



Cómo citar el artículo

Roncancio Bedoya, F. A. & Londoño Vásquez, D. A. (2015). Proceso de paz colombiano en prensa y revistas: un análisis desde la aproximación histórica discursiva y la argumentación pragmatológica. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 44, 152-162. Recuperado de <http://revistavirtual.ucn.edu.co/index.php/RevistaUCN/article/view/621/1156>

Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes universitarios *

Tranquilizer Consumption without Prescription by University Students

Consommation de tranquillisants sans ordonnance médicale chez les étudiants universitaires

* Investigación: *Estudio epidemiológico sobre consumo de drogas en población universitaria*, que siguió lineamientos de un macro proyecto de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD). Pertenece a la línea: *El ser humano, su relación con las drogas y los problemas conexos*. Fue financiada por la FUNLAM. Inicio el 1° de febrero de 2013 y se terminó el 30 de noviembre de 2013.



Gustavo Adolfo Calderón Vallejo

Magíster en Estudios Urbano Regionales

Sociólogo

Fundación Universitaria Luis Amigó

gcaldero@funlam.edu.co

Guillermo Alonso Castaño Pérez

Doctor en Psicología de la Salud

Médico

gacastano@ces.edu.co

Universidad CES

Recibido: 31 de enero de 2014

Evaluado: 21 de abril de 2014

Aprobado: 9 de diciembre de 2014

Tipo de artículo: investigación científica y tecnológica

Resumen

El objetivo es dar cuenta del consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en estudiantes universitarios, con la intención de promover programas de prevención. Metodológicamente es un estudio explicativo en 613 estudiantes de pregrado, según muestra aleatoria en una universidad privada de Medellín. Se aplicó en forma virtual un instrumento validado para Colombia por la Organización de Estados Americanos. Para el análisis se utilizó el programa SPSS versión 20. Entre los resultados se destaca que la edad media de inicio de consumo de tranquilizantes es de 19 años, los consumos son siempre más altos en mujeres, quienes en el 75.5% de los casos los tomaron por cuenta propia, sin ser formulados por un médico.

Palabras clave

Estudiantes universitarios, Medicamentos sin prescripción, Prevalencia de consumo, tranquilizantes.

Abstract

The objective of this article is to report the use of tranquilizers without Prescription by Colombian university students in order to promote prevention programs. Methodologically, it is a comprehensive study of 613 undergraduate students, a random sample of a private university in Medellin was used. An instrument validated for Colombia by the Organization of American States

was applied virtually. For the analysis the software program SPSS version 20 was used. The results showed that the average age of first use of tranquilizers is 19 years, consumption is higher in women who in 75.5% made it on their own, without being prescribed by a doctor.

Keywords

Consumption prevalence, Non-prescribed medicine, Tranquilizers, University students.

Résumé

L'objectif de cet article est de remarquer la consommation de tranquillisants sans ordonnance médicale chez les étudiants universitaires et favoriser des programmes de prévention. On a réalisé une étude avec méthodologie explicatif avec un échantillon aléatoire de 613 étudiants d'une université privé de la ville de Medellín, Colombie. On a utilisé de manier virtuel un instrument validé pour la Colombie par la Organisation des États Américains. Pour l'analyse on a utilisé le logiciel SPSS version 20. On a trouvé que l'âge moyen de début pour la consommation de tranquillisants est 19 ans, la consommation est plus haut chez les femmes avec un 75.5%.

Mots-clés

Etudiantes universitaires, Prévalence de consommation, Médicaments sans ordonnance, Tranquillisants.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud establece que el uso adecuado de medicamentos significa que los pacientes reciban fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo de tiempo específico y al mínimo costo posible para ellos y la comunidad. El uso clínicamente inapropiado de los medicamentos supone un problema muy grave a nivel mundial: se estima que más de la mitad de todos los fármacos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada; si a esta situación se suma el potencial adictivo de algunos de ellos, el problema se complica y puede agravarse (OMS, 2010).

El abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas constituye un grave problema social y de salud pública, el cual impacta de manera negativa en la salud física y psicológica de quienes las consumen afectando su vida familiar, escolar, laboral y social. Entre las drogas susceptibles de crear dependencia se encuentra los medicamentos de prescripción, los cuales deben ser formulados por un médico bajo un estricto control, a unas dosis precisas y durante un tiempo determinado. En este grupo de medicamentos se encuentran las benzodiazepinas, los derivados opiáceos, los barbitúricos y las anfetaminas. En Estados Unidos se calcula que 52 millones de personas han consumido medicamentos de prescripción por razones no médicas, al menos una vez en su vida (NIDA, 2012).

Las benzodiazepinas (BZD) son los medicamentos de prescripción de los que más se abusa por su amplio uso en medicina, para el manejo del estrés, la ansiedad, los espasmos musculares, el insomnio y otro sinnúmero de patologías. Datos a nivel mundial indican un elevado consumo de BZD y sugieren que no se las utiliza de forma racional (García del Pozo et al., 2004; Losada, 2008)

El uso y prescripción de las benzodiazepinas se ha relacionado con un alto riesgo de abuso y dependencia debido a su manejo inadecuado ya que, aun administradas regularmente a niveles terapéuticos, poseen un potencial de dependencia mayor que otros fármacos de acción ansiolítica.

Asimismo, se ha reportado tolerancia farmacológica cuando la prescripción es por un tiempo mayor a las cuatro semanas, así como la aparición del síndrome de abstinencia en el 30% de los pacientes después de un tratamiento de ocho semanas de duración (Minaya, Ugade, Fresán, 2009; Ayuso Gutiérrez, 2008). Aunque los datos sobre la prevalencia de su consumo muestran variabilidad entre los países, en general reflejan una tasa elevada de consumo. En España, durante el 2006, se reportaron datos del Sistema Nacional de Salud que reflejan prescripciones por un total de 69.9 DHD (dosis diarias definidas por cada 1.000 habitantes-día), el doble que en el año 1993. En el 2010 significó que aproximadamente entre 6 y 7% de su población estaba en tratamiento con Benzodiazepinas (Caldentey & Arroyo 2011).

Las benzodiazepinas son agentes depresores del sistema nervioso central, más selectivos que otras drogas como los barbitúricos, que actúan particularmente sobre el sistema límbico, comparten estructura química similar y tienen gran afinidad con el complejo de receptores benzodiazepínicos. Son agonistas completos a nivel de su receptor celular en la producción de propiedades sedantes y ansiolíticas (Calero, et al., 2009).

Los efectos adversos más frecuentes son debilidad muscular, ataxia, sedación, alteraciones de la memoria, efectos de la supresión y riesgo de dependencia. (Curry, Eisenstein & Walsh, 2006; Fernández, González & Peña, 2003; Roth & Roehrs, 2008).

Las BZD alteran el rendimiento psicomotor. En estudios experimentales realizados en conductores de automóviles se demostró que estos medicamentos retrasan el tiempo de reacción y aumentan el número de errores en la mañana siguiente a la administración de una BZD de acción prolongada, lo cual está relacionado con el efecto residual (Rush & Griffiths, 1996).

Las BZD determinan alteraciones de la memoria, particularmente en la adquisición de nuevos conocimientos, pero no de hechos ocurridos previo a su administración. Es un efecto adverso de grupo y dosis dependiente (Greenblatt, 1992).

Las BZD pueden provocar tolerancia y dependencia (Flórez, Armijo & Mediavilla, 2008). La tolerancia suele aparecer en las primeras 2 a 4 semanas de la administración del medicamento para el efecto sedante-hipnótico.

Todas las BZD pueden provocar dependencia psicológica y física, incluso a dosis bajas, con un síndrome de abstinencia de instauración lenta tras la supresión del fármaco, que es más intenso mientras mayores hayan sido las dosis utilizadas, y más prolongado el tiempo de tratamiento. El cuadro se asemeja a una recaída del estado ansioso original. Producen tolerancia a los efectos sedantes y anticonvulsivantes apreciándose mejor cuando se dan dosis altas durante un tiempo prolongado. Las de eliminación rápida tienen mayor tendencia a producir dependencia o fenómenos de rebote (ansiedad, insomnio) al suspender el tratamiento; las de eliminación lenta producen más sedación diurna; las de larga duración (nitrazepam) tienen efectos colaterales que pueden persistir durante todo el día, y las de duración intermedia (clonazepam) poseen menos efectos duraderos al día siguiente de su administración (Galleguillos et al., 2003).

