

De riesgos y placeres

Manual para entender las drogas

David Pere Martínez Oró
Joan Pallarés Gómez
(eds.)

editorial
MILENIO

HIPNÓTICO-SEDANTES. UNA APROXIMACIÓN DESDE LA GESTIÓN DE PLACERES Y RIESGOS

Carlos MORATILLA DÍAZ

*Psicólogo. Colaborador del colectivo Energy Control
c.mdiaz@cop.es*

Introducción

El consumo de benzodiazepinas y otros hipnóticos es un hecho visible en nuestra realidad más cotidiana. Con nombres como “pastillas para dormir”, tranquilizantes, calmantes, somníferos, ansiolíticos etc. estas sustancias psicoactivas forman parte de la inmensa mayoría de botiquines de los hogares españoles. En este capítulo, consideraremos hipnótico-sedantes al grupo de sustancias compuesto por barbitúricos, benzodiazepinas y otros agentes hipnóticos no benzodiazepínicos.

Buena parte de la cantidad de estas sustancias consumidas por la población mundial ha sido recetada por profesionales facultativos para un tipo de malestar específico. Sin embargo, existen otros usos que escapan a este control por parte de un profesional y que son, al menos, tan conocidos y visibles como los anteriores.

Debido a la existencia de este tipo de usos que, insistimos, escapan al control y la pauta facultativa y que se realizan, por tanto, al margen de la ley, cobra cierto interés, e incluso necesidad, el hecho de presentar información oportuna así como una serie de estrategias básicas que pudieran minimizar los riesgos asociados al consumo de estas sustancias.

Este tipo de uso –al que nos referiremos como uso no médico o uso experimental– nace más allá de las consultas médicas y suele presentar funciones que pueden coincidir o no con las típicas de un tratamiento farmacológico con benzodiazepinas. Por ello, consideramos relevante aportar la información pertinente para que los riesgos asociados a estos usos sean los mínimos, no sin antes atender a la relación que existe entre ellos y los distintos contextos en los que se producen, así como las claves socioculturales que pudieran explicar este fenómeno.

No obstante, a la hora de construir este capítulo sobre la gestión de placeres y riesgos del consumo de benzodiazepinas y otros hipnótico-sedantes, nos encontramos con algunas dificultades. Por ejemplo, aunque es cierto que son sustancias muy estudiadas y de las que se conocen relativamente bien

sus acciones (Stahl, 2009), son bastante escasos los datos existentes en torno al fenómeno del uso recreativo de benzodiazepinas sobre todo en lo que se refiere a contextos de consumo españoles; algo que no nos permite tener una visión lo suficientemente cercana a los distintos perfiles de consumidor.

Sin embargo, salvando estas dificultades, el lector y la persona que tenga interés en acercarse de forma experimental a estas sustancias podrá encontrar a lo largo del capítulo pautas generales que minimicen, de cierta forma, las potenciales consecuencias negativas de su consumo, teniendo siempre presente que éstas son el resultado de una interacción real entre un organismo que ingiera una determinada sustancia dentro de un contexto concreto que, además, forma parte de un contexto más sociocultural más amplio.

Contexto histórico y legalidad

Origen y descubrimiento de la química hipnótico-sedante

En 1903 el ácido dietilbarbitúrico o barbital, fue el primer compuesto hipnótico comercializado bajo el nombre de Veronal®, gracias a los químicos E. Fisher y J. Von Mering (de Juan, Portes y Ban, 2002). Por estas propiedades hipnótico-sedantes se convertiría en el primer tratamiento de elección para varios trastornos neurológicos y psiquiátricos tales como la epilepsia y la esquizofrenia (Lopez-Muñoz y Álamo, 2007). En cuanto a las benzodiazepinas, Leo Sternbach sería el responsable de sintetizar en 1957 el clordiazepóxido, el primer compuesto de esta familia comercializado con el nombre de Librium®.

Es en este punto donde comienza lo que sería el futuro imperio de las benzodiazepinas; unos fármacos que han experimentado un extraordinario desarrollo, no sólo en cuanto al número de compuestos sintetizados sino también al número total de personas que, con más o menos frecuencia, las han consumido. Hacia 1972 ya serían consumidas por seiscientos millones de personas (Escohotado, 1998). De nuevo, sus usos tendrían que ver con el tratamiento de problemas neurológicos y psiquiátricos aunque también para combatir el insomnio y el estrés. No obstante, por entonces ya eran palpables otros usos poco o nada relacionados con aquellas situaciones: el intento y consumación de suicidios y la adulteración de otras drogas tales como la heroína (Hidalgo, 2007).

