

# Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas y acciones para mejorar su uso: un estudio Delphi en médicos de atención primaria

T. Fernández Álvarez<sup>a</sup>, M.J. Gómez Castro<sup>b</sup>, C. Baidés Morente<sup>c</sup> y J. Martínez Fernández<sup>c</sup>

**Objetivo.** Identificar qué factores influyen en la prescripción de benzodiazepinas y análogos, y qué acciones pueden disminuir su prescripción.

**Diseño.** Método de consenso. Técnica Delphi.

**Emplazamiento.** Cuatro áreas de atención primaria de Asturias.

**Participantes.** Aceptaron participar voluntariamente en el estudio 39 médicos de equipo de atención primaria, 32 finalizaron el estudio. Pertenecían a 20 centros de salud.

**Método.** Se les envió de forma sucesiva tres cuestionarios por correo. El segundo y el tercero se elaboraron a partir del análisis de la información de las respuestas dadas al precedente. Como recordatorio se llamó por teléfono a aquellos de los que no se recibía respuesta.

**Resultados.** Se consensaron los 5 factores más influyentes en la prescripción de benzodiazepinas: disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional; aumento de la prevalencia de patologías; falta de tiempo en la consulta; condicionantes socioeconómicos; propiedades de las benzodiazepinas. Se consensaron las 5 acciones más importantes que pueden disminuir la prescripción de estos fármacos: educación sanitaria a la población; disminuir la presión asistencial; concienciar a los médicos de una correcta prescripción; potenciar la red de apoyos sociales, y que los médicos fomenten el uso de tratamientos alternativos eficaces.

**Conclusiones.** La prescripción de benzodiazepinas y análogos es un acto multifactorial con raíces sociales y psicológicas. Para disminuir su prescripción la acción más votada fue la educación sanitaria a la población.

**Palabras clave:** Prescripción de benzodiazepinas. Factores. Intervención.

FACTORS THAT AFFECT THE PRESCRIPTION OF BENZODIAZEPINES AND ACTIONS TO IMPROVE THEIR USE: A DELPHI STUDY OF PRIMARY CARE DOCTORS

**Objectives.** To identify the factors that affect the prescription of benzodiazepines and similar drugs and the actions that can be taken to reduce their prescription.

**Design.** Consensus method. Delphi technique.

**Setting.** Four primary care areas in Asturias.

**Participants.** 39 doctors from primary care teams agreed voluntarily to take part in the study, and 32 completed the study. They belonged to 20 health centres.

**Method.** They were sent by mail three questionnaires one after the other. The second and third questionnaires were worked out on the basis of the analysis of the information from the replies to the preceding questionnaire. Those who did not send in a reply were reminded by phone.

**Results.** The 5 most influential factors in benzodiazepine prescription were agreed: reduction in the threshold of tolerance of emotional discomfort; increase of the prevalence of pathologies; lack of time in the consulting-room; social and economic conditioning factors; properties of the benzodiazepine family. The 5 most important actions that could reduce prescription of these drugs were agreed: general health education; reduction in case loads; making doctors more conscious of prescribing correctly; strengthening the social support network; doctors fomenting use of effective alternative treatments.

**Conclusions.** The prescription of benzodiazepines and their analogues is a multi-factorial action with social and psychological roots. The action most voted on to reduce their prescription was general health education.

**Key-words:** Benzodiazepine prescription. Factors. Intervention.

<sup>a</sup>Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

<sup>b</sup>Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster en Salud Pública.

<sup>c</sup>Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

Centro de Salud de La Magdalena-Carriona. Área III del INSALUD. Avilés (Asturias).

Correspondencia:  
Tatiana Fernández Álvarez.  
Centro de Salud de La Carriona.  
C/ Aragón, s/n. 33400 Avilés (Asturias), España.  
Correo electrónico:  
zulo@telecable.es

Manuscrito aceptado para su publicación el 27-II-2002.

