



medicina general y de familia

edición digital

www.mgyf.org



Original

Consumo crónico de ansiolíticos en cupos de Atención Primaria con docencia MIR en Asturias: estudio descriptivo

Alicia Castro Maquieira^a, Cecilia Pérez García^a, Nuria Dopico Sanesteban^{b,*}, Edwin Patricio Guamá Heredia^c, Paula Fernández Martínez^d

^aCentro de Salud de Tineo. Tineo, Asturias. ^bCentro de Salud Cangas de Narcea. Sienra, Asturias. ^cCentro de Salud de Pola de Allande. Pola de Allande, Asturias. ^dInstituto de Investigación Biosanitaria del Principado de Asturias. Oviedo, Asturias.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de febrero de 2026

Aceptado el 31 de agosto de 2026

On-line el 27 de octubre de 2026

Palabras clave:

Benzodiacepinas
Utilización de medicamentos
Atención primaria de salud
Educación sanitaria

R E S U M E N

Objetivos. Determinar los factores asociados al consumo crónico de benzodiacepinas en pacientes de cuatro cupos sanitarios con docencia MIR del Área II de Asturias y describir el perfil de los consumidores crónicos.

Material y métodos. Estudio observacional descriptivo con grupo comparativo (casos y controles) en 202 pacientes captados entre diciembre de 2023 y marzo de 2024. Los casos fueron pacientes con consumo continuado de benzodiacepinas durante al menos 6 meses; los controles, pacientes sin consumo crónico. Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y de consumo farmacológico mediante historia clínica informatizada, prescripción electrónica y entrevistas. Se realizaron análisis descriptivos y regresión logística univariante para identificar factores asociados al consumo.

Resultados. Se incluyeron 102 casos y 100 controles, con edad media de 65,8 y 60,6 años, respectivamente. El consumo crónico se asoció significativamente con edad avanzada, sexo femenino, viudedad, jubilación, diagnóstico de patología mental y seguimiento por Unidades de Salud Mental. Los motivos más frecuentes de consumo fueron ansiedad (36,3 %) y trastornos del sueño (32,4 %). Lorazepam y alprazolam fueron los fármacos más utilizados.

Conclusiones. El consumo crónico de benzodiacepinas en el Área II se concentra en mujeres mayores y en personas con antecedentes de salud mental o seguimiento hospitalario. La atención primaria desempeña un papel clave en la identificación y abordaje de estos pacientes, por lo que es necesario fomentar estrategias individualizadas de prescripción y alternativas no farmacológicas.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nuria.dopico.sanesteban@gmail.com (N. Dopico Sanesteban).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.035>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Chronic anxiolytic use in primary care quotas with MIR teaching in Asturias: A descriptive study

A B S T R A C T

Keywords:

Benzodiazepines
Drug use
Primary care of health
Medical education

Objectives. To determine the factors associated with chronic benzodiazepine use in patients from four healthcare practices with residency training in Area II of Asturias, and to describe the profile of chronic users.

Materials and methods. A descriptive observational study with a comparative group (cases and controls) was conducted with 202 patients recruited between December 2023 and March 2024. Cases were patients with continuous benzodiazepine use for at least 6 months; controls were patients without chronic use. Sociodemographic, clinical, and medication use variables were collected through electronic medical records, electronic prescriptions, and interviews. Descriptive analyses and univariate logistic regression were performed to identify factors associated with use.

Results. 102 cases and 100 controls were included, with mean ages of 65.8 and 60.6 years, respectively. Chronic use was significantly associated with advanced age, female sex, widowhood, retirement, a diagnosis of mental illness, and follow-up by Mental Health Units. The most frequent reasons for use were anxiety (36.3 %) and sleep disorders (32.4 %), with lorazepam and alprazolam being the most commonly used medications.

Conclusions. Chronic benzodiazepine use in Area II is concentrated among older women and individuals with a history of mental health conditions or who are under specialized care. Primary care plays a key role in the identification and management of these patients, making it necessary to promote individualized prescribing strategies and non-pharmacological alternatives.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by E-Medfarma 2020, S.L.

