








Uso de benzodiazepinas en niños, niñas y adolescentes: declaración del Departamento de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (Paraguay)

Benzodiazepine use in children and adolescents: A statement from the Department of Child and Adolescent Psychiatry, School of Medical Sciences, National University of Asunción (Paraguay)

Julio Torales ¹, Viviana Riego ¹, José Almirón ¹, Oscar García ¹,
Pamela Figueredo ¹, Martín Laterza ¹, Mathías Cantero ¹

¹Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Psiquiatría Pediátrica, San Lorenzo, Paraguay.




Recibido: 13/04/2026
Revisado: 13/04/2026
Publicado: 13/04/2026

Autor Correspondiente

Julio Torales
Universidad Nacional de Asunción,
Paraguay
jtoraes@fcmuna.edu.py

Editor Responsable

Iván Barrios, PhD 
Universidad Nacional de Asunción,
San Lorenzo, Paraguay.

Conflicto de Interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Este artículo es publicado bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUCCIÓN

El Departamento de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (Paraguay) manifiesta su preocupación por el aumento del uso de benzodiazepinas (BZD) en niños, niñas y adolescentes. Estos fármacos (como diazepam, clonazepam, lorazepam o alprazolam) continúan prescribiéndose con frecuencia para el tratamiento de ansiedad, insomnio, agitación o síntomas conductuales asociados a trastornos del espectro del autismo y a discapacidad intelectual, a menudo en ausencia de supervisión especializada y sin un fundamento clínico suficientemente sólido. Esta tendencia resulta particularmente relevante en el contexto de la psiquiatría infantojuvenil, donde las decisiones terapéuticas deben considerar no solo la sintomatología actual, sino también el impacto potencial sobre el neurodesarrollo.

En los últimos años, diversos estudios han documentado un crecimiento sostenido en la prescripción de agonistas de los receptores benzodiazepínicos en población joven, incluso en sistemas de salud con marcos regulatorios estrictos. En Hong Kong, un seguimiento poblacional de más de dos décadas evidenció un incremento progresivo en la administración de estos fármacos en menores de 24 años (1). De forma similar, en Francia, la investigación de Driot et al. identificó una asociación significativa entre vulnerabilidad social y mayor uso de BZD en población pediátrica (2), sugiriendo que factores estructurales y contextuales pueden influir de manera relevante en los patrones de prescripción.

En Paraguay, la escasez de psiquiatras pediátricos ha llevado a que médicos de otras especialidades (particularmente psiquiatras de adultos y pediatras) asuman el desafío de abordar cuadros complejos de salud mental en población infantojuvenil. Si bien esta situación refleja un compromiso asistencial valioso, también pone de manifiesto la necesidad

de contar con orientaciones claras que permitan reducir la variabilidad en la práctica clínica y evitar intervenciones potencialmente inapropiadas o de riesgo. En este contexto, la ausencia de lineamientos específicos puede favorecer el uso de estrategias farmacológicas de rápida acción, como las BZD, aun cuando su perfil beneficio-riesgo sea desfavorable en esta población.

Por ello, la presente declaración tiene como objetivo ofrecer una orientación clínica clara, basada en evidencia, que reconozca las particularidades del contexto nacional, promueva la cooperación interdisciplinaria y establezca límites seguros para la prescripción de BZD en niños, niñas y adolescentes. Asimismo, busca contribuir al debate clínico y ético sobre el uso de psicofármacos en etapas tempranas del desarrollo, enfatizando la necesidad de priorizar intervenciones seguras, efectivas y sostenibles en el tiempo.

El Departamento de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción agradece a la revista Medicina Clínica y Social por brindar el espacio editorial para la difusión de esta declaración en su versión íntegra, reconociendo la relevancia del tema para la práctica clínica, la formación médica y la salud pública.

FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS Y RIESGOS CONOCIDOS

Las BZD actúan potenciando la acción del neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico (GABA), principal sistema inhibitorio del sistema nervioso central, lo que explica sus efectos ansiolíticos, sedantes, anticonvulsivantes y miorelajantes. Sin embargo, en cerebros en desarrollo, esta modulación farmacológica de la neurotransmisión inhibitoria puede interferir con procesos críticos de maduración sináptica, neuroplasticidad y organización funcional de redes neuronales. En este contexto, su uso se ha asociado a alteraciones en la regulación emocional, el aprendizaje y el funcionamiento ejecutivo, dimensiones particularmente sensibles durante la infancia y la adolescencia (3,4).