Estos fármacos, además de los usos médicos, se usan “recreacionalmente” por parte de los jóvenes, en la activación de las vías de gratificación dopaminérgicas del sistema nervioso central. Quienes abusan de estos desarrollan un alto grado de tolerancia, así como subidas en escaladas de las dosis a niveles muy elevados. Su uso prolongado, indiscriminado y sin supervisión médica, tiene el potencial de crear dependencia física y psicológica, además de añadir un riesgo de serios síntomas de abstinencia. La tolerancia y la dependencia de las BZD se crean con rapidez entre quienes las consumen, pues demuestran síntomas de abstinencia en tan solo 3 semanas de uso continuo.

Con el consumo de benzodiazepinas se han notificado, además, reacciones inesperadas e impredecibles. Estas reacciones paradójicas incluyen depresión (Rao, 1964) y pensamientos suicidas.

Gundlach, Enghart y Hankoff (1966) señalan graves alteraciones en el comportamiento, desde la agitación hasta la psicosis y reacciones paranoicas, estadios confusionales, actividad maniática e hipomaniática, verborrea extrema y estados parecidos a la intoxicación alcohólica, debilitamiento de la memoria —particularmente de la memoria tardía— (DiMascio, Shader & Harmats, 1969).

Entre las benzodiazepinas más usadas sin prescripción médica se encuentra el flunitrazepam y el clonazepam, ambos producidos originalmente por la empresa farmacéutica Roche, lo que le dio el nombre en el argot popular sobre todo al primer medicamento, conocido en el mercado con el nombre comercial de “Rohypnol®”, de “ruedas” o “roches”.

El flunitrazepam es 10 veces más potente que el diazepam, causando relajación muscular y deterioro en el entendimiento. En algunos casos, puede llevar a la amnesia (particularmente amnesia anterógrada) de hasta 8 horas y también puede inducir la excitación o agresividad en el comportamiento en algunos consumidores. La amnesia también afecta la memoria episódica la habilidad de recordar experiencias personales. La droga también ralentiza la actividad psicomotora. La sedación aparece 20-30 minutos después de ingerir un comprimido de 2 miligramo y dura aproximadamente 8 horas.

En Suecia se ha reportado el uso extendido de flunitrazepam en escolares y estudiantes universitarios (Gaillard & Phelippeau, 1976), mezclado con el alcohol, para potenciar el efecto y tener "borracheras" más rápidas y baratas, situación está que también pasa en Colombia.

De igual manera, el flunitrazepam estaba siendo utilizado por los jóvenes infractores de la ley para delinquir, por sus efectos tranquilizantes y amnésicos, lo que les permitía infringir la norma sin miedos y además no sentir luego sentimientos de culpa, por el olvido del acto realizado.

El flunitrazepam fue retirado paulatinamente de la farmacopea colombiana, por orden del Consejo Nacional de Estupefacientes, y una vez desaparecido, aunque sigue entrando al país de contrabando, este fue remplazado por el clonazepam (Rivotril®) al cual los jóvenes los siguen llamando "ruedas" o "roches", en su jerga cotidiana.

El clonazepam es una BZD de acción intermedia usado medicamento para el tratamiento de la ansiedad, el insomnio y como anticonvulsivante. Su consumo indiscriminado produce tolerancia (necesidad de aumentar las dosis para sentir los mismos efectos) y por tanto dependencia.

Este estudio tiene como propósito, evidenciar las prevalencias de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica, presentando la magnitud de los consumos en población universitaria que está expuesta a los riesgos que se señalan.

Metodología

Se realizó un estudio epidemiológico, de tipo descriptivo y con un enfoque empírico analítico que buscaba identificar consumos de tranquilizantes sin prescripción médica en un grupo de estudiantes universitarios.

La metodología siguió lineamientos trazados por el equipo gestor de la CICAD/OEA (Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la Organización de los Estados Americanos) propuesto para los estudios en población universitaria.

Población

El universo lo conformaron los estudiantes matriculados en los programas de pregrado de una universidad privada de Medellín en el segundo semestre del año 2013, de ambos sexos, cualquier edad y cualquier condición socioeconómica. La muestra fue seleccionada aleatoriamente. La muestra final fue constituida por 613 estudiantes, considerando un error del 5% y un nivel de confianza del 95%.

