

Reportaje

Entre la ansiedad, Benzodicepinas y falsa tranquilidad

Dra. Luz Elena Navares Moreno

En los inicios de la década de los 50, las únicas drogas disponibles para combatir la ansiedad, el insomnio y otros trastornos nerviosos similares eran **los barbitúricos**, el *meprobamato* y la *clorpromazina*, cuya seguridad dejaban mucho que desear. Por esta razón, grandes compañías farmacéuticas se dieron a la tarea de buscar rápidamente otras sustancias que las reemplazaran. La casa Roche, de Suiza, encomendó este trabajo a un químico orgánico polaco, Leo Sternbach, quien se orientó hacia la producción de una droga, sobre la base de la existencia en la naturaleza de numerosos compuestos de ese tipo, cuyas propiedades farmacológicas destacaban para controlar estos problemas.

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Así, en 1955 se creó la primera **Benzodicepina (BZD)**, el *clordiazepóxido*, y se comercializó dos años más tarde por los laboratorios Roche con el nombre de *Librium*. El fármaco mostró marcadas propiedades anticonvulsivas, sedantes y relajantes musculares. Desde entonces, se han sintetizado más de dos mil compuestos, de los cuales alrededor de treinta se encuentran disponibles en el mercado y su uso se ha extendido mundialmente.

Con formato: Fuente: Cursiva

Con formato: Fuente: Cursiva

Se pudiera decir que estos fármacos han ~~hecho representado~~ un parteaguas en nuestra sociedad. Resulta de lo más ordinario su uso, de ~~hecho hecho~~, ya no es extraño saber que lo utilizan varios miembros de una familia. Lo mencionó el Dr. Jeffrey Lieberman, presidente del departamento de Psiquiatría de Columbia, EUA cuando habló sobre la benzodicepina llamada "Valium" como "un símbolo cultural de la desenfadada vida de la era moderna en libros y películas". Fue tan bueno su resultado que desde los años 60, en la canción de los Rolling Stones "Mother's Little Helper" (1966), se hace referencia ~~del al~~ **Valium**, la famosa pastillita amarilla que *ayudaba a calmar a las amas de casa desesperadas*.

A pesar de su popularidad, muy pronto las benzodicepinas comenzaron a suscitar **preocupación** entre algunos miembros de la clase médica por su capacidad de provocar síndromes de dependencia o abuso.

De manera sencilla, las sustancias depresoras del SNC como las BZD actúan disminuyendo la actividad cerebral, por eso son útiles para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y sueño. Se trata de fármacos que pueden resultar de gran utilidad en algunas indicaciones, pero al no estar exentos de **riesgos** es necesario tener en cuenta determinados aspectos ~~en~~ **relación a en relación con** su prescripción y control.

Determinar **cuándo está realmente indicado el tratamiento con BZD**. Seleccionar la BZD más adecuada según el problema de salud, teniendo en cuenta el perfil farmacológico (efecto hipnótico, ansiolítico o inductor del sueño), como el diazepam y el alprazolam que frecuentemente se recetan para tratar la ansiedad y los ataques de pánico; el triazolam y el estazolam tienen propiedades más sedantes y por ende, son utilizados como tratamiento para los trastornos del sueño.

Los **efectos adversos y las interacciones farmacológicas**, muy frecuentes en tratamientos a largo plazo y en pacientes polimedicados. Los efectos adversos son la principal limitación en el uso de las BZD, entre los que hay que destacar la dependencia física y psíquica. El **riesgo de dependencia** se incrementa sobre todo con la dosis utilizada, la duración del tratamiento (después de 2 semanas), y cuanto menor sea la vida media de la BZD. También cuando existen antecedentes de consumo de sustancias y/o tratamientos con otros psicotrópicos. Se consideran también **efectos adversos** frecuentes: la tolerancia, la excesiva sedación, la falta de concentración, resaca diurna residual, los trastornos cognitivos, la alteración en la coordinación motora, ataxia, lentitud de reflejos, insomnio de rebote, amnesia retrógrada y el síndrome de abstinencia tras su suspensión. Ello implica un incremento del riesgo de sufrir accidentes de tráfico, laborales o domésticos. En pacientes mayores de 65 años se duplica el riesgo de caídas y de sufrir fracturas de cadera. Es importante informar al paciente sobre estos aspectos de seguridad para que tome conciencia y se involucre en ~~un~~ el uso responsable de la medicación. Las **interacciones de las BZD con otros medicamentos** son frecuentes porque los fármacos implicados son de uso cotidiano. Así, nos podemos encontrar con interacciones que:

- *Aumentan la concentración en plasma de las BZD:* omeprazol, ~~antidepresivos~~antidepresivos, digoxina, eritromicina, isoniazida, ketoconazol, betabloqueadores y anticonceptivos (por interacción farmacocinética).
- *Disminuyen la concentración de BZD y por tanto su efecto:* antiácidos, levodopa, carbamazepina, caféina y tabaco (por interacción farmacocinética).
- *Aumentan los efectos depresores de las BZD:* el alcohol, analgésicos opioides, antidepresivos, neurolépticos, anticonvulsivantes y antihistamínicos (por interacción farmacodinámica).