La evidencia disponible es consistente en señalar que la eficacia de las BZD en psiquiatría pediátrica es, en el mejor de los casos, limitada y circunscrita a indicaciones muy específicas, mientras que su perfil de efectos adversos es amplio y clínicamente relevante (5,6). Entre estos se destacan las reacciones paradójicas (como agitación, irritabilidad o desinhibición conductual), que pueden resultar especialmente disruptivas en la población infantojuvenil, así como el deterioro cognitivo asociado al uso prolongado. A ello se suma la rápida aparición de tolerancia farmacológica y el riesgo de dependencia física y psicológica, incluso tras períodos relativamente breves de tratamiento (7,8). Estos aspectos plantean serias dudas sobre su utilización fuera de contextos claramente delimitados.

Otro elemento crítico es la discrepancia entre las recomendaciones clínicas y la práctica real. Estudios poblacionales recientes confirman que una proporción significativa de prescripciones en niños, niñas y adolescentes se extiende más allá del tiempo recomendado, transformando intervenciones concebidas como transitorias en tratamientos de mediano o largo plazo. En Suecia, Sidorchuk et al. encontraron que un porcentaje considerable de menores permanecía medicado durante más de seis meses (9), lo que evidencia dificultades en la retirada o en la reevaluación terapéutica.

Finalmente, se ha observado un fenómeno emergente que amplifica la preocupación: el aumento del uso no médico o recreativo de BZD y de hipnóticos no benzodiazepínicos (“fármacos Z”) entre adolescentes (10). Este patrón sugiere no solo una mayor disponibilidad de estos fármacos, sino también una potencial normalización de su uso en contextos no clínicos, con implicancias relevantes para la salud pública, incluyendo riesgo de abuso, dependencia y eventos adversos asociados.

LÍMITES DE EDAD Y CONDICIONES DE USO

Las BZD no deben considerarse tratamiento de primera línea para ningún trastorno psiquiátrico en población infantil o adolescente. Su perfil beneficio-riesgo en estas etapas del desarrollo es desfavorable en la mayoría de los contextos clínicos, por lo que su indicación debe ser excepcional. En consecuencia, su uso debe restringirse a situaciones de emergencia o crisis agudas, caracterizadas por una intensidad sintomática que comprometa de manera significativa la seguridad del paciente o de terceros, y siempre bajo prescripción directa de un especialista en psiquiatría pediátrica. Incluso en estos casos, su utilización debe ser de corta duración, con un límite máximo de dos a cuatro semanas, y con una indicación claramente documentada. Estas recomendaciones son coherentes con guías internacionales que desaconsejan el uso rutinario de BZD en población infantojuvenil y enfatizan alternativas psicoterapéuticas y farmacológicas de mejor perfil de seguridad (11,12).

En menores de 12 años, el uso de BZD carece de justificación clínica en la mayoría de los escenarios ambulatorios y debe evitarse de forma sistemática. Su empleo solo podría considerarse en contextos hospitalarios muy específicos y bajo estricta supervisión, como en casos de catatonía aguda u otras condiciones excepcionales debidamente fundamentadas. Esta restricción responde no solo a la limitada evidencia de eficacia, sino también a la mayor vulnerabilidad del cerebro en desarrollo frente a los efectos adversos de estos fármacos. En este sentido, guías basadas en consenso han establecido que, fuera de indicaciones muy específicas como la catatonía (13), su uso debe ser transitorio y cuidadosamente monitorizado.

En todos los casos, la prescripción de BZD debe estar acompañada de un proceso de consentimiento informado por escrito, que incluya una explicación clara de los riesgos potenciales, la duración prevista del tratamiento y las alternativas terapéuticas disponibles. Asimismo, debe establecerse desde el inicio un plan de retirada gradual, con seguimiento clínico estrecho, con el objetivo de minimizar la aparición de síntomas de abstinencia y prevenir la cronificación del uso. La literatura sobre uso prolongado de BZD en población general ha demostrado de forma consistente los riesgos asociados a la dependencia, lo que refuerza la necesidad de estrategias de uso limitado y supervisado (6,7).

En psiquiatría pediátrica, el uso crónico o repetido “a demanda” está totalmente contraindicado, dado que favorece el desarrollo de tolerancia, dependencia y patrones de utilización inadecuados. Desde una perspectiva clínica y ética, su prescripción fuera de estos criterios no solo carece de sustento, sino que puede exponer innecesariamente a niños, niñas y adolescentes a riesgos evitables.

CONSIDERACIONES SEGÚN DIAGNÓSTICO

Trastornos de ansiedad

Las BZD no son recomendadas como tratamiento principal en los trastornos de ansiedad en población infantil y adolescente. La evidencia disponible y las guías clínicas coinciden en que las intervenciones de primera línea deben centrarse en la terapia cognitivo-conductual (TCC) y, cuando está indicado, en los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), debido a su eficacia sostenida y mejor perfil de seguridad a mediano y largo plazo (11,12). Este enfoque responde no solo a la necesidad de controlar la sintomatología ansiosa, sino también a promover el desarrollo de habilidades de afrontamiento adaptativas en etapas críticas del desarrollo.