Instrumento

Se utilizó una encuesta validada del Sistema SIDUC, que se dispuso en un servidor electrónico de la OEA ubicado en Washington, donde se procesó la información. Se indagó principalmente por la variable consumo de tranquilizantes y se cruzó con variables como sexo, edad, estado civil y prevalencias de consumo, año y último mes.

Proceso de recolección

La Fundación Universitaria Luis Amigó envió a la CICAD/OEA, los listados de los estudiantes matriculados para el 2013, identificados con un código, con la información se realizó un muestreo probabilístico.

Los estudiantes seleccionados respondieron a través de una página web. En un primer momento los estudiantes seleccionados recibieron una nota escrita (consentimiento informado), donde se explicaba el objetivo del estudio, las garantías de confidencialidad de la información para que respondieran en forma segura. La carta también incluía la dirección electrónica en la cual encontraban el cuestionario, un nombre de usuario y una clave. El proceso de recolección tuvo un acompañamiento continuo, utilizando el correo electrónico para la animación y el recordatorio frecuente para que respondieran el cuestionario.

Procedimientos de análisis

Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa computacional SPSS versión 20. Se realizaron análisis bivariados para dar cuenta de la relación entre el consumo de tranquilizantes y variables como: edad, sexo y estado civil. Se identificó la desviación estándar para el caso de la edad promedio vista según sexo.

Resultados

Demográficamente los datos de interés encontrados en los 613 estudiantes de la muestra son los siguientes: el 67.4% son del sexo femenino, la tercera parte de los estudiantes pertenecen a los estratos socioeconómicamente bajos el 1 y 2, el 63,3% son de los estratos medios 3 y 4, el estado civil mayoritario es el soltero con un 80,6%. La edad media de los estudiantes de la muestra es de 23 años, con una desviación típica de 4,282.

Al interrogarse los estudiantes si han consumido alguna vez en la vida tranquilizante como valium, clonazepam o alprazolam, se encontró que más de una décima parte contestaron que sí y al cruzarla por sexo se halló que la gran mayoría eran mujeres con una significancia estadística de 0,004. Tabla 1.

Tabla 1. Consumo de tranquilizantes alguna vez en su vida por sexo

Ha consumido tranquilizantes	SEXO		Total
	HOMBRE	MUJER	
Sí	17(21%)	61(79%)	78(13.4%)
No	170(33.8)	332(61.2)	502(86.6%)
Total	187	393	580

De las 78 personas que habían consumido alguna vez tranquilizantes, la mayoría (68%) tenía entre 19 y 29 años. Con respecto a la edad media en que iniciaron los estudiantes el consumo fue de 19.4 años, con una desviación estándar de 5,0081. Visto por sexo el promedio de edad para los

hombres fue de 16,733 con una D.E.= 4,1138 y para las mujeres la media fue de 20,2148 con una D.E.= 5,0007. Tabla 2.

Tabla 2. Consumo de tranquilizantes alguna vez en su vida por grupos de edad

Consumo de tranquilizantes		Grupos de edad			
18 y menos		19 - 29	30 y mas	total	
Ha consumido tranquilizantes	Sí	7(8.9%)	53(68%)	18(23%)	78(13.4%)
	No	76(15.2%)	342(68.1)	84(16.7)	502(86.6)
Total		83	395	102	580

De las 78 personas que han consumido tranquilizantes, la gran mayoría eran solteros (82%) con una significancia estadística de 0,043. Tabla 3.

Tabla 3. Consumo de tranquilizantes alguna vez en su vida por estado civil

Ha consumido tranquilizantes		Estado civil			
Soltero(a)		Casado	Separado	Total	
Ha consumido tranquilizantes	Sí	64(82%)	8(10%)	6(8%)	78
	No	441(88%)	47(9.3%)	14(2.7%)	502
Total		505	55	20	580

Entre quienes consumieron tranquilizantes, el 43.5% lo hizo por cuenta propia y de ellos el 79.5% eran mujeres, dato este que obtuvo significancia estadística. Tabla 4.