## Introducción

La prescripción de tranquilizantes e hipnóticos de tipo benzodiazepínico en atención primaria (AP) es algo muy habitual<sup>1,2</sup>. El uso de estos fármacos durante períodos largos provoca efectos secundarios indeseados, y no existe evidencia de que estos fármacos sean efectivos durante más de 3-4 meses.

Sin embargo, el uso de benzodiazepinas (BZD) y análogos (zopiclona y zolpidem) continúa creciendo con respecto a años anteriores. En el año 2000 los tranquilizantes e hipnóticos ocuparon el tercer lugar en todo el país en volumen de envases facturados por subgrupos terapéuticos<sup>3</sup>.

El médico de atención primaria desempeña un papel fundamental en la utilización de estos fármacos: existe una elevada prevalencia de trastornos psíquicos en las consultas de AP (20-30%)<sup>4</sup>, el porcentaje de personas a las que se prescribe BZD es alto (2-20%)<sup>1</sup> y los médicos de AP son los profesionales responsables de las prescripciones de BZD en un 45-76%<sup>1</sup>.

Todo ello ha provocado que el control de su prescripción sea una de las prioridades de los servicios sanitarios, desde donde se están llevando a cabo intervenciones que inciden principalmente en el área de conocimiento. Sin embargo, el hecho de prescribir un fármaco, como decisión clínica, está determinado por numerosos factores, a su vez relacionados entre sí<sup>5-11</sup>. El estudio de estos condicionantes debe tener presentes las opiniones de aquellos profesionales directamente implicados. Es imprescindible que las intervenciones para cambiar el comportamiento prescriptor se basen en una amplia comprensión de los problemas si deseamos que sean efectivas.

La técnica Delphi es un método de consenso donde los miembros del grupo no se comunican directamente entre ellos, pero cada participante influye en la información emitida por los demás. Es una técnica que puede generar hallazgos útiles, al permitir que se reflejen percepciones, actitudes y experiencias de los participantes.

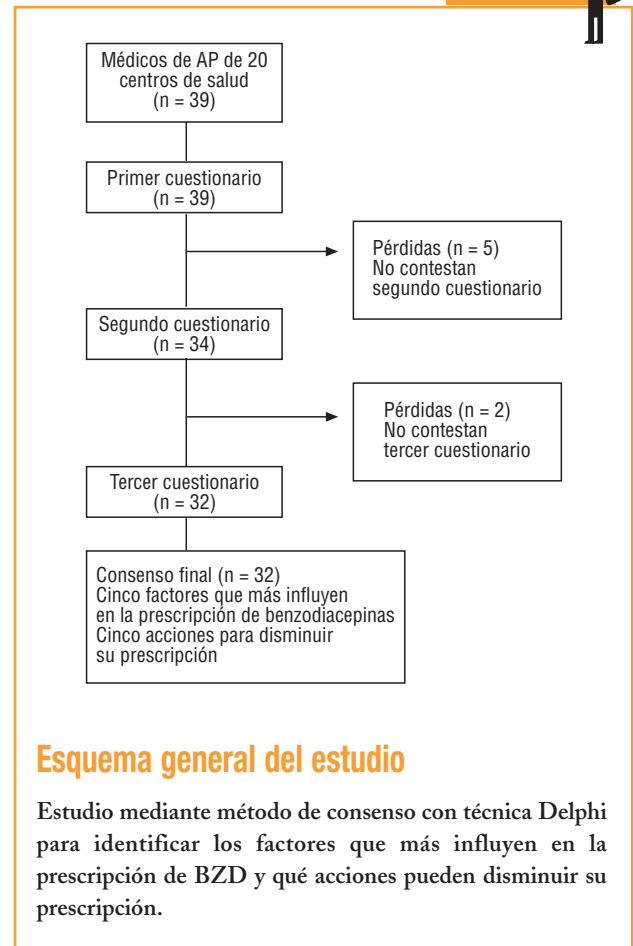
El objetivo de este trabajo es identificar qué factores influyen en la prescripción de BZD y análogos, y qué acciones pueden disminuir su prescripción, todo ello a través de las percepciones de los médicos de AP.