El uso de BZD en este contexto presenta limitaciones importantes. Aunque pueden producir una reducción rápida de la ansiedad, su efecto es sintomático y no modifica los mecanismos subyacentes del trastorno. Además, su utilización puede interferir con procesos terapéuticos clave, particularmente aquellos basados en la exposición, al disminuir la activación emocional necesaria para el aprendizaje correctivo, lo que podría comprometer la eficacia de la TCC (12). A esto se suma el riesgo de efectos adversos, tolerancia y dependencia, que resultan especialmente problemáticos en población joven.

Por lo tanto, las BZD solo podrían considerarse como una medida de apoyo breve en situaciones de crisis graves, caracterizadas por un nivel de ansiedad incapacitante o desregulación aguda que impida la implementación inicial de intervenciones de primera línea. Incluso en estos casos, su uso debe realizarse bajo estricta indicación psiquiátrica, por períodos limitados y con un plan de retirada definido desde el inicio, evitando su continuidad más allá de la fase aguda del cuadro clínico.

Este enfoque restrictivo es consistente con recomendaciones internacionales que desalientan el uso rutinario de BZD en trastornos de ansiedad en niños, niñas y adolescentes, enfatizando la necesidad de intervenciones basadas en evidencia que prioricen tanto la eficacia clínica como la seguridad a largo plazo (11,14).

Trastornos depresivos y obsesivo-compulsivos

El uso de BZD en trastornos depresivos y en el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) en población infantojuvenil no está recomendado y, en la mayoría de los casos, debe considerarse contraindicado debido a su perfil de efectos adversos y a la ausencia de beneficios terapéuticos sostenidos. Estos fármacos pueden empeorar síntomas como la apatía, la fatiga y la somnolencia, interfiriendo con el funcionamiento diario y con la participación activa en intervenciones psicoterapéuticas.

En depresión y TOC, las estrategias terapéuticas de primera línea deben centrarse en intervenciones basadas en evidencia, incluyendo la psicoterapia estructurada (particularmente la TCC) y los ISRS, los cuales han demostrado eficacia tanto en la reducción de síntomas como en la prevención de recaídas (15,16). En el caso del TOC, las intervenciones basadas en exposición con prevención de respuesta constituyen un componente esencial del tratamiento, y su efectividad puede verse comprometida por el uso concomitante de fármacos sedantes que disminuyen la activación emocional necesaria para el procesamiento terapéutico (16).

Además, el uso de BZD puede reducir la adherencia al tratamiento a largo plazo, al generar una percepción de alivio inmediato que desincentiva la continuidad de intervenciones más efectivas pero progresivas. A ello se suma el riesgo de tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia, que puede presentarse incluso tras períodos relativamente breves de uso (6,7). En este contexto, su empleo prolongado en depresión y TOC no solo carece de justificación clínica, sino que puede agravar el curso del trastorno y dificultar su manejo integral.

En suma, el uso de BZD en estos trastornos debe evitarse de manera sistemática, priorizando enfoques terapéuticos que promuevan cambios sostenidos en el funcionamiento emocional y conductual del paciente.

Trastorno bipolar pediátrico

El empleo de BZD en el trastorno bipolar pediátrico debe considerarse con cautela y limitarse a situaciones específicas. El uso prolongado en esta población se asocia con un mayor riesgo de desinhibición conductual, somnolencia diurna y desarrollo de dependencia, además de interferir con la adherencia y la eficacia de los tratamientos estabilizadores del ánimo. Estos efectos pueden resultar particularmente problemáticos en niños, niñas y adolescentes, en quienes la regulación conductual y emocional ya se encuentra comprometida por la propia naturaleza del trastorno.

Las guías de práctica clínica coinciden en que el tratamiento del trastorno bipolar en población infantojuvenil debe centrarse en estabilizadores del ánimo y antipsicóticos atípicos, los cuales han demostrado eficacia en el control de episodios maníacos y en la prevención de recaídas (17,18). En este contexto, las BZD no cumplen un rol terapéutico de base, ya que no actúan sobre los mecanismos fisiopatológicos del trastorno, limitando su utilidad a un manejo sintomático transitorio.

En fases maníacas agudas, caracterizadas por agitación intensa, insomnio grave o desregulación conductual significativa, las BZD pueden considerarse como coadyuvantes de corta duración para el control de síntomas específicos. Sin embargo, su uso debe restringirse a periodos breves, generalmente en contextos de hospitalización o durante fases de transición terapéutica, preferiblemente utilizando BZD de vida media corta (como el lorazepam), bajo un control estricto de dosis y duración (17). Su indicación debe reevaluarse de forma continua, con el objetivo de suspenderlas una vez alcanzada la estabilización clínica.

