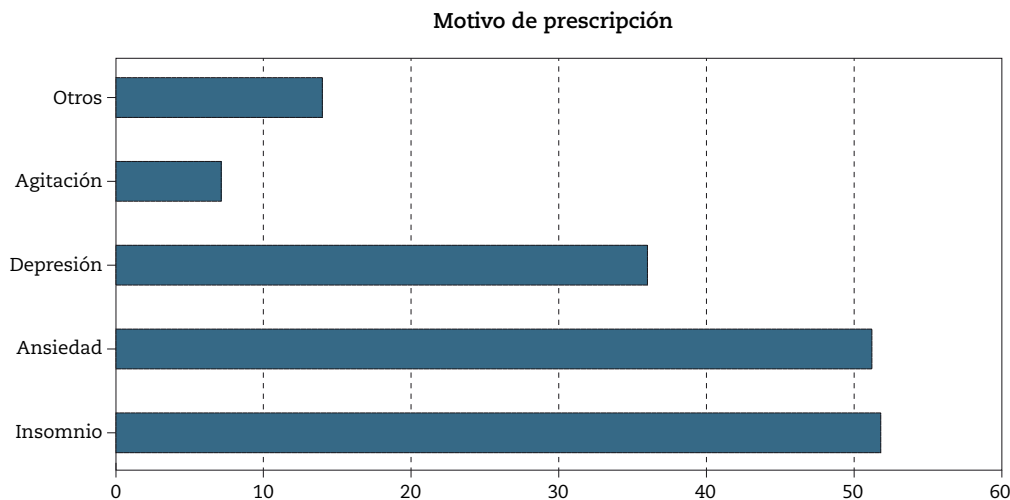
- Pacientes menores de 65 años y los que no cumplían los criterios de inclusión.
- Pacientes institucionalizados.
- Pacientes en situación terminal en seguimiento por una Unidad Asistencial de Cuidados Paliativos.
- Pacientes fallecidos en el momento de la recogida de datos.

El cálculo del tamaño muestral necesario se realizó a partir de la prevalencia estimada de PPI de BZD en estudios previos realizados en población similar<sup>2</sup>. Así, para una prevalencia esperada de 6,9 %, una población atendida durante el año 2021 de 1.263 pacientes que cumplían los criterios de inclusión del estudio, para una precisión del 3 % y un intervalo de confianza del 95 %, se calculó una muestra de 226 pacientes.

Para la obtención de la muestra se realizó un muestreo probabilístico aleatorizado a través de una constante *k* elegida al azar.

Se seleccionaron las siguientes variables relacionadas con el perfil demográfico:

- Edad: variable cuantitativa ordinal recogida según año de nacimiento y agrupada en:
  - Pacientes de 65 a 75 años.
  - Pacientes mayores de 75 años.
- Sexo: variable cualitativa dicotómica recogida como hombre/mujer.
- Variables relacionadas con el motivo de prescripción:
  - Ansiedad: variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.
  - Depresión: variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.
  - Agitación: variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.
  - Insomnio: variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.
- Variables relacionadas con el tipo de BZD según su vida media de acción: variable cualitativa dicotómica.
  - Vida media corta: variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.
  - Vida media intermedia: variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.
  - Vida media larga: variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.
- Variables relacionadas con el uso concomitante de otro medicamento:
  - Antidepresivos: variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.
  - Hipnóticos: variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.
  - Antipsicóticos: variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.
- Variable respuesta: PPI de BZD basada en la actualización de los criterios STOPP/START de 2014, es decir, aquella cuya prescripción fuera mayor o igual a cuatro semanas de duración o el uso concomitante de dos BZD en el mismo



**Figura 1 – Motivos de prescripción de benzodiazepinas, expresados en porcentajes (Elaboración propia).**

periodo de tiempo. Variable cualitativa dicotómica recogida como sí/no.