Prevalencias y tipos de usos en el presente

En el periodo que abarca de 1992 a 2006, el consumo de benzodiazepinas en España muestra de nuevo un notable incremento. Según el Ministerio de Sanidad español y la Agencia del Medicamento (2012), el consumo de benzodiazepinas y otros hipnóticos se incrementó en un 113% en dicho periodo, pasando de 32,73 DHD (dosis por cada mil habitantes y día) a 69,92 en el

año 2006. Además, en torno al 1,9% de la población española entre 15 y 64 años ha consumido benzodiazepinas sin receta médica (OED, 2012), siendo las únicas sustancias más consumidas, con o sin receta, por mujeres que por hombres – 3% y 5,2%, respectivamente en los últimos 12 meses, en el tramo de edad de 15 a 34 años.

Este aumento de las ventas y del consumo de benzodiazepinas –al igual que de otros psicofármacos– podría explicarse atendiendo a varios factores interaccionando entre sí. Por ejemplo, no hay duda acerca del peso que ha tenido el marketing (González y Pérez, 2007) realizado por la industria farmacéutica, quien no sólo ha centrado sus esfuerzos en promocionar esta serie de compuestos sino que con la ayuda, activa o pasiva, de los profesionales de la salud mental (ciertos médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos, etc.) se ha conseguido conformar la creencia, ya muy arraigada culturalmente, de que trastornos psicológicos como la ansiedad o la depresión son enfermedades de naturaleza similar a la diabetes o la tuberculosis. De alguna forma, según Pérez y Fernández (2008), se ha favorecido una hiper-medicalización de los problemas normales de la vida cotidiana.

Más allá de la consulta del médico

Han sido descritos otros usos –generados al margen de la prescripción facultativa– con funciones distintas a las anteriores: reducir los efectos desagradables del consumo de estimulantes, potenciar los efectos de otras drogas, reducir las molestias del síndrome de abstinencia (por ejemplo, opiáceos), o “reforzar los efectos del alcohol” (WHO, 1996: 35). Además, si bien es poco significativo, habría quienes usarían estas sustancias como euforizantes menores (Cole y Chiarello, 1990).

En Estados Unidos, por ejemplo, también se ha descrito el uso de algún hipnosedante, como flunitrazepam –un compuesto curiosamente ilegal en dicho país y comercializado con el nombre de Rohypnol®–, solo o en combinación con otras sustancias, buscando la propia euforia que puede provocar el fármaco (Abanades, 2008). Junto con la MDMA, el GHB y la ketamina se considera al flunitrazepam dentro de las Club drugs (Gahlinger, 2004; Smith, Larive, Romanelli, 2002), sustancias cuyos usos principales serían recreativos y propios de contextos de fiesta, raves, festivales, etc.

En el caso de España, disponemos de muy pocos datos objetivos que nos permitan dilucidar la realidad del consumo recreativo de hipnótico-sedantes.

Legislación

Respecto a la legalidad de estos compuestos, la inmensa mayoría de hipnótico-sedantes se encuentran en las listas III y IV de fiscalización de sus-

tancias de la ONU. Es decir, sustancias que necesitan de licencia (receta) tanto para ser vendidas como para ser consumidas. El consumo de benzodiazepinas y algunos barbitúricos fuera de lo establecido por la ley, podría acarrear las mismas sanciones que en el caso de otras sustancias fiscalizadas (cannabis, cocaína, anfetaminas, etc.).

También es aplicable al consumo de hipnótico-sedantes la prohibición de conducir cualquier tipo de vehículos (artículo 27, Real Decreto 1428/03). De esta forma, el artículo 379 del Código Penal lo considera una infracción grave estableciendo una sanción de 3 a 6 meses de pena de prisión o multa de 6 a 12 meses y, en su caso, trabajos en beneficio de la comunidad. O bien, la privación del derecho a conducir vehículos por un tiempo superior a 1 y hasta 4 años (Arana y Germán, 2007).