## Material y métodos

Se utilizó la técnica Delphi. La captación de los posibles panelistas se realizó en noviembre de 2000 y las respuestas al último cuestionario se recibieron en julio de 2001.

Se seleccionó a los participantes con la intención de que reflejasen un amplio espectro de médicos de equipo de atención primaria, y su captación se realizó por teléfono. Aceptaron participar de forma voluntaria en el estudio 39 médicos. Se les envió de forma sucesiva tres cuestionarios por correo y se llamó por teléfono a aquellos de los que no se recibía respuesta, a modo de recordato-

### Material y métodos Cuadro resumen



rio. El número de participantes que finalizaron las tres vueltas de respuestas fue de 32, lo que representa un 82% del total que aceptó participar.

Los 32 médicos que formaron finalmente el grupo pertenecían a 20 centros de salud, distribuidos en 4 áreas de salud. Todos los participantes eran médicos de AP que ejercían labores asistenciales en el momento del estudio. La edad de los participantes oscilaba entre 30 y 55 años (media, 42), un 63% eran mujeres; 27 de los participantes tenían un contrato laboral fijo, y 26 de ellos eran especialistas en medicina familiar y comunitaria; 9 de los 20 centros eran docentes para esta especialidad. El medio donde ejercían era variado: un 16% rural (< 2.000 habitantes), el 32% semi-rural (2.000-10.000 habitantes), y un 53% urbano (> 10.000 habitantes). La carga asistencial era menor de 35 pacientes/día para el 28%, de entre 35 y 50 pacientes/día para el 31% y mayor de 35 pacientes/día para el 41%.

El primer cuestionario consistió en dos preguntas abiertas: «¿Qué factores influyen en la prescripción de benzodiazepinas y análogos?» y «¿Qué acciones se puede llevar a cabo para disminuir la prescripción de benzodiazepinas y análogos?».

A partir del análisis de las respuestas a cada pregunta se elaboró el segundo cuestionario, donde se agruparon en ítems las ideas y comentarios expuestos por los participantes.

Los ítems se redactaron respetando los términos utilizados por los panelistas. Se agruparon las respuestas en opciones similares,

**TABLA 1** Lista de los factores propuestos por los médicos participantes (n = 39) y consenso obtenido. Resultados del primer cuestionario

Factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas (BZD) y análogos	N.º de participantes de acuerdo (%)
1. Disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria (debido a la influencia del modelo sociocultural preponderante, contrario al bienestar psíquico), lo que da lugar a una «medicalización» de la sociedad y de la vida	33 (84,6)
2. Falta de tiempo en la consulta para establecer una adecuada relación médico-paciente e intentar otras estrategias terapéuticas. «Más rápido prescribir que escuchar»	27 (69,2)
3. Aumento de la prevalencia de patologías que justifican el tratamiento con BZD: patología ansioso-depresiva, trastornos del sueño, enfermedades crónicas y trastornos debidos al envejecimiento de la población, somatizaciones	23 (58,9)
4. Circunstancias personales del médico: falta de interés, ánimo, disposición a la hora de abordar el problema de fondo, grado de empatía y asertividad, estrés del profesional. «Más cómodo prescribir que escuchar». «No soportar la angustia de los demás». «Afán desmedido por curar»	14 (35,8)
5. Condicionantes socioeconómicos: paro e inestabilidad laboral, consumo de tóxicos, marginación, bajo nivel cultural. «Es muy difícil para el médico modificar estos condicionantes»	13 (33,3)
6. Propiedades de las BZD: rapidez de acción, eficacia, buena tolerancia y baratas	13 (33,3)
7. Dependencia y tolerancia que causa el consumo crónico de estos fármacos	12 (30,7)
8. Popularidad y accesibilidad de la población general a estos fármacos	11 (28,2)
9. Deficiente formación y/o conocimiento de los médicos en temas como uso, indicaciones y manejo de estos fármacos	8 (20,5)
10. Los tratamientos alternativos son escasos, poco accesibles, caros, poco viables	7 (17,9)
11. Su uso por toxicómanos y en terapias de deshabituación a tóxicos	4 (10,2)
12. Escasez de información «real» a la población sobre ventajas e inconvenientes de estos fármacos. Publicidad engañosa en los medios de comunicación	4 (10,2)
13. Prescripción heredada de otras especialidades. Prescripción por mimetismo	4 (10,2)
14. Tendencia de los médicos a responder farmacológicamente a la demanda. Auge de la psiquiatría biologicista	3 (7,6)
15. Sexo y edad del paciente (mujer entre 40-60 años)	3 (7,6)
16. Presión de la industria farmacéutica	2 (5,1)
17. Escaso desarrollo y mal funcionamiento de la red de apoyos sociales	2 (5,1)