La **duración prolongada** de los tratamientos instaurados: más del 50% de los tratamientos con BZD superan el tiempo recomendado, tanto en el insomnio como en la ansiedad, llegando incluso algunos tratamientos a superar el año de duración.

La **insuficiente monitorización** de los pacientes, muy deficiente en primeros controles y casi inexistente en los tratamientos de larga duración.

La correcta **des-prescripción**.

Dependencia a las benzodiacepinas

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), la **dependencia a las benzodiacepinas** consiste en un patrón problemático de consumo que provoca deterioro o malestar clínicamente significativo durante un plazo de doce meses que se manifiesta al menos por dos de los sucesos que se presentan a continuación:

- 1) Consumo frecuente en cantidades superiores o por un tiempo más prolongado del previsto;
- 2) Existen esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo;

3) Se invierte tiempo considerable para conseguir las sustancias, consumirlas o recuperarse de sus efectos; esto es común ya que se necesita una prescripción o receta médica para conseguir estas sustancias;

4) Existen ansias de consumir;

5) El consumo recurrente ocasiona incumplimiento de las tareas principales en el trabajo, la escuela o el hogar;

6) Continúa el consumo a pesar de problemas recurrentes de tipo social derivados o agravados por sus efectos;

7) Se abandonan o reducen importantes actividades sociales, profesionales o de ocio debido al consumo;

8) Se consume en situaciones en las que su uso es físicamente peligroso;

9) Se continúa el consumo aún sabiendo que se sufre de un problema físico o psicológico, probablemente causado o agravado por ellos;

10) Tolerancia: capacidad que tiene un organismo para resistir y aceptar el aporte de determinadas sustancias, en especial alimentos o medicamentos.

11) Abstinencia: Conjunto de alteraciones físicas y psíquicas que aparecen en una persona cuando deja bruscamente de tomar una sustancia a la cual está habituada o es adicta, especialmente una droga.

En Estados Unidos los resultados de la Encuesta Nacional del 2010 sobre el Uso de Drogas y la Salud mostraron que alrededor de 2.4 millones de personas tomaron **medicamentos de prescripción sin razones médicas** por primera vez en el año anterior a la encuesta. De estas personas, más de la mitad eran mujeres y aproximadamente un tercio tenía entre 12 y 17 años de edad (NIDA, 2012). Dato interesante y alarmante es saber que el grupo de edad en jóvenes es cada vez mayor.

La situación en México también es preocupante, pues está considerado como uno de los países con **prevalencias más altas en el consumo de tranquilizantes y sedantes**, con una prevalencia anual de 7.8% en la población general (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2013). Por otra parte, la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) 2008, indicó que las benzodiazepinas son los fármacos de prescripción más usados en hombres y mujeres de 12 a 65 años de edad (Consejo Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente [INP], 2008).

Son muchos los factores que conllevan a este **abuso**, que generalmente inicia con su uso por una receta médica, como es el desconocimiento y la minimización de los efectos que producen estos medicamentos en la persona en todas sus dimensiones, su entorno familiar y social.

En el ámbito farmacéutico al final de la década de 1980, comenzaron a salir al mercado los **inhibidores selectivos de recaptura de serotonina** (SSRI, antidepresivos), que aún se

CENTRO SAN CAMILO
VIDA Y SALUD
NO. 90 (2017)

consideran más seguros y no adictivos como las BDZ, pero en realidad no han logrado sustituirlas, a pesar de que su uso es cada vez mayor.

Referencias:

Montes Gómez E. y Col. *Uso adecuado de benzodiazepinas en insomnio y ansiedad*. BOLCAN. BOLETÍN CANARIO DE USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO DEL SCS. Vol. 6 Nº 1 · OCTUBRE 2014.

http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/26065e47-546c-11e4-8ab3-a978c4456e39/BOLCAN_Vol6_n1_

[Uso_adecuado_de%20BZD_en_insomnio_ansiedad.pdf](#)

Gómez San Luis H., Almansa Avendaño A. *BENZODIACEPINAS: NARRATIVAS DE ADICCIÓN Y RECUPERACIÓN DE UNA ANESTESIOLOGA*. 2017. Vol. 17, No.1, 133-144

<http://ojs.haaj.org/index.php/haaj/article/viewFile/281/286>

https://elpais.com/diario/2005/10/04/agenda/1128376808_850215.html