Por consiguiente, las BZD no deben ser utilizadas como tratamiento de base en el trastorno bipolar pediátrico, y su empleo debe limitarse a un rol claramente definido, transitorio y complementario dentro de un abordaje terapéutico integral.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Las BZD carecen de evidencia de eficacia en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su uso no está recomendado en esta población. Desde el punto de vista clínico, estos fármacos no actúan sobre los mecanismos neurobiológicos implicados en el TDAH, predominantemente relacionados con la modulación dopaminérgica y noradrenérgica, lo que explica su falta de impacto sobre los síntomas nucleares del trastorno. Por el contrario, su efecto sedante puede agravar la inatención, disminuir el nivel de alerta y reducir la motivación, interfiriendo con el rendimiento académico y el funcionamiento cotidiano.

Las guías clínicas internacionales coinciden en que el abordaje del TDAH debe ser multimodal, combinando intervenciones psicoeducativas, apoyo familiar y escolar, y tratamiento farmacológico específico cuando está indicado. En este sentido, los psicoestimulantes (como el metilfenidato) y, en determinados casos, fármacos no estimulantes, constituyen las opciones terapéuticas de primera línea, con amplia evidencia de eficacia y seguridad en población infantojuvenil (19-22).

Además de su ineficacia, el uso de BZD en niños, niñas y adolescentes con TDAH puede tener efectos contraproducentes, particularmente en aquellos con comorbilidades conductuales, al favorecer la desinhibición, la impulsividad y la alteración del control conductual. Estos efectos pueden exacerbar las dificultades ya presentes en la autorregulación, comprometiendo aún más la adaptación social y académica del paciente.

En consecuencia, la prescripción de BZD en el TDAH debe evitarse de forma sistemática, dado que no mejora los síntomas centrales del trastorno ni contribuye al desarrollo de habilidades de autorregulación, y puede, por el contrario, generar efectos adversos que dificulten el manejo integral del cuadro clínico.

Trastornos del espectro del autismo

En los trastornos del espectro del autismo (TEA), las BZD no han demostrado eficacia en la mejoría de los síntomas nucleares, como las dificultades en la comunicación social y los patrones de comportamiento repetitivos y restringidos. Por el contrario, su uso se asocia con un riesgo significativo de efectos adversos, incluyendo desinhibición conductual, agitación, irritabilidad paradójica y empeoramiento del control conductual, lo que puede resultar particularmente problemático en esta población, caracterizada por una mayor vulnerabilidad a la desregulación emocional.

La evidencia disponible respalda el uso de abordajes terapéuticos específicos y dirigidos a los síntomas asociados. En este sentido, los antipsicóticos atípicos, particularmente la risperidona y el aripiprazol, cuentan con evidencia robusta para el manejo de la irritabilidad y la agresividad en niños, niñas y adolescentes con TEA, siendo las únicas opciones farmacológicas con aprobación en múltiples contextos regulatorios para estos síntomas (23,24). No obstante, su uso debe ser cuidadosamente monitorizado debido a sus posibles efectos adversos metabólicos y neurológicos.

En relación con los trastornos del sueño, que son altamente prevalentes en esta población, las guías clínicas recomiendan priorizar intervenciones no farmacológicas, incluyendo la higiene del sueño, la estructuración de rutinas y la educación familiar. Cuando se requiere tratamiento farmacológico, la melatonina ha demostrado ser una opción segura y efectiva para mejorar la latencia del sueño y la calidad del descanso, con un perfil de efectos adversos favorable (25,26).

Desde una perspectiva clínica, el uso de BZD en TEA no solo carece de beneficios sostenidos, sino que puede interferir con intervenciones conductuales y educativas fundamentales, al alterar la regulación emocional y la capacidad de aprendizaje del paciente. Por ello, su utilización en esta población debe evitarse, reservándose únicamente para situaciones excepcionales y de muy corta duración, bajo supervisión especializada.

Discapacidad intelectual

En personas con discapacidad intelectual, el uso de BZD se asocia con una elevada probabilidad de efectos paradójicos, incluyendo agitación, irritabilidad, desinhibición conductual y deterioro del funcionamiento adaptativo (27,28). Estos efectos pueden resultar especialmente problemáticos en esta población, en la que las dificultades en la comunicación y la autorregulación pueden amplificar la presentación clínica y dificultar la identificación temprana de reacciones adversas.

Desde una perspectiva clínica, el uso de BZD no solo carece de beneficios sostenidos en este grupo, sino que puede contribuir a un empeoramiento del perfil conductual, interfiriendo con intervenciones psicoeducativas y de apoyo que constituyen el pilar del abordaje terapéutico. En este sentido, su utilización como estrategia de contención farmacológica o como sedante habitual no es aceptable, ya que no aborda las causas subyacentes del comportamiento y puede perpetuar un manejo inadecuado a largo plazo (29).