Introducción

El término ansiolítico procede del latín *anxius*, que significa “angustiado”, y en medicina hace referencia a un grupo de fármacos que actúan deprimiendo el sistema nervioso central para aliviar los síntomas de la ansiedad. Dentro de este grupo, las benzodiazepinas son los fármacos más utilizados para el tratamiento del trastorno de ansiedad, el problema de salud mental más prevalente en España, con una frecuencia estimada del 6,7 % de la población^{1,2}. Introducidas en la práctica clínica a finales de los años cincuenta, su mecanismo de acción se basa en la potenciación de la actividad inhibitoria del ácido gamma-aminobutírico (GABA) en la membrana neuronal, lo que produce efectos ansiolíticos, hipnóticos, anticonvulsivantes y miorelajantes³.

En los últimos años se ha observado un incremento progresivo del consumo de benzodiazepinas, que en España se sitúa por encima de la media europea³. Según datos de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), el consumo de ansiolíticos e hipnóticos aumentó de 86,9 a 93,04 dosis diarias definidas por 1.000 habitantes entre 2019 y 2021⁴, coincidiendo con el periodo de la pandemia por covid-19. Diversos estudios han descrito un empeoramiento de la salud mental tras este acontecimiento, así como un aumento del consumo de benzodiazepinas, especialmente en mujeres y población joven^{4,5,6}. Entre los factores asociados a su mayor prescripción, destacan la baja tolerancia al malestar emocional,

la presión asistencial y determinados condicionantes socioeconómicos⁷.

El uso de benzodiazepinas plantea importantes controversias, debido a los efectos adversos derivados de su consumo prolongado y del uso inadecuado, lo que incluye deterioro cognitivo, somnolencia, alteraciones psicomotoras y riesgo de dependencia^{6,10}. El mal uso y la automedicación constituyen un problema creciente de salud pública³, con un aumento relevante de la morbilidad asociada descrito en estudios internacionales^{8,9}. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda un abordaje combinado farmacológico y no farmacológico para los trastornos de ansiedad y del sueño¹²; sin embargo, en la práctica clínica persiste un elevado recurso a estos fármacos, especialmente en entornos rurales y municipios pequeños¹.

Dado que el Área Sanitaria II del suroccidente de Asturias presenta una población rural, envejecida y dispersa, con un 31,91 % de personas mayores de 65 años¹¹, se consideró pertinente analizar el perfil de consumo habitual de benzodiazepinas y los factores asociados en esta población.

Objetivos

El objetivo principal fue determinar qué factores se asocian al consumo crónico de fármacos ansiolíticos (benzodiazepinas) en cuatro cupos sanitarios del Área II.

Los objetivos secundarios fueron:

- Identificar el perfil de persona consumidora crónica de benzodiacepinas de los cuatro cupos sanitarios del Área II que tienen docencia de formación médica especializada (sistema MIR) en el periodo académico 2020-2024 (dos en el Centro de Salud de Cangas del Narcea, uno en el Centro de Salud de Tineo y otro en el Centro de Salud de Pola de Allande), que haya sido captada en dichas consultas entre el 12 de diciembre de 2023 y el 1 de marzo de 2024.
- Conocer qué factores tienen más influencia en el consumo crónico de benzodiacepinas en los pacientes de estos cupos.

Material y métodos

Se trata de un estudio observacional descriptivo con grupo comparativo, en el que los pacientes se clasificaron como casos y controles a efectos analíticos según el consumo crónico de benzodiacepinas, sin corresponder a un estudio de casos y controles clásico. La población fuente estuvo constituida por los pacientes adscritos a los cupos de atención primaria atendidos durante el periodo de formación MIR 2020-2024. La población de estudio incluyó a los pacientes que acudieron a consulta y fueron captados entre diciembre de 2023 y marzo de 2024, periodo en el que se llevó a cabo la recogida de datos.

El paciente “caso” se definió con los siguientes criterios:

- Pertenecer a alguno de los cuatro cupos sanitarios de atención primaria con docencia MIR durante el periodo formativo 2020-2024 de las Zonas Básicas de Salud de Cangas del Narcea, Tineo o Allande del Área II de Asturias.
- Edad de al menos 18 años.
- Presentar consumo continuado de benzodiacepinas durante un periodo igual o superior a 6 meses, previo al inicio del periodo de recogida de datos (diciembre de 2023), definido como prescripción activa registrada en la receta electrónica durante dicho periodo.

El paciente “control” se definió con los siguientes criterios:

- Pertenecer a alguno de los cuatro cupos sanitarios de atención primaria con docencia MIR durante el periodo formativo 2020-2024 de las Zonas Básicas de Salud de Cangas del Narcea, Tineo o Allande del Área II de Asturias.
- Edad de al menos 18 años.
- No presentar consumo continuado de benzodiacepinas durante los 6 meses previos al inicio del periodo de recogida de datos, definido como ausencia de prescripción activa en receta electrónica o consumo inferior a 6 meses en dicho periodo.