Tabla 4. Tranquilizantes recetados o consumidos por cuenta propia según sexo

Los consumió recetados o por su cuenta		SEXO		Total
HOMBRE		MUJER		
Por prescripción médica		10(23%)	34(77%)	44
Lo consumió por su cuenta		7(20.5%)	27(79.5%)	34
Total		17	61	78

Entre quienes consumieron tranquilizantes sin prescripción médica, la décima parte los consumieron en el último mes, más de la quinta parte los consumieron el último año y la mayoría un 67.5% lo consumieron hace más de un año. Tabla 5.

Tabla 5. Cuando fue la primera vez que probó tranquilizantes sin prescripción médica según sexo

Primera vez que consumió		SEXO		Total
HOMBRE		MUJER		
Durante los últimos 30 días		1(33.3)	2(66.6)	3
Hace más de un mes, pero menos de un año		1(14.2)	6(85.8)	7
Hace más de un año		4(19)	17(81)	21
Total		6	25	31

Teniendo en cuenta a quienes han consumido tranquilizantes sin prescripción médica el último año, la gran mayoría son mujeres 81.8%. Este cruce no obtuvo significancia estadística. Tabla 6.

Tabla 6. Consumo de tranquilizantes sin prescripción médica en el último año por sexo

Ha consumido tranquilizantes sin prescripción	SEXO		Total
	HOMBRE	MUJER	
Sí	2(18.2%)	9(81.8%)	11
No	4(20%)	16(80%)	20
Total	6	25	31

Por último, se puede observar que las prevalencias de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica no son muy altas considerando el último año o último mes, pero tienen peso importante en cualquier momento de la vida, donde más de la décima parte las han consumido sin receta médica. Tabla 7.

Tabla 7. Prevalencias de consumo de tranquilizantes sin prescripción médica (n= 580)

Ha consumido tranquilizantes sin prescripción médica	Prevalencia de vida	Prevalencia último año	Prevalencia último mes
Prevalencias según vida, año y mes	13.4% (78)	1,9% (11)	0.6% (4)

Discusión

Al comparar los resultados de nuestro estudio con otros trabajos, se encuentra en general que las prevalencias de consumo son más altas que en otros países.

Un estudio realizado en España, por Otero (2009), refiriéndose a datos de la encuesta Estatal sobre Drogas en Enseñanzas Secundarias, sobre el tema de las benzodiazepinas, reporta una edad media de inicio de 14,4 años, con prevalencias de consumo alguna vez en la vida del 7,6%, último año 4,8% y último mes 2,4%, siendo más alto el consumo en las mujeres que en los hombres.

De otra parte, en estudio realizado en 569 estudiantes de Medicina de la Universidad Católica de Chile se encontró que 2,1% de los estudiantes han probado sustancias sin prescripción médica en algún momento de la vida y 0,2% las ha probado durante el último mes. En cuanto a las benzodiazepinas, 6,9% las ha consumido sin fórmula médica alguna vez en su vida y 2,3% las ha consumido en el último mes (Romero, Santander, Hitschfeld, Labbé & Zamora, 2009).

También en Perú se desarrolló un estudio en 57.850 escolares adolescentes, de 26 regiones pertenecientes a instituciones públicas y privadas, encontrando que un 7,1% de los estudiantes a nivel nacional indicó que había consumido tranquilizantes sin prescripción médica alguna vez en la vida, cifra que es apenas la mitad de lo encontrado en el estudio que acá se reporta. En cuanto a las edades de inicio es de 12 años en promedio, también menor a la edad de inicio en los estudiantes que se encuestaron en nuestro trabajo (Morí & Baltazar, 2011).

En Ecuador se realizó un estudio sobre consumo de benzodiazepinas sin prescripción médica en 181 estudiantes de una escuela de enfermería. Entre los resultados se destaca que el 10,5% de los estudiantes consumió benzodiazepinas sin prescripción médica alguna vez en la vida, el 6,1% las había consumido el último año y el 3,9% en el último mes. La sustancia más utilizada sin prescripción médica fue el diazepam (Pino, Inocenti & Renato, 2008).

Otro estudio efectuado en 5.828 estudiantes, de 17 instituciones universitarias de Colombia de la región Valle de Aburrá (Segura & Ordoñez, 2009), halló que el 8.9% de los encuestados expresaron haber consumido benzodiazepinas en algún momento de la vida, con un promedio de edad de inicio de 17.4 años (D.E. 3,1) y uno de cada cinco expresaron consumir esta sustancia al momento de realizarse el estudio. De los estudiantes que expresaron haber consumido en algún momento de la vida, uno de cada tres tenían riesgos de abuso de benzodiazepinas y uno de cada quince tenía riesgos de dependencia, según criterios CIE-10.