En situaciones excepcionales, como emergencias médicas o cuadros de agitación aguda que comprometan la seguridad del paciente o de terceros, el uso de BZD podría considerarse de manera puntual. Sin embargo, incluso en estos casos, su administración debe ser de duración mínima, con una indicación claramente documentada, registro clínico detallado y una reevaluación continua del balance entre beneficios y riesgos.

Por lo tanto, el uso prolongado de BZD en personas con discapacidad intelectual debe evitarse de forma sistemática, priorizando intervenciones estructuradas, individualizadas y sostenidas en el tiempo que favorezcan la estabilidad conductual y el bienestar global del paciente.

Trastornos psicóticos y catatonía

En el contexto de trastornos psicóticos agudos, las BZD pueden desempeñar un papel como tratamiento coadyuvante de corta duración, particularmente en presencia de agitación intensa, ansiedad marcada o insomnio grave que comprometan la seguridad del paciente o interfieran con el inicio del tratamiento antipsicótico. En estos casos, su uso puede contribuir a una estabilización inicial del cuadro clínico, facilitando la adherencia y la implementación de intervenciones terapéuticas específicas. No obstante, las BZD no poseen efecto antipsicótico y, por tanto, no deben considerarse tratamiento de base, el cual debe centrarse en el uso de antipsicóticos adecuados según la edad y el perfil clínico del paciente.

En el caso de la catatonía, la evidencia es consistente en señalar que el lorazepam constituye la intervención farmacológica de primera línea, con una respuesta clínica rápida en un porcentaje significativo de pacientes cuando se administra en dosis adecuadas y bajo estricta supervisión médica (13). Su uso en este contexto tiene un fundamento fisiopatológico claro, vinculado a la modulación de los sistemas GABAérgicos implicados en la sintomatología catatónica. En ausencia de lorazepam, otras BZD como diazepam o clonazepam pueden considerarse como alternativas, aunque con menor respaldo empírico específico y una base de evidencia menos robusta (30,31).

Sin embargo, incluso en estos escenarios donde su indicación está justificada, el uso de BZD debe ser cuidadosamente monitorizado y limitado en el tiempo. Una vez resuelta la fase aguda, se recomienda su retirada progresiva, evitando la prolongación innecesaria del tratamiento y priorizando la instauración o el ajuste de terapias de base dirigidas al trastorno subyacente. En los casos en que la respuesta a BZD sea insuficiente o el cuadro sea refractario, la terapia electroconvulsiva (TEC) constituye la principal alternativa terapéutica con mayor respaldo en la literatura (13).

En este sentido, aunque las BZD tienen un rol clínico específico en la psicosis aguda y la catatonía, su utilización debe mantenerse dentro de límites claramente definidos, evitando su extensión más allá de la fase aguda del cuadro.

Trastornos del sueño

Debido a sus efectos cognitivos deletéreos a largo plazo, el riesgo de desinhibición conductual, la aparición de irritabilidad paradójica y la alteración de la arquitectura del sueño (32), el uso de BZD como hipnóticos en niños, niñas y adolescentes está desaconsejado. Estos fármacos pueden modificar las fases del sueño (particularmente reduciendo el sueño de ondas lentas y alterando el sueño REM), lo que puede impactar negativamente en procesos fundamentales como la consolidación de la memoria, el aprendizaje y la regulación emocional, especialmente relevantes durante etapas del desarrollo.

Además, su uso se asocia con tolerancia progresiva, lo que conduce a una pérdida de eficacia con el tiempo y favorece la dependencia, así como a fenómenos de rebote del insomnio tras su suspensión. En población pediátrica, estos efectos pueden traducirse en una cronificación del problema del sueño y en una mayor dificultad para implementar intervenciones conductuales efectivas.

Las guías clínicas actuales recomiendan priorizar intervenciones no farmacológicas como primera línea de tratamiento. Entre ellas, la higiene del sueño, la estructuración de rutinas consistentes y la terapia cognitivo-conductual para el insomnio (TCC-I) han demostrado ser estrategias eficaces y sostenibles en el tiempo. Estas intervenciones no solo abordan los síntomas, sino que promueven hábitos de sueño saludables y duraderos, fundamentales en el desarrollo infantil y adolescente (25,33).

En aquellos casos en los que se requiere tratamiento farmacológico, la melatonina se considera una alternativa más segura, con evidencia de eficacia en la reducción de la latencia del sueño y un perfil de efectos adversos favorable en población pediátrica (25,26). Su uso debe integrarse dentro de un enfoque global que incluya intervenciones conductuales y educación familiar.

En este contexto, el uso de BZD como tratamiento del insomnio en niños, niñas y adolescentes no solo carece de justificación en la mayoría de los casos, sino que puede resultar contraproducente, interfiriendo con procesos fisiológicos del sueño y con estrategias terapéuticas más efectivas y seguras.