Los datos se recogieron a partir de las historias clínicas informatizadas en el programa AP-Madrid; para la selección de pacientes se empleó el programa “farm@web”. Para el registro de datos se utilizó el programa informático Microsoft Excel 2021.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas: se calcularon frecuencias relativas y absolutas expresadas en porcentajes para las variables cualitativas, y se usaron medidas de tendencia central (media, mediana y moda) para las variables cuantitativas.

Al tratarse de un estudio descriptivo transversal, no puede establecerse una relación causa-efecto.

Los datos en las historias clínicas de los pacientes en AP Madrid fueron registrados por distintos profesionales, por lo que estos pudieron presentar variabilidad e infrarregistro.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos se ajustó en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los derechos digitales, y a la aplicación del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, de Protección de Datos (RGPD).

El manejo de la información se realizó de manera anónima y disociada. Los datos recogidos se emplearon exclusivamente para este proyecto de investigación. Todo ello se realizó por residentes de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria: cuatro de ellos realizaban su formación en el Centro de Salud Reyes Magos, uno en el Centro de Salud María de Guzmán y el último en el Centro de Salud Nuestra Señora del Pilar. En todo momento estuvieron tutorizados por facultativos del centro.

## Resultados

La muestra sobre la que se realizó el estudio fue de 226 pacientes. Tras la revisión de sus historias clínicas, fueron excluidos 18 sujetos por no cumplir con los criterios de inclusión, con lo que el número final fue de 208.

El porcentaje de pacientes mayores de 65 años del CS Reyes Magos con una PPI de BZD según los criterios STOPP/START de 2014 desde octubre de 2020 a octubre de 2021 es del 88,9 %.

Los pacientes incluidos eran mujeres en el 72,1 % de los casos y hombres en el 27,9 %. En un 50,5 % de los sujetos correspondía al grupo de pacientes de 65-75 años de edad y un 49,5 % a pacientes mayores de 75 años, con una media de 75,4 años, una mediana de 75 y una moda de 66.

Un 51,9 % de las prescripciones correspondía al motivo “insomnio”, un 51,3 % a “ansiedad”, un 36,1 % a “depresión” y un 7,2 % a “agitación”. Además, un 14 % de las prescripciones se debieron a otros motivos no registrados, bien por no haberlos encontrado reflejados en la historia clínica o por presentar otros distintos a los recogidos como variables (figura 1).

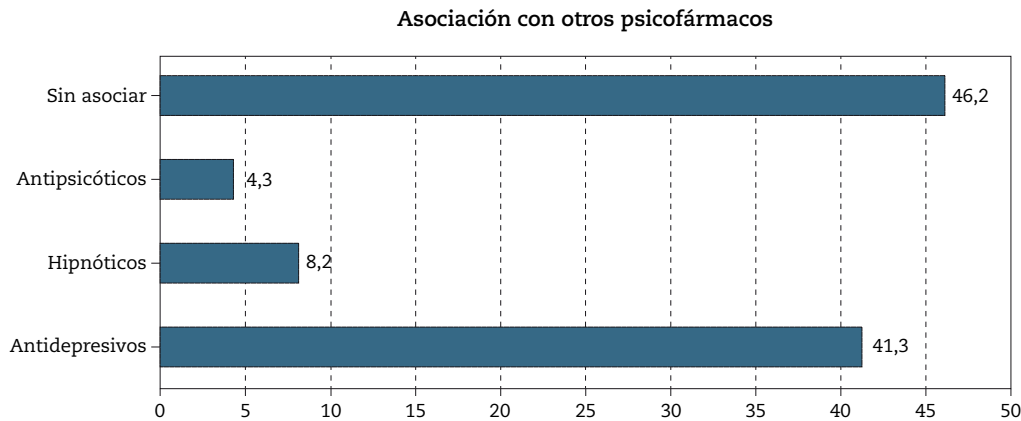
El 35 % presentaba un único motivo, el 38 % dos, el 12 % hasta 3, el 1 % presentaba los 4. Como se ha mencionado, un 14 % de la muestra no presentaban ninguno de los especificados.