resultando al final 17 ítems para cada pregunta. Se pidió a los participantes que votaran por orden de importancia los 10 ítems que consideraban más importantes; al ítem más importante se le asignó la cifra más alta (10 puntos máximo).

En el tercer cuestionario se envió a cada participante el listado de las 10 respuestas más votadas. Cada respuesta iba acompañada del número total de puntos, de la puntuación media obtenida y del número de participantes que la habían votado.

Se pidió a los participantes una votación sobre los 5 ítems que consideraran más significativos, siendo 5 la puntuación máxima.

## Resultados

Al primer cuestionario respondieron los 39 (100%) médicos que aceptaron participar. Las respuestas dadas a las preguntas abiertas son las que figuran en las tablas 1 y 2. En cinco casos se recogió la respuesta «no es necesario disminuir la prescripción de estos fármacos». Esta respuesta se incluyó en el segundo cuestionario, pero ningún participante la puntuó.

El segundo cuestionario fue respondido por 34 de los participantes (87%). Los 10 factores y las 10 acciones con mayor puntuación se recogen en las tablas 3 y 4, respectivamente. El tercer cuestionario fue completado por 32 de los médicos (82%). Los cinco factores y las cinco acciones que fue-

ron finalmente consensuados se exponen en la tabla 5 y 6, respectivamente.

## Discusión

En este estudio los médicos participantes identificaron una serie de factores que influyen en la prescripción de BZD y análogos. Asimismo, desde la posición de médicos prescriptores, se ha alcanzado un acuerdo para proponer las principales acciones que se puede llevar a cabo a fin de disminuir el uso de estos fármacos. Nuestro trabajo indica que la elevada prescripción de BZD es un problema multifactorial con raíces sociales y psicológicas, que tiene que ver tanto con el médico prescriptor como con el individuo que llega a nuestra consulta y su interacción con la sociedad, así como con las autoridades sanitarias y no sanitarias. Por tanto, una única acción sobre un único factor no puede solucionar el problema.

La principal limitación de este trabajo deriva de la técnica de consenso empleada (técnica Delphi). La composición del panel influye en los resultados, así como el tipo de *feedback* que se proporciona a los participantes<sup>12,13</sup>. Pensamos, sin embargo, que el abanico de profesionales selec-

**TABLA 2** Lista de las acciones propuestas por los médicos participantes (n = 39) y consenso obtenido. Resultados del primer cuestionario