Trastornos relacionados con trauma y estrés

En los trastornos relacionados con trauma y estrés, el uso de BZD está desaconsejado debido a su interferencia con mecanismos centrales del procesamiento emocional. Estos fármacos pueden dificultar la habituación al estímulo traumático y alterar los procesos de aprendizaje asociados a la extinción del miedo, los cuales son fundamentales para la recuperación clínica en trastornos como el trastorno de estrés postraumático (TEPT). En este sentido, su uso puede comprometer la eficacia de intervenciones psicoterapéuticas basadas en la exposición, consideradas el estándar de tratamiento en esta población (34).

Desde una perspectiva neurobiológica, las BZD pueden interferir con la consolidación de la memoria emocional y con los procesos de reconsolidación del recuerdo traumático, afectando la capacidad del paciente para integrar y procesar la experiencia vivida.

Además, su efecto ansiolítico inmediato puede generar una dependencia psicológica que dificulte el desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas, perpetuando el mantenimiento del trastorno a largo plazo.

La evidencia clínica y las guías internacionales coinciden en recomendar la psicoterapia centrada en el trauma (incluyendo modalidades basadas en la TCC y la exposición) como tratamiento de primera línea. Cuando se requiere intervención farmacológica, los ISRS constituyen la opción más respaldada, tanto en adultos como en población adolescente (34,35).

Por consiguiente, el uso de BZD en trastornos relacionados con trauma y estrés debe evitarse de manera sistemática, dado que no solo carece de beneficios sostenidos, sino que puede interferir con los procesos terapéuticos esenciales para la recuperación del paciente.

Trastornos disruptivos, de la conducta y del control de los impulsos

Los trastornos disruptivos, de la conducta y del control de los impulsos (como el trastorno negativista desafiante y el trastorno de conducta) deben abordarse desde una perspectiva multimodal, centrada en intervenciones psicoterapéuticas, psicoeducativas y familiares como primera línea. Estas estrategias han demostrado ser fundamentales para modificar patrones conductuales disfuncionales, mejorar la regulación emocional y fortalecer las dinámicas familiares, aspectos clave en el manejo a largo plazo de estos trastornos.

No existe evidencia que respalde el uso de BZD para el manejo de la irritabilidad o la agresividad en esta población. Por el contrario, su empleo puede resultar contraproducente, al potenciar la impulsividad, la desinhibición conductual y la pérdida de control, efectos que pueden exacerbar los síntomas centrales del trastorno. Además, el uso de fármacos sedantes en este contexto puede enmascarar la sintomatología sin abordar sus determinantes subyacentes, retrasando la implementación de intervenciones terapéuticas efectivas.

Cuando se requiere tratamiento farmacológico, este debe indicarse de manera prudente y siempre como complemento de intervenciones psicosociales estructuradas. En este sentido, los antipsicóticos atípicos han demostrado eficacia en la reducción de la agresividad y la irritabilidad en casos seleccionados, particularmente en presencia de síntomas graves o comorbilidades, aunque su uso debe ser cuidadosamente monitorizado debido a sus potenciales efectos adversos metabólicos y neurológicos (36).

Asimismo, evidencia emergente sugiere que, en niños, niñas y adolescentes con comorbilidad entre TDAH y trastornos disruptivos, los psicoestimulantes (como el metilfenidato) pueden contribuir a mejorar el control de los impulsos, reducir la agresividad y disminuir el riesgo de progresión hacia trastornos de conducta más graves (37). Este hallazgo refuerza la importancia de un diagnóstico temprano y de un abordaje integral que contemple tanto los síntomas nucleares como las condiciones asociadas.

Por lo tanto, el uso de BZD en trastornos disruptivos debe evitarse, dado que no solo carece de eficacia demostrada, sino que puede agravar el cuadro clínico y dificultar el manejo terapéutico integral.

Trastornos de la personalidad y desregulación emocional

Los cuadros de desregulación emocional grave, frecuentemente observados en adolescentes y que pueden enmarcarse dentro de trastornos de la personalidad en desarrollo (particularmente con rasgos límite), representan un desafío clínico relevante en la práctica diaria. Estas presentaciones suelen caracterizarse por inestabilidad afectiva, impulsividad, conductas autolesivas y crisis emocionales intensas, que con frecuencia motivan consultas de urgencia.

En este contexto, las BZD se utilizan con relativa frecuencia como estrategia de contención farmacológica. Sin embargo, su uso no está respaldado por evidencia de eficacia sostenida y puede resultar contraproducente. Las BZD pueden aumentar la desinhibición conductual, la impulsividad y el riesgo de conductas autolesivas, además de interferir con el desarrollo de habilidades de regulación emocional y afrontamiento adaptativo.