Se calculó que las prescripciones de BZD de vida media corta eran el 43,7 %, las de vida media intermedia el 50,9 % y las de vida media larga el 15,3 %. Se observó, además, que un 11,5 % de los pacientes presentaban al menos dos BZD concomitantes.

Un 41,3 % de los pacientes se encontraba en tratamiento con antidepresivos, un 8,2 % con hipnóticos y un 4,3 % con antipsicóticos (figura 2).

## Comentario

Las BZD actúan sobre el sistema nervioso central. Potencian la actividad inhibitoria del ácido gamma-aminobutírico (GABA), lo que conduce a un efecto relajante, hipnótico y sedante<sup>11</sup>. Esto las convierte en un grupo farmacológico eficaz para el abordaje de trastornos de ansiedad, depresión e insomnio, entre otros, pues logran un buen control sintomático a corto plazo. No es raro, por tanto, que los principales motivos de prescripción, como podemos ver en el presente estudio, sean la ansiedad, el insomnio y la depresión; su uso es anecdótico en la agitación o en otros motivos no recogidos, como las contracturas musculares, la deshabitación alcohólica o las crisis epilépticas. Dado que en la patología relacionada con la salud mental es, a veces, difícil llegar a un diagnóstico preciso y cursa con sintomatología muy variada, es comprensible que coexistan



**Figura 2 – Asociación de benzodiazepinas con otros psicofármacos, expresado en porcentaje (Elaboración propia).**

varios motivos de prescripción. Este estudio no ha calculado la combinación de motivos de prescripción más frecuente.

A pesar de sus beneficios clínicos a corto plazo en patología psiquiátrica<sup>9,10</sup>, no existen datos concluyentes que aconsejen su uso combinado durante más de cuatro semanas con otros psicofármacos como antidepresivos, hipnóticos y antiparkinsonianos<sup>10,12,14</sup>. A pesar de estas recomendaciones, en este estudio se observa que más de la mitad de la muestra (hasta 53,8 %) presenta una prescripción concomitante de BZD y otro psicofármaco de los expuestos.

Según la Encuesta Nacional de Salud ENSE de 2017<sup>20</sup>, la patología relacionada con la salud mental tiene una prevalencia de más del doble en mujeres que en hombres, una proporción similar a la obtenida en este estudio y en otros similares previos<sup>19</sup>.

No encontramos diferencias entre los dos grupos de edad estudiados (65-75 años y mayores de 75 años). No obstante, en otras publicaciones se observó un aumento de PPI de BZD en mujeres mayores de 75 años respecto de la población estudiada (mayores de 15 años)<sup>19</sup>.

Llama la atención el elevado porcentaje de PPI de BZD en mayores de 65 años en la muestra estudiada, que se aproxima al 90 %, frente a datos obtenidos de otros trabajos previos con similar población, en los que encontramos un porcentaje de 5-7 %<sup>3,19,21,22</sup>. Son diversos los motivos por los que pudiera existir tal disparidad de resultados.

Por un lado, los criterios de PPI de BZD según la última actualización de la guía STOPP/START de 2014<sup>6</sup> son más restrictivos con respecto a ediciones anteriores<sup>16</sup> en las que se han basado otros estudios<sup>3</sup>. Como se ha mencionado, actualmente se define como PPI la prescripción de BZD que supera las cuatro semanas de duración, independientemente de la vida media de las mismas, a diferencia de los criterios anteriores de 2009, que incluían únicamente a las de vida media larga. Así, este estudio refleja que la PPI de BZD de vida media larga es del 15,3 %, menos frecuente que la PPI de BZD de vida media corta e intermedia. No obstante, parece interesante destacar que este resultado es muy superior al de trabajos previos (7 %), por lo que pueden ser necesarios más estudios para evaluar y contrastar los datos obtenidos.