Acciones que se puede llevar a cabo para disminuir la prescripción de benzodiazepinas (BZD) y análogos	N.º de participantes de acuerdo (%)
1. Educación sanitaria a la población sobre hábitos de vida saludables y riesgo del consumo prolongado de estos fármacos	29 (74,3)
2. Disminuir la presión asistencial	25 (64,1)
3. Formar a los médicos en técnicas alternativas de tratamiento: entrevista clínica, abordajes familiares, técnicas de relajación y de psicoterapia, medicinas alternativas	21 (53,8)
4. Concienciar a los médicos de una correcta prescripción. Afinar en las indicaciones de estos fármacos. No «psiquiatrizar» problemas de la vida diaria	13 (33,3)
5. Formar a los médicos sobre indicaciones, efectos secundarios y manejo de estos fármacos	12 (30,7)
6. Potenciar la red de apoyos sociales. Presionar a las fuerzas sociales para que entiendan el papel que pueden desempeñar para mejorar el nivel de vida de la población	9 (23)
7. Medidas de restricción administrativa: mayor control sobre la libre dispensación, control de dosis y prescripción crónica, fórmulas de copago	9 (23)
8. Mayor coordinación con otros niveles asistenciales (salud mental, servicios sociales)	7 (17,9)
9. Que los médicos fomenten el uso de alternativas eficaces, farmacológicas y no farmacológicas, a los problemas que motivan la prescripción de BZD	6 (15,3)
10. En el momento actual no hay que disminuir la prescripción de BZD	5 (12,8)
11. Prevención de la patología ansiosa a distintos niveles. Programas especiales a adolescentes, ancianos. Programas de atención integral a la familia	5 (12,8)
12. Creación de la figura del psicoterapeuta de apoyo en los centros de salud	4 (10,2)
13. Inclusión en el sistema de financiación pública de tratamientos alternativos naturales en los que se evidencie científicamente una eficacia superior al placebo	2 (5,1)
14. Programas de deshabitación de BZD	1 (2,5)
15. Más investigación científica sobre alternativas farmacológicas y naturales eficaces	1 (2,5)
16. Más formación a otros especialistas sobre indicaciones de estos fármacos y su correcto uso	1 (2,5)
17. Motivar al profesional desgastado	1 (2,5)

**TABLA 3** Los 10 factores que más consenso han obtenido entre todos los participantes (n = 34). Resultados del segundo cuestionario

10 factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas (BZD) y análogos	Puntuación media (máximo 10)	N.º de participantes de acuerdo (%)
1. Disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria (debido a la influencia del modelo sociocultural preponderante, contrario al bienestar psíquico), lo que da lugar a una «medicalización» de la sociedad y de la vida	7,8	28 (82,3)
2. Aumento de la prevalencia de patologías que justifican el tratamiento con BZD: patología ansioso-depresiva, trastornos del sueño, enfermedades crónicas y trastornos debidos al envejecimiento de la población, somatizaciones	6,2	29 (85,2)
3. Falta de tiempo en la consulta para establecer una adecuada relación médico-paciente e intentar otras estrategias terapéuticas. «Más rápido prescribir que escuchar»	5,8	25 (73,5)
4. Condicionantes socioeconómicos: paro e inestabilidad laboral, consumo de tóxicos, marginación, bajo nivel cultural. «Es muy difícil para el médico modificar estos condicionantes»	4,5	22 (64,7)
5. Propiedades de las BZD: rapidez de acción, eficacia, buena tolerancia y baratas	3,9	22 (64,7)
6. Dependencia y tolerancia que el consumo crónico de estos fármacos causa	3,4	23 (67,6)
7. Popularidad y accesibilidad de la población general a estos fármacos	3,4	25 (73,5)
8. Escaso desarrollo y mal funcionamiento de la red de apoyos sociales	3,2	20 (58,8)
9. Circunstancias personales del médico: falta de interés, ánimo, disposición a la hora de abordar el problema de fondo, grado de empatía y asertividad, estrés del profesional. «Más cómodo prescribir que escuchar.» «No soportar la angustia de los demás.» «Afán desmedido por curar»	2,8	17 (50)
10. Deficientes formación y conocimiento de los médicos en temas como uso, indicaciones y manejo de estos fármacos	2,4	6 (17,6)

**TABLA 4** Las 10 acciones que más consenso han obtenido entre todos los participantes (n = 34).  
Resultados del segundo envío