Se excluyeron del estudio:

- Pacientes atendidos fuera del periodo de recogida de datos establecido (diciembre de 2023-marzo de 2024).
- Pacientes no adscritos a los cupos de atención primaria incluidos en el estudio.
- Pacientes con información clínica incompleta o ausencia de datos relevantes para el análisis.

- Pacientes que rechazaron participar o no otorgaron consentimiento informado.
- Episodios clínicos duplicados correspondientes a un mismo paciente durante el periodo de estudio; se consideró únicamente el primer registro.

La información se obtuvo de manera prospectiva durante las consultas realizadas en el periodo comprendido entre diciembre de 2023 y marzo de 2024, mediante revisión de la historia clínica informatizada a través de los programas Estación Clínica para Atención Primaria (ECAP) y el sistema de información hospitalaria Selene, registro de la prescripción farmacológica electrónica o entrevista directa, presencial o telefónica, con los pacientes.

Se recogieron variables sociodemográficas, clínicas y relacionadas con el consumo de benzodiacepinas. Entre las variables sociodemográficas se incluyeron la edad y el sexo de los pacientes.

Se registraron los antecedentes médicos de interés y la presencia de comorbilidades relevantes consignadas en la historia clínica.

Se analizó la presencia o ausencia de consumo crónico de benzodiacepinas, definido como una prescripción activa durante un periodo igual o superior a seis meses previos al inicio del estudio. Asimismo, se recogió el tipo de benzodiacepina prescrita, la duración del tratamiento, el número de benzodiacepinas consumidas y la coexistencia de otros fármacos psicotrópicos asociados. Adicionalmente, se registró la indicación clínica de la prescripción de benzodiacepinas, así como el ámbito de prescripción, según constara en la historia clínica electrónica.

Los datos se analizaron en RStudio mediante análisis descriptivo de variables cualitativas (frecuencias) y cuantitativas (media, mediana, mínimo, máximo y desviación típica). Se aplicaron modelos de regresión logística para estimar el riesgo asociado mediante *odds ratio* (OR) y la precisión mediante el intervalo de confianza (IC). Las diferencias estadísticamente significativas se establecieron en $p < 0,05$. Los resultados se agruparon por sexo, rangos de edad (18-30, 31-45, 46-60, 61-75 y > 75 años) y cupos sanitarios. Dado el tamaño muestral y la naturaleza exploratoria del estudio, se optó por realizar únicamente análisis univariantes para identificar asociaciones potenciales. Los resultados deben interpretarse como estimaciones preliminares, susceptibles de confirmación en estudios posteriores con análisis más complejos.

Todos los participantes firmaron un consentimiento informado tras recibir información sobre el estudio y confirmar su comprensión. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos y los datos se gestionaron de forma confidencial y anónima.

Resultados

Se incluyeron 202 pacientes, de los cuales 102 (50,5 %) constituyeron el grupo de casos y 100 (49,5 %) el de controles. La edad media fue de 65,8 años en los casos y de 60,6 años en los controles. Los casos mostraron predominio femenino (73,5 %), mientras que los controles presentaron distribución más equilibrada (48 % mujeres, 52 % hombres).

La mayoría de los pacientes estaban casados y contaban con estructura familiar biparental, la mayoría sin carga fami-

liar relevante. La mayoría de los controles se encontraba en activo (39 %) o jubilada (41 %), mientras que en los casos predominaban los jubilados (56,9 %). La práctica de ejercicio físico era habitual en ambos grupos (66 % de controles y 72,5 % de casos). La presencia de hábitos tóxicos era baja. Las enfermedades somáticas fueron frecuentes en ambos grupos (69 % en controles y 76,5 % en casos).

La mitad de los casos presentaban patología diagnosticada, frente al 14 % de los controles, aunque la mayoría de los pacientes no estaban en seguimiento hospitalario ni recibían psicoterapia.

El motivo de consumo de benzodiacepinas varió según el sexo: en mujeres predominó la ansiedad (41,3 %), mientras que en hombres fueron los trastornos del sueño (22,2 %), diferencia que resultó estadísticamente significativa ($p = 0,009$). No se observaron diferencias significativas entre sexos en el tipo de fármaco consumido. Lorazepam y alprazolam fueron los más utilizados, con dosis medias de 1,44 mg y 0,55 mg, respectivamente.