Por otro lado, hay variaciones en cuanto a los criterios de inclusión de los distintos estudios<sup>2</sup>. Si bien se han realizado en una población similar (perteneciente a un centro de salud en una área urbana de la Comunidad de Madrid), los criterios

de inclusión del presente estudio son más laxos, ya que se incluyeron, como se ha mencionado, a todos los pacientes mayores de 65 años con, al menos, una BZD prescrita en el tiempo del estudio (1 año). En el estudio de Parodi *et al.*<sup>2</sup> se incluyeron pacientes mayores de 65 años con una BZD prescrita que acudieron en dos o más ocasiones a la consulta médica de atención primaria en el tiempo de estudio (6 meses). Esto conduce a la obtención de unos resultados mayores de PPI de BZD y obliga a continuar analizando los resultados.

En este sentido, una diferencia notable entre los diversos estudios es la reciente implementación en 2018 de un sistema de prescripción electrónica en la Comunidad de Madrid (Módulo Único de Prescripción-MUP), una herramienta que permite disponer de la historia farmacoterapéutica del paciente, un registro controlado, de fácil acceso y, sobre todo, una contabilización más precisa de la prescripción de BZD que no estaba disponible en estudios previos. A su vez, tiene la limitación de que permite la prescripción crónica de fármacos a demanda, lo que facilita al paciente la automedicación, previa recomendación médica. No obstante, este estudio no ha tenido en cuenta las prescripciones no dispensadas en farmacia y, por tanto, no consumidas, lo que implica resultados más elevados.

Este es un aspecto importante que comparten los estudios en los que se evalúa la prevalencia de prescripción farmacológica, y es que no recogen datos del paciente y no evalúan la adhesión a estos tratamientos.

Es relevante mencionar que el periodo de tiempo en el que se extrajeron los datos (de octubre 2020 a octubre de 2021) fue marcado por la pandemia por SARS-CoV-2, en el que hubo un aumento importante de la prevalencia de trastornos del ánimo como ansiedad, estrés, nerviosismo, depresión o insomnio, secundarios a los distintos acontecimientos sufridos por la población<sup>23</sup>. Además, la renovación de las prescripciones electrónicas se efectuó de forma automática sin previa revisión médica. Todo lo expuesto anteriormente puede justificar el aumento de la prevalencia de PPI observado en este estudio.

## Conclusiones

Las BZD son fármacos utilizados habitualmente en la práctica clínica diaria por su eficacia a corto plazo en múltiples patologías. No obstante, tienen un perfil de seguridad limitado en



mayores de 65 años por los efectos adversos potencialmente graves que tienen, tales como inestabilidad, mareo, somnolencia, caídas...

Por esto es imprescindible contar con herramientas actualizadas, como los criterios STOPP/START de 2014, que permitan adecuar el uso de BZD a la experiencia actualmente disponible y evitar los riesgos derivados de su uso.

A pesar de contar con estas herramientas, en este estudio se evidencia una elevada prevalencia de PPI de BZD (88,9 %), en comparación con estudios similares previos. Esta diferencia puede deberse, entre otros motivos, al cambio de criterios STOPP/START en la última modificación del año 2014, a que el periodo de estudio fue marcado por la pandemia por SARS-CoV-2 (generadora de un aumento de incidencia de trastornos del ánimo y de insomnio) y a la renovación automática de la Prescripción Electrónica en la Comunidad de Madrid.