Desde una perspectiva terapéutica, el abordaje de estos cuadros debe centrarse en intervenciones psicoterapéuticas estructuradas, como la terapia dialéctico-conductual y otros enfoques basados en habilidades, que han demostrado eficacia en la reducción de conductas impulsivas y en la mejora de la regulación emocional (38). En concordancia con esta evidencia, guías clínicas internacionales recomiendan priorizar intervenciones psicológicas especializadas en el manejo de trastornos de la personalidad en adolescentes y desaconsejan el uso de farmacoterapia inespecífica como estrategia principal (39).

El uso de psicofármacos, cuando está indicado, debe orientarse a síntomas específicos y formar parte de un plan terapéutico integral, evitando el empleo de BZD como estrategia de manejo habitual. En situaciones de crisis aguda, la intervención debe priorizar medidas de contención no farmacológica, evaluación del riesgo y establecimiento de un encuadre terapéutico claro, reservando el uso de medicación a situaciones excepcionales y bajo criterios estrictos.

En consecuencia, el uso de BZD en adolescentes con desregulación emocional debe evitarse, dado que puede agravar la inestabilidad clínica y dificultar el tratamiento a largo plazo.

Pacientes críticamente enfermos: delirium

En pacientes críticamente enfermos, incluyendo aquellos con patologías médicas graves o internados en unidades de cuidados intensivos, el uso de BZD debe evaluarse con especial cautela. En este contexto, cuadros de agitación, desregulación conductual o alteraciones del nivel de conciencia pueden corresponder a delirium, una condición frecuente en población pediátrica hospitalizada y asociada a mayor morbimortalidad (40).

La evidencia clínica indica que las BZD no constituyen un tratamiento de elección para el delirium, y su uso puede incluso agravar la sintomatología y aumentar el riesgo de desarrollo de delirium, con una relación dosis-dependiente descrita en población pediátrica críticamente enferma (41). Estos fármacos pueden inducir o perpetuar alteraciones cognitivas, empeorar la desorganización del pensamiento y prolongar la duración del cuadro clínico.

El manejo del delirium en niños, niñas y adolescentes debe centrarse en la identificación y corrección de la causa subyacente, junto con intervenciones no farmacológicas como la optimización del entorno, la regulación del ciclo sueño-vigilia y el acompañamiento familiar. Cuando se requiere tratamiento farmacológico, los antipsicóticos pueden considerarse en casos seleccionados, bajo estricta supervisión clínica y una evaluación individualizada del balance riesgo-beneficio (42,43).

El uso de BZD en este contexto debe limitarse a situaciones específicas, como el delirium asociado a síndrome de abstinencia o determinados escenarios de sedación en cuidados intensivos, siempre bajo protocolos definidos y con monitorización estrecha (43). En suma, su empleo rutinario en pacientes críticamente enfermos con delirium debe evitarse.

RECOMENDACIONES INSTITUCIONALES Y ÉTICAS

El uso de BZD en la práctica psiquiátrica infantil y adolescente debe entenderse como una excepción y no como una estrategia terapéutica habitual. Su prescripción requiere una justificación clínica clara, basada en la gravedad del cuadro y en la ausencia de alternativas más seguras, y debe ser cuidadosamente documentada. Asimismo, toda indicación debe incluir desde el inicio una planificación explícita de su duración y suspensión, evitando la prolongación innecesaria del tratamiento.

Desde una perspectiva ética y de salud pública, la utilización injustificada de BZD en población infantojuvenil plantea preocupaciones relevantes. En contextos de vulnerabilidad social, donde el acceso a intervenciones psicoterapéuticas especializadas es limitado, el uso de estos fármacos puede transformarse en una respuesta simplificada a problemas complejos, perpetuando inequidades en el acceso a tratamientos adecuados y aumentando el riesgo de dependencia y uso indebido (2). Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer enfoques integrales que prioricen intervenciones basadas en evidencia y centradas en el desarrollo.

En este sentido, el Departamento de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción recomienda avanzar en la elaboración e implementación de guías nacionales de psicofarmacología infantojuvenil, así como fortalecer la red de psiquiatría pediátrica, promoviendo la formación de recursos humanos especializados y el acceso equitativo a servicios de salud mental de calidad.

Asimismo, se destaca la importancia de desarrollar sistemas de farmacovigilancia que permitan monitorear el uso de psicofármacos en población pediátrica, identificar patrones de prescripción y detectar oportunamente riesgos asociados. La generación de datos locales en este ámbito es fundamental para orientar políticas públicas y mejorar la calidad de la atención.

Finalmente, es imprescindible promover la educación de profesionales de la salud, familias y comunidades educativas sobre los riesgos asociados al uso de BZD, incluyendo el potencial de dependencia y el uso no médico, fenómeno que ha mostrado un incremento preocupante en adolescentes (10). La prevención, la información adecuada y el fortalecimiento de estrategias no farmacológicas deben constituir pilares centrales en el abordaje de la salud mental infantojuvenil.