Gestión de placeres y riesgos

Como el uso de barbitúricos está prácticamente excluido de los contextos cotidianos, a partir de aquí el grupo de hipnosedantes será representado por benzodiazepinas (diazepam, alprazolam, lorazepam...) y otros agentes hipnóticos no benzodiazepínicos, como el zolpidem,

Composición

Las benzodiazepinas son un conjunto de moléculas cuyos principios activos varían de unas a otras. Existen casi una treintena de compuestos: alprazolam, diazepam, lorazepam, lormetazepam, etc. Todas comparten una estructura compuesta por un anillo de benceno con seis elementos unido a otro anillo de diazepina compuesto por otros 7 elementos. Son las diversas sustituciones en este anillo lo que provoca cambios en las acciones particulares de cada uno de los principios activos. Por su parte, los agentes hipnóticos no benzodiazepínicos cuyos prototipos se podrían considerar al zolpidem o la zoplicona, pertenecen a una clase distinta (imidazopiridinas) y tienen un perfil neurofarmacológico diferente.

Propiedades, efectos buscados y efectos adversos

De forma general, todas las benzodiazepinas son sustancias depresoras del sistema nervioso central. Comparten, en mayor o menor medida, efectos sedantes, hipnóticos, miorelajantes, antiepilépticos e inductores de la anestesia preoperatoria. Sin embargo, podrían presentar otra serie de efectos de tipo adverso tales como sedación, somnolencia, ataxia, incoordinación, diplopia, amnesia anterógrada y vértigo (Zarco, Caudevilla, López, Apolinar y Martínez, 2007)

Cada uno de los principios activos varía en cada uno de los efectos esperables en función de sus características farmacocinéticas (absorción, distribución,

metabolización y eliminación) y farmacodinámicas (estimulación indirecta de los receptores GABA, el neurotransmisor inhibitorio por excelencia).

Según la rapidez de inicio de los efectos encontramos compuestos de acción rápida, de acción intermedia y de acción lenta. De cara a una adecuada gestión de los placeres y riesgos es importante tener presente las características de cada uno de los compuestos (ver Tabla 1).

Siguiendo a Cetkovich-Bakmas y Toro-Martínez (2003), las benzodiacepinas pueden clasificarse por su potencia y por su vida de eliminación. La primera haría referencia a la dosis necesaria para que el principio activo produzca efectos farmacológicos. Es decir, aquellos compuestos cuyas dosis necesarias para producir efectos sean más bajas, mayor potencia tendrán (alprazolam, clonazepam o lorazepam, etc.). Sin embargo, una baja potencia (diazepam o el clordiacepóxido, etc.) no resta potencial sedante al compuesto; simplemente sus dosis necesarias son mayores respecto de los primeros. Por su parte, la vida media se refiere al tiempo en el cual la dosis plasmática del compuesto se reduce en un 50%. De esta forma, se pueden clasificar como benzodiacepinas de vida media corta (0-12 horas), intermedia (12-24 horas) y larga (+24 horas), siendo esta, de nuevo, una característica central a tener en cuenta si se piensa realizar un consumo de este tipo de sustancias ya que a mayor vida media del fármaco mayor tiempo de permanencia de sus metabolitos dentro del organismo, algo que debe tenerse presente si se van a encadenar dosis sucesivas y/o si se quieren prevenir post-efectos o resacas al día siguiente

Presentación y vías de administración

La mayor parte de estos compuestos se presentan en comprimidos o píldoras, si bien es posible encontrar algunos principios activos en forma líquida para ser inyectados. La forma más común de administración es la vía oral. No obstante, existen otras posibles como la sublingual –para benzodiacepinas como aprazolam, lorazepam y clonazepam–, la inhalada (alprazolam), la intravenosa o la intranasal aunque esta última es más bien anecdótica. Sin duda, la vía oral es la más recomendada por cuanto es la más segura y la más testada en ensayos clínicos. Le seguiría la sublingual, en los casos en que sea posible.