La [tabla 1](#) y la [tabla 2](#) resumen el análisis descriptivo de las variables de interés de ambos grupos.

El análisis univariante mediante regresión logística mostró asociaciones significativas entre el consumo de benzodiacepinas y varias variables sociodemográficas y clínicas ([tabla 3](#)):

- Edad: cada año adicional incrementa ligeramente el riesgo de consumo (OR 1,02; IC95% 1,00-1,04; $p = 0,016$).
- Sexo: ser mujer se asoció a mayor riesgo de consumo (OR 3,01; IC95% 1,68-5,48; $p < 0,001$).
- Estado civil: respecto a los solteros, los viudos presentaron mayor riesgo (OR 11,40; IC95% 3,42-44,54; $p < 0,001$).
- Situación laboral: comparado con los activos, los jubilados tuvieron mayor riesgo de consumo (OR 2,76; IC95% 1,42-5,47; $p = 0,003$).
- Salud mental: tener diagnóstico de patología mental (OR 6,14; IC95% 3,17-12,56; $p < 0,001$), estar en seguimiento por salud mental (OR 14,78; IC95% 5,03-63,23; $p < 0,001$) o asistir a sesiones de psicoterapia (OR 5,14; IC95% 1,83-18,34; $p = 0,004$) se asoció significativamente al consumo de benzodiacepinas.

Estos resultados indican que factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, situación laboral) y clínicos (diagnóstico de salud mental y seguimiento) influyen de manera importante en el consumo de benzodiacepinas en esta población.

Comentarios

El estudio analizó el perfil de consumo crónico de benzodiacepinas en pacientes captados de manera oportunista en consulta, pertenecientes a los cupos MIR 2020-2024 de tres Zonas Básicas de Salud del Área II de Asturias. La muestra no resultó representativa de toda la población del Área, debido a que la captación no fue aleatoria y estuvo limitada por la disponibilidad de los pacientes.

Los consumidores crónicos presentaron una edad media de 65,8 años, y el riesgo de consumo aumentó con la edad, lo que coincide con datos nacionales¹. Esto sugiere la necesidad de revisar la prescripción prolongada en mayores de 65 años, especialmente para benzodiacepinas de vida media larga, y considerar la deprescripción o alternativas no farmacológicas¹².

La mayoría de los casos fueron mujeres (73,5 %), lo que refleja patrones nacionales de mayor consumo en mujeres, probablemente por mayor utilización de servicios de salud y mayor prevalencia de insomnio en mujeres mayores¹⁴. No se observaron diferencias significativas entre las distintas Zonas Básicas de Salud.

Los consumidores crónicos fueron principalmente casados (54,9 %) y jubilados (56,9 %). El análisis inferencial mostró un mayor riesgo de consumo en personas viudas frente a solteros y en jubilados respecto a activos, lo que probablemente está relacionado con la edad y la frecuencia de seguimiento de patologías crónicas.

La mitad de los casos presentó patología de salud mental (50 %), aunque la mayoría no estuvo en seguimiento hospitalario ni había asistido a psicoterapia (82,4 %). Esto indica que el abordaje de estos pacientes se realizó principalmente desde atención primaria, con predominio de tratamiento farmacológico. La presencia de enfermedades somáticas y hábitos de vida como ejercicio o ausencia de tóxicos no se asoció a mayor riesgo de consumo.

Los motivos de consumo más frecuentes fueron ansiedad (36,3 %) y trastornos del sueño (32,4 %). La prescripción prolongada de benzodiacepinas para estos problemas no resulta recomendable, especialmente en personas mayores, y debería priorizarse la deprescripción y estrategias no farmacológicas, como higiene del sueño y técnicas de relajación, que han demostrado eficacia^{13,15}.

El estudio presenta varias limitaciones. La muestra no es representativa de toda el Área Sanitaria II, al haberse captado de manera oportunista y no aleatoria, lo que puede generar sesgo de selección y limitar la generalización. Además, pueden existir sesgos de información y memoria, así como posibles sesgos del entrevistador, a pesar de haberse estandarizado la recogida de datos. Algunos factores logísticos, como la dispersión geográfica, la disponibilidad de medios y el tiempo limitado de ejecución, también pudieron afectar la exhaustividad y homogeneidad de los datos.