10 acciones que se puede llevar a cabo para disminuir la prescripción de benzodiazepinas (BZD) y análogos	Puntuación media (máximo 10)	N.º de participantes de acuerdo (%)
1. Educación sanitaria a la población sobre hábitos de vidas saludables y riesgo del consumo prolongado de estos fármacos	7,3	30 (88,2)
2. Potenciar la red de apoyos sociales. Presionar a las fuerzas sociales para que entiendan el papel que pueden desempeñar para mejorar el nivel de vida de la población	5,7	25 (73,5)
3. Disminuir la presión asistencial	5,3	26 (76,4)
4. Fomentar por parte de los médicos el uso de tratamientos alternativos eficaces, farmacológicos y no farmacológicos, a los problemas que motivan la prescripción de BZD	5,2	20 (58,8)
5. Concienciarse los médicos de una correcta prescripción. Afinar en las indicaciones de estos fármacos. No «psiquiatrizar» problemas de la vida diaria	4	20 (58,8)
6. Formación a los médicos en técnicas alternativas de tratamiento: entrevista clínica, abordajes familiares, técnicas de relajación y psicoterapia, medicinas alternativas	3,5	21 (61,7)
7. Prevención de patología ansiosa a distintos niveles. Programas especiales a adolescentes, ancianos. Programas de atención integral a la familia	2,9	18 (52,9)
8. Mayor coordinación con otros niveles asistenciales (salud mental, servicios sociales)	2,8	18 (52,9)
9. Creación de la figura del psicoterapeuta de apoyo en los centros de salud	2,2	16 (47)
10. Programas de deshabitación de BZD	2	12 (35,2)

**TABLA 5** Los 5 factores que más consenso han obtenido entre todos los participantes (n = 32).  
Resultados del tercer cuestionario

5 factores que influyen en la prescripción de benzodiazepinas (BZD) y análogos	Puntuación media (máximo 5)	N.º de participantes de acuerdo (%)
1. Disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria (debido a la influencia del modelo sociocultural preponderante, contrario al bienestar psíquico), lo que da lugar a una «medicalización» de la sociedad y de la vida	4,1	30 (93,7)
2. Aumento de la prevalencia de patologías que justifican el tratamiento con BZD: patología ansioso-depresiva, trastornos del sueño, enfermedades crónicas y trastornos debidos al envejecimiento de la población, somatizaciones	2,8	26 (81,2)
3. Falta de tiempo en la consulta para establecer una adecuada relación médico-paciente e intentar otras estrategias terapéuticas. «Más rápido prescribir que escuchar»	2,2	27 (84,3)
4. Condicionantes socioeconómicos: paro e inestabilidad laboral, consumo de tóxicos, marginación, bajo nivel cultural. «Es muy difícil para el médico modificar estos condicionantes»	1,4	19 (59,3)
5. Propiedades de las BZD: rapidez de acción, eficacia, buena tolerancia y baratas	1,2	13 (40,6)

**TABLA 6** Las 5 acciones que más consenso han obtenido entre todos los participantes (n = 32).  
Resultados del tercer cuestionario

5 acciones que se puede llevar a cabo para disminuir la prescripción de benzodiazepinas (BZD)	Puntuación media (máximo 5)	N.º de participantes de acuerdo (%)
1. Educación sanitaria a la población sobre hábitos de vida saludables y riesgo del consumo prolongado de estos fármacos	3,2	27 (84,3)
2. Disminuir la presión asistencial	2,4	28 (87,5)
3. Concienciarse los médicos de una correcta prescripción. Afinar en las indicaciones de estos fármacos. No «psiquiatrizar» problemas de la vida diaria	2,1	19 (59,3)
4. Potenciar la red de apoyos sociales. Presionar a las fuerzas sociales para que entiendan el papel que pueden desempeñar para mejorar el nivel de vida de la población	1,7	17 (53,1)
5. Que los médicos fomenten el uso de tratamientos alternativos eficaces, farmacológicos y no farmacológicos, a los problemas que motivan la prescripción de BZD	1,5	18 (56,2)



Discusión  
Cuadro resumen**Lo conocido sobre el tema**

- La prescripción de benzodiacepinas y análogos sigue creciendo.
- Los principales prescriptores de estos medicamentos son los médicos de atención primaria.
- Las intervenciones realizadas para disminuir su uso inciden fundamentalmente en el área cognitiva de los médicos.