Interacciones

Si bien las benzodiacepinas son sustancias relativamente seguras, su mezcla con otras sustancias depresoras del sistema nervioso central (alcohol, GHB, opiáceos, ketamina, etc.) puede hacer que los efectos –tanto agradables como desagradables– de ambas aumenten, pudiéndose llegar a intoxicaciones potencialmente mortales. No obstante, dependiendo del tipo de benzodiacepina y de las dosis de las distintas sustancias consumidas, los riesgos pueden ser

TABLA 1.

Características de las benzodiazepinas más comunes.

| Nombre | Dosis equivalentes | Vida media (horas) | Vida media | Pico plasmático máximo (horas) | Comienzo de la acción | Dosis ambulatorias mg/día | Dosis hospitalarias (mg/día) |
|-----------------|--------------------|--------------------|------------|--------------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------------|
| Alprazolam | 0,5 | 12-15 | (I) | 1,5 | (I) | 0,75-3 | 2-10 |
| Bentacepam | 12,5 | 2,2-4,5 | (C) | 1-2 | (I) | 25-100 | 100-150 |
| Bromacepam | 2 | 10-20 | (I) | 1-3 | (L) | 3-12 | 12-24 |
| Brotizolam | 0,5 | 3,6-8 | (I) | 1 | (R) | 0,125-0,25 | 0,25-0,5 |
| Clobazam | 10 | 9-30 | (I) | 2 | (I) | 10-30 | 30-60 |
| Clonacepam | 0,5 | 20-40 | (L) | 3 | (I) | 1-4 | 4-8 |
| Cloracepato | 7,5 | 30-100 | (L) | 1,3 | (R) | 5-45 | 45-150 |
| Clordiazepóxido | 10 | 15-40 | (L) | 2,2 | (I) | 5-45 | 45-150 |
| Clotiazepam | 5 | 4-6 | (C) | 1 | (R) | 5-10 | 20-40 |
| Diacepam | 5 | 20-100 | (L) | 1 | (R) | 5-20 | 20-50 |
| Flunitrazepam | 1 | 9-30 | (I) | 1 | (R) | 1-2 | 3-4 |
| Fluracepam | 15 | 24-100 | (L) | 1 | (R) | 15-30 | 45-60 |
| Halacepam | 20 | 15-100 | (L) | 1-3 | (I) | 40-120 | 120-160 |
| Ketazolam | 10 | 15-50 | (L) | 2-10 | (I) | 15-45 | 45-90 |
| Loprazolam | 1 | 4-15 | (I) | 1 | (R) | 1-2 | 2 |
| Loracepam | 1 | 9-22 | (I) | 1,5 | (I) | 1-7,5 | 7,5-20 |
| Lormetacepam | 1 | 9-15 | (I) | 1 | (R) | 0,5-2 | 2-3 |
| Midazolam | 7,5 | 1-5 | (C) | 0,7 | (R) | 7,5-15 | 7,5-15 |
| Nitrazepam | 5 | 15-40 | (I) | 1,7 | (R) | 2,5-10 | 10-20 |
| Oxacepam | 15 | 5-20 | (I) | 2,4 | (L) | 10-45 | 45-60 |
| Pinacepam | 5 | 15-20 | (I) | ... | ... | 5-15 | 15-30 |
| Quacepam | 15 | 40-55 | (L) | 1,5 | (R) | 7,5-15 | 15-30 |
| Triazolam | 0,2 | 3-5 | (C) | 1 | (R) | 0,125-0,25 | 0,25-1 |

Fuente: Elaboración propia a partir de Castro, Esteban, Alberdi (2004). (C)= corta, (I)= intermedia, (L)= larga, (R)= rápida

más o menos elevados. Por ejemplo, la combinación de benzodiazepinas de acción larga con otros depresores es más arriesgada que si se realiza con una benzodiazepina de acción corta. En cualquiera de los casos, pueden aparecer efectos adversos tales como amnesias o ataxia. Sin embargo, a mayor vida media y mayor dosis de hipnosedantes o de alcohol (u otro depresor) mayores son los riesgos de intoxicación o sobredosis.