Este estudio debe contribuir a mejorar la práctica clínica diaria para limitar la iatrogenia derivada del uso de este tipo de fármacos. Con ello se propone una revisión del consumo de BZD en nuestros pacientes, evitar la inercia terapéutica y promover su retirada en casos de PPI. Es importante destacar la importancia del abordaje integral en el paciente con trastorno del ánimo e insomnio, y hacer hincapié en las medidas higiénico-dietéticas y en la terapia cognitivo-conductual, cuya eficacia y seguridad a largo plazo ha sido demostrada.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. CEPAL NU. Perspectivas de la población mundial 2019: metodología de las Naciones Unidas para las estimaciones y proyecciones de población. 2020 [Consultado 28 Oct 2022]; Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45989>.
2. INE - Instituto Nacional de Estadística. Productos y Servicios/Publicaciones/Publicaciones de descarga gratuita. 2020. Disponible en: [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es\\_ES&c=INESeccion\\_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202018%20la,b%C3%A1sicos%20que%20publica%20el%20INE](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout#:~:text=En%20el%20a%C3%B1o%202018%20la,b%C3%A1sicos%20que%20publica%20el%20INE).
3. Parodi López N, Villán Villán YF, Granados Menéndez MI, Royuela A. Prescripción potencialmente inapropiada en mayores de 65 años en un centro de salud de atención primaria. *Aten Primaria*. 2014; 46(6): 290-7.
4. Medicamentos Potencialmente Inadecuados. Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios. Medicamentos y Productos Sanitarios: Para Profesionales. Consejería de Sanidad - D. G. del Proceso Integrado de Salud. Folleto en papel Madrid. 2014.
5. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019; 60(4): 674-94.
6. Delgado Silveira E, Montero Errasquín B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez-Castellano C, et al. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2015; 50(2): 89-96.
7. Gokula M, Holmes HM. Tools to Reduce Polypharmacy. *Clin Geriatr Med*. 2012; 28(2): 323-41.
8. Rayón P, Montero D, Santamaría B, Madurga M, De Abajo FJ. Benzodiazepine consumption in Spain. *Eur J Clin Pharmacol*. 1997; 52: 321-3.
9. López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega MA, Fernández Agüero L. Abordaje terapéutico del insomnio. *Semerger*. 2012; 38(4): 233-40.
10. Ogawa Y, Takeshima N, Hayasaka Y, Tajika A, Watanabe N, Streiner D, et al. Antidepresivos más benzodiazepinas para adultos con depresión mayor. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 6: CD001026.
11. López Vantour A, Aroche Arzuaga A, Bestard Romero J, Ocaña Fontela N. Uso y abuso de las benzodiazepinas. *MEDISAN*. 2010; 14(4).
12. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS. 2007; 5(1).
13. Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS. 2006;10.
14. Breilmann J, Girlanda F, Guaiana G, Barbui C, Cipriani A, Castellazzi M, et al. Benzodiazepines versus placebo for panic disorder in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2019; 3: CD010677.
15. Zaman H, Sampson SJ, Beck AL, Sharma T, Clay FJ, Spyridi S, et al. Benzodiazepines for psychosis-induced aggression or agitation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 12: CD003079.
16. Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquín B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44(5): 273-9.
17. Campagne DM, García-Campayo J. El inadecuado uso de las benzodiazepinas. *Semerger*. 2005; 31(8): 319-24.
18. Garrido-Garrido E, García-Garrido I, García-López-Durán J, García-Jiménez F, Ortega-López I, Bueno-Cavanillas A. Estudio de pacientes polimedificados mayores de 65 años en un centro de asistencia primaria urbano. *Rev Calid Asist*. 2011; 26(2): 90-6.
19. Bejarano Romero F, Piñol Moreso JL, Mora Gilabert N, Claver Luque P, Brull López N, Basora Gallisa J. Elevado consumo de benzodiazepinas en mujeres ancianas asignadas a centros de salud urbanos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2008; 40(12): 617-21.
20. Gob.es. [citado 28 Oct 2022]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf).
21. Cahir C, Fahey T, Teeling M, Teljeur C, Feely J, Bennett K. Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study: Potentially inappropriate prescribing in older populations. *Br J Clin Pharmacol*. 2010; 69(5): 543-52.
22. Candela Marroquín E, Mateos Iglesia N, Palomo Cobos L. Adequacy of medication in patients 65 years or older in teaching health centers in Cáceres, Spain. *Rev Esp Salud Publica*. 2012; 86(4): 419-34.
23. Pérez-Cano HJ, Moreno-Murguía MB, Morales-López O, Crow-Buchanan O, English JA, Lozano-Alcázar J, et al. Anxiety, depression, and stress in response to the coronavirus disease-19 pandemic. *Cir Cir*. 2020; 88(5): 562-8.