**Qué aporta este estudio**

- El factor que más influye en la prescripción de benzodiacepinas es la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria.
- La educación sanitaria a la población es la intervención más importante para la disminución del uso de estos fármacos.
- La formación sobre indicaciones y correcto uso de benzodiacepinas y análogos no se encuentra entre las principales intervenciones consensuadas.

cionados es apto para explorar y generar hipótesis. De hecho, los factores y acciones más votados coinciden con los resultados de otros trabajos<sup>11,14-16</sup>. Asimismo, otra desventaja de la técnica Delphi es que tiene el efecto de dejar de lado posiciones extremas. Para minimizar este inconveniente, en el segundo cuestionario se expusieron absolutamente todas las ideas propuestas por los participantes.

El factor que más influye en la prescripción de BZD y análogos fue la disminución del umbral de tolerancia de la población al malestar emocional causado por los problemas de la vida diaria, lo que da lugar a una «medicalización» de la sociedad y de la vida. El origen de este malestar se atribuyó principalmente al modelo sociocultural actual. Un resultado similar se halló en un estudio realizado en el Reino Unido<sup>14</sup>. La dinámica cultural, social y económica de la actual «sociedad del bienestar» ejerce un impacto sobre la personalidad<sup>17</sup>.

El segundo factor más influyente fue el aumento de la prevalencia de patología susceptible de ser tratada con BZD. Otra cuestión diferente es si dentro de estas patologías las BZD son empleadas de manera adecuada. Esto estaría en relación con la falta de formación y/o conocimiento de los médicos en temas como uso, indicaciones y manejo de estos fármacos. Según nuestro punto de vista, avalado también por otros estudios<sup>16</sup>, existe un desequilibrio entre el conocimiento de los médicos sobre las BZD y su uso en la práctica.

El tercer factor más votado fue la falta de tiempo en la consulta («es más rápido prescribir que escuchar»). Este factor es una constante en otros estudios donde se analizan los condicionantes de la prescripción desde el punto de vista del médico<sup>11,14,15</sup>. La falta de tiempo impide establecer una adecuada relación médico-paciente.

Teniendo en cuenta la interacción médico-paciente, llama la atención que los participantes sitúen las circunstancias personales del médico fuera de los más votados. Sin embargo, creemos que las características personales de cada prescriptor y el nivel de formación influyen en la prescripción de forma significativa. Otro punto llamativo es la ausencia, entre los factores más influyentes, de la presión de la industria farmacéutica. Aunque es obvio que la promoción de productos farmacéuticos influye en su utilización, su influencia en el caso particular de la prescripción de las BZD y análogos no parece tener un peso importante<sup>11,14</sup>. Podemos decir que los principales factores detectados no dependen del propio médico, sino que derivan de profundos problemas psicológicos, sociales, culturales y económicos. Sin embargo, hemos detectado cierta falta de autocritica en el grupo de participantes.

Cabe destacar que los participantes no consideraron la formación sobre indicaciones y correcto uso de BZD y análogos como algo importante para la disminución de la prescripción de estos fármacos, lo cual está de acuerdo con los resultados hallados en estudios donde se realizan intervenciones educativas en grupos de médicos<sup>18-20</sup>.

Se puede afirmar que muchas de las intervenciones propuestas por este grupo dependen poco de la acción del médico prescriptor y resultaría difícil llevarlas a la práctica, pues serían muchos los recursos personales y tecnológicos necesarios. Creemos que estas opiniones deben hacer reflexionar sobre las medidas de control de la actual hiperprescripción de BZD. Sería de gran utilidad comparar estos resultados con opiniones de los profesionales de otros niveles asistenciales y de los consumidores para alcanzar un consenso global.

**Agradecimientos**

Este estudio no habría sido posible sin la colaboración desinteresada de todos los médicos que han participado en el grupo Delphi. A cada uno de ellos queremos agradecerle su esfuerzo. Asimismo deseamos expresar nuestra gratitud a Gerardo Rubiera López, compañero del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Marqués de Valdecilla, que ha aportado sugerencias y revisado este trabajo.