En cuanto a la combinación con estimulantes (cocaína, anfetaminas, etc), conviene tener presente que tanto el tipo de benzodiazepina como las dosis utilizadas –tanto de benzodiazepinas como de estimulantes– son factores clave en la disminución de los riesgos asociados a este tipo de combinación. De esta manera, dosis ajustadas de una benzodiazepina de acción media o corta vuelven a suponer menores riesgos que el consumo de benzodiazepinas de acción larga si se van a tomar, por ejemplo, para reducir los post-efectos de estimulantes. No obstante, antes de convertir esta práctica en un hábito convendría poner en marcha otro tipo de estrategias para rebajar los efectos indeseables del consumo de estimulantes. Por ejemplo, controlar las dosis y la frecuencia de las tomas, dejar el consumo con un tiempo prudencial antes de irse a dormir, etc.

Por último, aunque entre algunos psiconáutas se maneja el mito de que las benzodiazepinas “cortan” el (mal) viaje de los psicodélicos (LSD, hongos, DMT, etc.), por su acción sobre los receptores GABA esto no es realmente cierto. Más bien, cuando la experiencia psicodélica es tomada por el miedo (experiencia conocida como “mal viaje” en el argot psiconáutico), el uso de benzodiazepinas puede disminuir la ansiedad propia de estas situaciones. Pero a diferencia de un antipsicótico atípico, no elimina los efectos del alucinógeno. En este sentido, si se va a utilizar una benzodiazepina con estos fines, conviene que sea de acción rápida y vida media corta o intermedia. por ejemplo, alprazolam. No obstante, sería recomendable poner en marcha, de nuevo, otras estrategias distintas antes de administrar una benzodiazepina: buscar un lugar tranquilo al que llevar a la persona, proporcionarle un clima de seguridad, tranquilizarle, etc.

Sobredosis

Esta suele cursar con un aumento de la sedación, disminución de la conciencia o coma. En caso de producirse, en contextos hospitalarios se utiliza flumazenilo (un antagonista de los receptores GABA) para revertirla.

Precauciones

Si el consumo es recreativo o experimental, es importante conocer las características del compuesto (principio activo, acción, semivida...) así como controlar la dosis, el momento y el lugar donde se va a realizar dicho consumo.

A mayores dosis, mayor probabilidad de aparición de efectos desagradables. Las benzodiazepinas de semivida intermedia o corta producen efectos durante un tiempo más limitado que las de acción larga, algo que puede prevenir la aparición tardía de efectos residuales que entorpezcan determinadas tareas.

El uso frecuente de estas sustancias puede producir una rápida tolerancia además de dependencia. Desarrollarla o no depende de la interacción de factores relativos al individuo, a la propia sustancia y al contexto. Las benzodiazepinas de vida semicorta tienen mayor potencial para producir dependencia. Si se consumen en contextos recreativos o de experimentación, convendría espaciar las tomas y evitar consumirlas para escapar de estados emocionales negativos.

En caso de dependencia conviene elevar las precauciones de cara a la retirada brusca de estas sustancias. El síndrome de abstinencia a benzodiazepinas puede conllevar mayores problemas que el de otras sustancias, por ejemplo el de opiáceos.

El consumo de hipnótico-sedantes reducen la capacidad atencional y aumentan los tiempos de reacción a un determinado estímulo o grupo de estímulos (Sierra, Fernández-Guariola, Luna y Buela-Casal, 1993). Por tanto, deberían evitarse completamente actividades como conducir cuando se esté bajo sus efectos.

Conclusiones

Aunque la percepción social que puede tenerse de estas sustancias podría ser diferente –respecto de otras drogas– por su condición de sustancias legales, pautadas por un profesional sanitario y debido a que pueden ser usadas por buena parte de las personas de alrededor, las benzodiazepinas y otros hipno-sedantes son sustancias psicoactivas que, como tal, están expuestas a un uso no médico, recreativo o experimental.

Por ello, hemos tratado de aportar a lo largo del capítulo la información pertinente acerca de estas sustancias y de cómo reducir los riesgos asociados a su uso para aquellas personas que decidan, como adultos, aproximarse al consumo de las mismas.

No queremos dejar de insistir en la importancia de manejar la información y conocimiento de cada uno de los compuestos (principio activo, dosis, tipos de acción, etc.) así como, tanto o más importante, tener presente que su consumo –o el de otras sustancias– se hace por parte de un individuo en interacción con la propia sustancia y dentro un contexto determinado.

Solo controlando lo relativo a estos tres factores, se podrá hacer un consumo lo menos arriesgado posible. Si bien, eliminarlo por completo sería un objetivo imposible, alcanzable solo evitando el consumo.