Conclusiones

El consumo crónico de benzodiacepinas en el Área II se asocia a la edad avanzada y el sexo femenino. Estar viudo o jubilado incrementa el riesgo de consumo, al igual que la presencia de patología de salud mental o el seguimiento por Unidades de Salud Mental (USM). Los motivos de consumo más frecuentes son la ansiedad y los trastornos del sueño, con diferencias según el sexo. La medicación más utilizada incluye lorazepam y alprazolam, sin diferencias entre hombres y mujeres.

Todos estos hallazgos ponen de relieve el papel central de la atención primaria en la identificación, seguimiento y abordaje del consumo crónico de benzodiacepinas, así como en la necesidad de estrategias de prescripción más individualizadas y de apoyo no farmacológico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Tabla 1 – Estadísticos descriptivos de las variables de interés por grupo.

Variable		Control (N=100)	Caso (N=102)
Edad, media (DE)		60,6 (15,1)	65,8 (14,6)
Edad, mediana [mín, máx]		61,6 [22,4–84,2]	66,9 [27,7–91,6]
Sexo	Femenino	48 (48 %)	75 (73,5 %)
	Masculino	52 (52 %)	27 (26,5 %)
Zona Básica de Salud	Cangas del Narcea	50 (50 %)	50 (49,0 %)
	Tineo	25 (25 %)	25 (24,5 %)
	Pola de Allande	25 (25 %)	27 (26,5 %)
Estado civil	Soltero/a	19 (19 %)	8 (7,8 %)
	En pareja	13 (13 %)	7 (6,9 %)
	Casado/a	57 (57 %)	56 (54,9 %)
	Divorciado/a	6 (6 %)	7 (6,9 %)
	Viudo/a	5 (5 %)	24 (23,5 %)
Situación laboral	En activo	39 (39 %)	20 (19,6 %)
	Incapacidad laboral temporal	8 (8 %)	13 (12,7 %)
	Desempleado/a	4 (4 %)	2 (2 %)
	Jubilado/a	41 (41 %)	58 (56,9 %)
	Otros	8 (8 %)	9 (8,8 %)
Hábitos tóxicos	Ninguno	83 (83 %)	88 (86,3 %)
	Tabaco	8 (8 %)	10 (9,8 %)
	Alcohol	8 (8 %)	3 (2,9 %)
	Tabaco y alcohol	1 (1 %)	1 (1,0 %)
Ejercicio físico	Sí	66 (66 %)	74 (72,5 %)
	No	34 (34 %)	28 (27,5 %)
Estructura familiar en domicilio	Sin convivientes	12 (12 %)	10 (9,8 %)
	Monoparental	6 (6 %)	11 (10,8 %)
	Biparental sin hijos	26 (26 %)	29 (28,4 %)
	Biparental con hijos	34 (34 %)	24 (23,5 %)
	Reconstituida	0 (0 %)	2 (2,0 %)
	Extensa	6 (6 %)	7 (6,9 %)
	Otros	16 (16 %)	19 (18,6 %)
Carga familiar	No	84 (84 %)	81 (79,4 %)
	Sí	16 (16 %)	21 (20,6 %)
Patología de salud mental	No	86 (86 %)	51 (50 %)
	Sí	14 (14 %)	51 (50 %)
Seguimiento por USM	No	97 (97 %)	70 (68,6 %)
	Sí	3 (3 %)	32 (31,4 %)
Sesiones de psicoterapia	No	96 (96 %)	84 (82,4 %)
	Sí	4 (4 %)	18 (17,6 %)
Enfermedades somáticas	No	31 (31 %)	24 (23,5 %)
	Sí	69 (69 %)	78 (76,5 %)
Motivo de consumo	Ansiedad	0 (NA %)	37 (36,3 %)
	Depresión	0 (NA %)	19 (18,6 %)
	Trastornos de sueño	0 (NA %)	33 (32,4 %)
	Otros trastornos psiquiátricos	0 (NA %)	4 (3,9 %)
	Osteomuscular	0 (NA %)	9 (8,8 %)
	Falta de justificación médica documentada	100 (100 %)	0 (0 %)

DE: desviación estándar; NA: no aplica; USM: Unidades de Salud Mental.

Tabla 2 – Motivo de consumo según sexo (casos).