De otro lado, en estudio adelantado por CICAD (2013) en 9.876 estudiantes de 12 instituciones de educación superior de Colombia, el 6% declaró haber usado algún tipo de tranquilizantes alguna vez en la vida, sea con o sin prescripción médica. Cuando se interroga el uso sin prescripción médica, la prevalencia baja a 3,3%, mucho más baja que en los resultados acá presentados. En cuanto al consumo el último año es de 1,4%, esta prevalencia es ligeramente más baja que el reportado en los resultados de este artículo, sin diferencias importantes entre hombres (1,2%) y mujeres (1,6%). La edad de inicio para el consumo de tranquilizantes es de 19 años con o sin prescripción médica.

En otro estudio realizado por la Organización de Estados Americanos (OEA, 2004), en escolares de siete países de Latinoamérica, las prevalencias de consumo de benzodiazepinas en el último año fue mayor en mujeres, al igual que en nuestro trabajo. En el salvador 6.5% en mujeres y 4% en hombres, Panamá 3.3% M. y 2.2% H., Uruguay 9.4% M. y 4.8% H., Guatemala 7.7% M. y 5.3% H., Paraguay 9.9% M. y 5.6% H., Nicaragua 5.9% M. y 4.5% H. y República Dominicana 12.8% M. y 6.5% H.

Finalmente, un reciente estudio realizado en Colombia, población general (Ministerio de Justicia y Derecho, 2014), reporta las siguientes prevalencias en consumo de tranquilizantes sin prescripción médica: 1.82% en cualquier momento de la vida, 0,53% el último año y el 0,26% el último mes.

Conclusiones

La prevalencia de vida en el consumo de tranquilizantes es de más de diez consumidores universitarios por cada cien estudiantes. Aunque se debe reconocer que la prevalencia en último mes para los que consumen sin prescripción médica, que epidemiológicamente muestra los casos nuevos es baja (0.6%), por los riesgos que implica el consumo, son cifras que deben alertar a las autoridades sanitarias, sobre todo por tratarse de personas muy jóvenes.

Entre quienes consumen tranquilizantes existe un porcentaje muy alto que lo hacen sin prescripción médica (43.5%) y de cada diez de ellos ocho eran mujeres. La pregunta es qué está pasando con los controles que debe ejercer el estado a las droguerías y farmacias.

Se hace necesario, entonces no solo hacer prevención al consumo de estas sustancias con y sin prescripción médica, educando a las comunidades sobre los riesgos de consumo y sensibilizando a los médicos sobre la importancia de un uso racional y cuidadosa de estas, sino también afinar los mecanismos para controlar la oferta no solo asociada al micro tráfico, sino a las farmacias, para evitar los problemas de abuso y dependencia y riesgos asociados.