Referencias bibliográficas

- ABANADES León, Sergio (2008). *Clinical pharmacology and abuse potential of gamma-hydroxybutyric acid (GHB)*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) (2012). *Uso de benzodiacepinas en España (1992-2006)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y política social. Disponible en http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansiolitican_hipnoticos.pdf
- ARANA, Xabier & GERMAN, Isabel (2007). *Guía informativa sobre legislación en materia de drogas*. Vitoria-Gasteiz: Departamento de vivienda y asuntos sociales. Gobierno Vasco.
- CASTRO DONO, Carlos; ESTEBAN FERNÁNDEZ, Blanca; ALBERDI SUDUPE, Jesús & VIANA, Cristina (2004). Guía Clínica Ansiedad Generalizada y Benzodiacepinas. *Guías Clínicas en atención primaria*, 4 (10), Disponible en <http://www.dipucadiz.es/opencms/opencms/dipucadiz/resultado.jsp>
- CETKOVICH-BAKMAS, Marcelo & TORO-MARTÍNEZ, Esteban (2003). “Tratamiento farmacológico del trastorno por pánico”. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 66 (3), 227-248.
- COLE, Jonathan O. & CHIARELLO, Robert J. (1990). The benzodiacepines as drug abuse. *Journal of Psychiatric Research*, 24 (2), 135-144.
- DE JUAN, Alberto; PORTES, Sara & BAN, Thomas A. (2002). “Farmacoterapia de las enfermedades mentales. Un análisis histórico”. *ALCMEON*, 10 (4),
- ESCOHOTADO, Antonio (1998). *Historia de las drogas*, 2 (7ª ed.). Madrid: Alianza Editorial. (original 1989).
- GAHLINGER, Paul M. (2004). “Club Drugs: MDMA, Gamma-Hydroxybutyrate (GHB), Rohypnol, and Ketamine”. *American Family Physician*, 69 (11), 2619-2626.
- GONZÁLEZ, Hector & PÉREZ, Marino (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Alianza Editorial.
- HIDALGO, Eduardo (2007). *Heroína*. Madrid: Amargord.
- LÓPEZ-MUÑOZ, Francisco; ÁLAMO, Cecilio & CUENCA, Eduardo (2000). “La “Década de oro” de la psicofarmacología (1950-1960): trascendencia histórica de la introducción clínica de los psicofármacos clásicos”. *Psiquiatría.com*, 4 (3),
- LÓPEZ-MUÑOZ, Francisco & ÁLAMO, Cecilio (2007). *Historia de la psicofarmacología (Tomo II). La revolución de la psicofarmacología: sobre el descubrimiento y desarrollo de los psicofármacos*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OED) (2002). *Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Informe 2011*. Madrid: España. Ministerio de Sanidad, política social e igualdad.
- PÉREZ, Marino & FERNÁNDEZ, José Ramón (2008). “Más allá de la salud mental: la Psicología en Atención Primaria”. *Papeles de Psicólogo*, 29 (3), 251-270.
- SIERRA, Juan Carlos; FERNÁNDEZ-GUARDIOLA, Augusto; LUNA, Gustavo & BUELA-CASAL, Gualberto (1993). “Efectos residuales de las benzodiacepinas sobre la atención en humanos”. *Psicothema*, 5 (2), 227-291.
- SMITH, Kelly M.; LARIVE, Lisa L. & ROMANELLI, Frank. (2002). “Club drugs: methylenedio-xymethamphetamine, flunitrazepam, ketamine hydrochloride, and gamma-hydroxybutyrate”. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 59 (11), 1067-76.
- STAHL, Stephen M. (2009). *Psicofarmacología esencial. Bases neurocientíficas y aplicaciones clínicas* (2ª ed.) Barcelona: Ariel. (original 1998)

World Health Organization. *Programme on substance abuse. Rational use of benzodiazepines.* 1996. Copenhagen: Denmark. World Health Organization.

ZARCO, José; CADEVILLA, Fernando; LÓPEZ, Asensio; APOLINAR, Jesús & MARTÍNEZ, Susana. (2007). *Actuar es posible. El papel de la Atención Primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas.* Barcelona: Sociedad Española de Medicina de familia y Comunitaria (SemFYC).