**Bibliografía**

1. Escrivá Ferrairó R, Pérez Díez A, Lumbreras García C, Molina París J, Sanz Cuesta T, Corral Sánchez MA. Prescripción de benzodiacepinas en un centro de salud: prevalencia, cómo es su

- consumo y características del consumidor. *Aten Primaria* 2000; 25:107-10.
2. Mateo Fernández R, Rupérez Cordero O, Hernando Blázquez MA, Delgado Nicolás MA, Sánchez González R. Consumo de psicofármacos en atención primaria. *Aten Primaria* 1997;19:47-50.
  3. Indicadores de la prestación farmacéutica en el Instituto Nacional de la Salud. Vol. II; n.º 2. Anual 2000. INSALUD. Madrid: Subdirección General de Coordinación Administrativa, 2001.
  4. De la Gándara Martín JJ. Manejo de la depresión y ansiedad en atención primaria. *Aten Primaria* 1997;20:389-94.
  5. Abádanés Herranz JC, Cabedo García V, Cunillera Granó R, García Díez JJ, Jolín Garijo L, Martín Bun M, et al. Factores que influyen en la prescripción farmacológica del médico de atención primaria. *Aten Primaria* 1998;22:391-8.
  6. Larizgoitia Jáuregui I, Rodríguez Bermúdez JR, Ganados Navarrete A, et al. Determinantes en la toma de decisiones clínicas en atención primaria: opinión de los profesionales. *Aten Primaria* 1998;22:505-13.
  7. Caamaño F, Figueiras A, Gestal-Otero JJ. Condicionantes de la prescripción en atención primaria. *Aten Primaria* 2001;27:43-8.
  8. Mant A, Mattick RP, De Burgh S, Donnelly N, Hall W. Benzodiazepine prescribing in general practice: dispelling some myths. *Fam Pract* 1995;12:37-43.
  9. Butler CC, Rollnick S, Pill R, Maggs-Rapport F, Stott N. Understanding the culture of prescribing: qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of antibiotics for sore throats. *BMJ* 1998;317:637-42.
  10. Tomlin Z, Humphrey C, Rogers S. General practitioners' perceptions of effective health care. *BMJ* 1999;318:1532-5.
  11. Cormack MA, Howells E. Factors linked to the prescribing of benzodiazepines by general practice principals and trainers. *Fam Pract* 1992;9:466-71.
  12. Peiró Moreno S, Porbetella Argelaguet E. No todo es acuerdo en el consenso: limitaciones de los métodos de consenso en los servicios de salud. *Gac Sanit* 1993;7:294-300.
  13. Campbell SM, Hann M, Roland MO, Quayle JA, Shekelle PG. The effect of panel membership and feedback on ratings in a two-round Delphi survey. *Med Care* 1999;37:964-8.
  14. Hamilton IJD, Ready LM, Sullivan FM. A survey of general practitioners attitudes to benzodiazepine overprescribing. *Health Bull* 1990;48:299-303.
  15. Bendtsen P, Hensing G, McKenzie L, Stridsman AK. Prescribing benzodiazepines, a critical incident study of a physician dilemma. *Soc Sci Med* 1999;49:459-67.
  16. Boixet M, Batlle E, Bolibar I. Benzodiazepines in primary health care: a survey of general practitioners prescribing patterns. *Addiction* 1996;91:549-56.
  17. Pérez Urdániz A, Santos García JM, Molina Ramos R, Rubio Larrosa V, Carrasco Pereira JL, Mosqueira Terrón I, et al. Aspectos socioculturales en la génesis de los trastornos de la personalidad. *Actas Esp Psiquiatr* 2001;29:47-57.
  18. Zwar NA, Wolk J, Gordon JJ, Sanson-Fischer RW. Benzodiazepine prescribing by GP registrars. A trial of educational outreach. *Aust Fam Physician* 2000;29:1104-7.
  19. Berings D, Blondeel L, Habraken H. The effect of industry-independent drug information on the prescribing of benzodiazepines in general practice. *Eur J Clin Pharmacol* 1994;46: 501-5.
  20. Burg S, Mant A, Mattick R, Donnelly N, Hall W, Bridges-Webb C. A controlled trial of educational visiting to improve benzodiazepine prescribing in general practice. *Aust J Pub Health* 1995;19:142-8.