Referencias

- Ayuso, J.L. (2008). ¿Está justificado el tratamiento prolongado con benzodiazepinas? *Salud Mental*. 31, 429-430.
- Caldentey, C.V., Arroyo, L.A. (2011). ¿Utilizamos adecuadamente las benzodiazepinas? *El comprimido*. 21, 2-7.
- Calero, L.M., Oropesa D., González M., Roca A.C. & Blanco, K. (2009). La prescripción de benzodiazepinas en el adulto mayor, un problema médico social actual. *Correo Científico Médico de Holguín*; 13(2). Recuperado de <http://www.cocmed.sld.cu/no132/no132rev4.htm>
- CICAD, (2013). *II Estudio Epidemiológico Andino sobre consumo de drogas en la población Universitaria*. Lima: Organización de Estados Americanos. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/colombia/2013/septiembre/Informe_Regional_Universitarios_2012.pdf
- Curry, D., Eisenstein, R. & Walsh, J. (2006). Pharmacologic Management of Insomnia: Past, Present, and Future. *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 871-893.
- DiMascio, A., Shader, R.I. & Harmats J. (1969). Psychotropic drugs and induced hostility, *Psychosomatics*, 10, 46-47.
- Fernández, A., González, A. & Peña, M. (2003). Bases científicas para el uso de las benzodiazepinas. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 19.
- Flórez, J., Armijo J.A. & Mediavilla A. (2008). *Farmacología Humana*. (5 ed.) Barcelona: Elsevier
- Gaillard, J.M. & Phelippeau, M. (1976). Benzodiazepine induced modifications of dream content: the effect of flunitrazepam, *Neuropsychobiology* 2, 37-44.
- Galleguillos, T., Risco, L., Garay, J.L., González, M. & Vogel, M. (2003). Tendencia del uso de benzodiazepinas en una muestra de consultantes en atención primaria. *Rev Med Chile*; 131(5):535-540.
- García, J., De Abajo, F., García, F., Montero, D., Madurga, M., García, V. (2004). Utilización de ansiolíticos e hipnóticos en España (1995-2002). *Revista Española Salud Pública*, 78, 379-387
- Greenblatt, D.J. (1992). Pharmacology of Benzodiazepine Hypnotics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(6): 7-13. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872003000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Gundlach, R., Engehart, D.M. & Hankoff, L. (1966). A double-blind outpatient study of diazepam (Valium) and placebo, *Psychopharmacology*, 9, 81-92.
- Minaya O., Ugalde O. & Fresán A. (2009). Uso inapropiado de fármacos de prescripción: dependencia a benzodiazepinas en adultos mayores. *Salud Mental*. 32, 405-411.
- Ministerio de Justicia y Derecho. (2014). *Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013*. Bogotá: Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito UNODC.
- Morí, E., Baltazar, G. (2011). Consumo de psicofármacos estimulantes y tranquilizantes sin indicación médica y factores psicosociales asociados en la población escolar adolescente del Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 15(3) Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3994730>
- Nacional Institute on Drug Abuse (2012). *Los medicamentos de prescripción: abuso y adicción*. Recuperado de <http://www.microsofttranslator.com/bv.aspx?from=en&to=es&a=http%3A%2F%2Fwww.drugabuse.gov%2Fes%2Fpublicaciones%2Flos-medicamentos-de-prescripcion-abuso-y-adiccion%2Fque-son-los-depresores-del-snc>
- Losada, L. (2008) ¿Hacemos un uso adecuado de las Benzodiazepinas? Conocimientos prácticos para atención primaria. *Revista de Medicina General*. 112, 780-787
- Organización Mundial de la Salud. (Mayo 2010). *Medicamentos: Uso racional de los medicamentos*. Washington: OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/es/index.html>
- Organización de Estados Americanos (2004). *Informe comparativo siete países, encuestas escolares a nivel nacional: El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana y Uruguay*. Washington: OEA Recuperado de <http://>

www.seguridad.gob.sv/observatorio/demanda/2004/INFORME%20COMPARATIVO%207%20PAISES.pdf

- Otero, A. (2009). Tendencias en el consumo de drogas en la juventud española y efectos sobre su salud. *Revista de Estudios de Juventud*. 84, 155-177. Recuperado de <http://www.asapme.es/attachments/article/57/Saludmentalpersonasjovenes.pdf#page=156>
- Pino N, Inocenti A, Renato C, (2008). Consumo de Benzodiacepina sin prescripción médica en los estudiantes de primer año de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil, Ecuador. *Rev. Latino - Enfermagen*. 16, 634-639.
- Rao, A.V. (1964). A controlled trial with Valium in obsessive compulsive states, *J Indian Med Assoc*. 42, 564-567.
- Romero, M.I., Santander J., Hitschfeld, M.J., Labbé, M. & Zamora, V. (2009). Consumo de sustancias ilícitas y psicotrópicos entre los estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Médica de Chile*. 137, 459-465. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000400002
- Roth, T., Roehrs, T., (2008). Efficacy and Safety of Sleep-Promoting Agents. *Sleep Med Clin* 3: 175-187.
- Rush, C., Griffiths, R. (1996). Zolpidem, Triazolam, and Temazepam: Behavioral and Subject-Rated Effects in Normal Volunteers. *J Clin Psychopharmacol*. 48, 367-374.
- Segura, A.M., Ordoñez J.E. (2009). *Prevalencia de consumo, riesgo de adicción a sustancias psicoactivas y adicción a juegos de azar en estudiantes universitarios del Valle de Aburrá*. Medellín: Universidad CES.