Motivo de consumo	Femenino (N = 75)	Masculino (N = 27)	p-valor
Ansiedad	31 (41,3 %)	6 (22,2 %)	0,009
Depresión	17 (22,7 %)	2 (7,4 %)	–
Trastornos del sueño	18 (24,0 %)	15 (55,6 %)	–
Otros problemas psicológicos	4 (5,3 %)	0 (0 %)	–
Osteomuscular	5 (6,7 %)	4 (14,8 %)	–
–: no se calculó p-valor por tamaño insuficiente de subgrupo.			

Tabla 3 – Resultados de regresiones logísticas univariantes para consumo de ansiolíticos.

Variable	Comparación	OR	IC 95%	p-valor
Edad	–	1,02	1,00-1,04	0,016
Sexo	Femenino frente a masculino	3,01	1,68-5,48	< 0,001
Estado civil	Casado frente a soltero	2,33	0,97-6,06	0,066
	Divorciado frente a soltero	2,77	0,71-11,37	0,144
	Viudo frente a soltero	11,40	3,42-44,54	< 0,001
Situación laboral	Incapacidad temporal frente a activo	3,17	1,15-9,23	0,029
	Jubilado frente a activo	2,76	1,42-5,47	0,003
	Otros frente a activo	2,19	0,73-6,71	0,159
Patología de Salud Mental	Sí frente a No	6,14	3,17-12,56	< 0,001
Seguimiento por Salud Mental	Sí frente a No	14,78	5,03-63,23	< 0,001
Sesiones de psicoterapia	Sí frente a No	5,14	1,83-18,34	0,004

BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Salud S, Latorre MA, Fernando J, Montalvo M, Félix M, García M, et al. Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de los registros clínicos de atención primaria Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP [Internet]. Gob.es. [citado el 9 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf.
- Fisterra.com. Guías Fisterra. Uso de benzodiazepinas. 2021.
- Guía de consenso para el buen uso de benzodiazepinas. Gestión de riesgos y beneficios. FAECAP, SEFAC, SEMERGEN, semFYC y SEMG; 2021.
- García Díez S, De Nicolás Valdés M, Diéguez Varela C, Fernández Martínez P, Suárez Gil P, Navarro Rodríguez Y. Impacto del confinamiento por COVID-19 en la prescripción de benzodiazepinas. Aten Prim. 2023;55(3):102552. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102552>.
- Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. Brain Behav Immun. 2020;89:531–42. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>.
- Campagne DM, García-Campayo J. El inadecuado uso de las benzodiazepinas. Semergen. 2005;31(7):301-44. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(05\)72939-7](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(05)72939-7).
- Fernández Álvarez T, Gómez Castro MJ, Baidés Morente C, Martínez Fernández J. Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2002;30(5):297-303. [https://doi.org/10.1016/s0212-6567\(02\)79031-8](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(02)79031-8).
- Bachhuber MA, Hennessy S, Cunningham CO, Starrels JL. Increasing Benzodiazepine Prescriptions and Overdose Mortality in the United States, 1996-2013. Am J Public Health. 2016;106(4):686-8. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303061>.
- Votaw VR, Geyer R, Rieselbach MM, McHugh RK. The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. Drug Alcohol Depend. 2019;200:95-114. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033>.
- Velert Vila J, Velert Vila MM, Salar Ibáñez L, Avellana Zaragoza JA, Moreno Royo L. Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico farmacéutico. Aten Primaria. 2012;44(7):402-10. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.016>.
- Dirección General de planificación y Políticas Sanitarias. Actualización demográfica del Mapa Sanitario de Asturias; 2021.
- Delgado Silveira E, Muñoz García M, Montero Errasquin B, Sánchez Castellano C, Gallagher PF, Alfonso J. Cruz-Jentoft AJ. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2009;44(5):273-9. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2009.03.017>.
- López de Castro F, Fernández Rodríguez O, Mareque Ortega MA, Fernández Agüero L. Abordaje terapéutico del sueño. Semergen. 2012;38(4):233-40. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.11.003>.
- Maravillas-Estrada A, Roy-García IA, Rivas-Ruiz R, Vilchis-Chaparro E. Factores asociados a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes con insomnio. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(Suppl 3):S387-94. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8319759>.
- Gancedo-García A, Gutiérrez-Antezana AF, González-García P, Salinas-Herrero S, Prieto-Merino D, Suárez-Gil P. Efectividad de una intervención educativa breve en pacientes con insomnio en atención primaria. Aten Primaria. 2014;46(10):527-86. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.007>.