CONCLUSIONES

Las BZD no constituyen un tratamiento de primera elección en psiquiatría pediátrica. La evidencia disponible indica que su uso en niños, niñas y adolescentes ofrece beneficios limitados y se asocia con riesgos clínicamente relevantes, particularmente en relación con el neurodesarrollo, la dependencia y la interferencia con intervenciones terapéuticas efectivas.

Por consiguiente, su indicación debe ser excepcional, limitada a situaciones específicas de corta duración, bajo estricta supervisión especializada y siempre integrada en un plan terapéutico más amplio, basado en estrategias seguras y con respaldo empírico. El uso prolongado o no justificado de estos fármacos no solo carece de fundamento clínico, sino que puede resultar perjudicial para el desarrollo emocional, cognitivo y conductual del paciente.

El uso de BZD en población infantojuvenil constituye un desafío ético y de salud pública que requiere respuestas coordinadas entre la práctica clínica, la formación profesional y las políticas sanitarias.

El Departamento de Psiquiatría Pediátrica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción reafirma su compromiso con una práctica clínica ética, responsable y basada en evidencia, orientada a proteger el bienestar, la seguridad y el desarrollo saludable de niños, niñas y adolescentes en Paraguay. En este marco, se enfatiza que la prescripción de BZD fuera de criterios estrictamente justificados no solo es clínicamente cuestionable, sino también éticamente problemática. Asimismo, el Departamento manifiesta su disposición a colaborar con la comunidad médica, las autoridades sanitarias y las instituciones académicas en el desarrollo de estrategias y lineamientos que promuevan una prescripción más segura y basada en evidencia en población infantojuvenil.

NOTA INSTITUCIONAL DE LOS AUTORES

Julio Torales es Profesor Titular de Psiquiatría y de Psicología Médica de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Asunción (FCM UNA), Jefe del Departamento de Psiquiatría Pediátrica y Presidente electo de la Federación Latinoamericana de Psiquiatría de la Infancia, Adolescencia, Familia y Profesiones Afines (FLAPIA). Viviana Riego es Profesora Asistente de Psiquiatría y de Psicología Médica y médica especialista del Departamento de Psiquiatría Pediátrica. José Almirón es Subjefe del Departamento de Psiquiatría Pediátrica. Oscar García es responsable de la gestión asistencial del Departamento de Psiquiatría Pediátrica y Miembro Titular de la Comisión Directiva de FLAPIA. Pamela Figueredo es responsable de la gestión académica del Departamento. Martín Laterza y Mathías Cantero son médicos residentes del Departamento de Psiquiatría Pediátrica de la FCM UNA.

REFERENCES

1. Kwok CCT, Lo HKY, Chan CY, Chan JKN, Wong CSM, Cheng CPW, et al. Temporal trends of the utilization patterns of sedative-hypnotic medications in children, adolescents and young adults: a 21-year population-based study with joinpoint regression analysis. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):98. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-06515-x>
2. Driot D, Vergès Y, Birebent J, Grosclaude P, Delpierre C, Rougé-Bugat ME, et al. Influence of social deprivation on benzodiazepines dispensing among children and adolescents: a large cross-sectional population-based study in France. *La Presse Med Open*. 2023;4:100042. <https://doi.org/10.1016/j.lpmope.2023.100042>
3. Vinkers CH, Olivier B. Mechanisms Underlying Tolerance after Long-Term Benzodiazepine Use: A Future for Subtype-Selective GABA(A) Receptor Modulators? *Adv Pharmacol Sci*. 2012;2012:416864. <https://doi.org/10.1155/2012/416864>
4. Rudolph U, Möhler H. GABAA receptor subtypes: Therapeutic potential in Down syndrome, affective disorders, schizophrenia, and autism. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2014;54:483-507. <https://doi.org/10.1146/annurev-pharmtox-011613-135947>
5. Cloos JM, Ferreira V. Current use of benzodiazepines in anxiety disorders. *Curr Opin Psychiatry*. 2009;22(1):90-5. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e32831a473d>
6. Lader M. Benzodiazepines revisited--will we ever learn? *Addiction*. 2011;106(12):2086-109. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03563.x>
7. Barker MJ, Greenwood KM, Jackson M, Crowe SF. Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs*. 2004;18(1):37-48. <https://doi.org/10.2165/00023210-200418010-00004>
8. Mancuso CE, Tanzi MG, Gabay M. Paradoxical reactions to benzodiazepines: literature review and treatment options. *Pharmacotherapy*. 2004;24(9):1177-85. <https://doi.org/10.1592/phco.24.13.1177.38089>
9. Sidorchuk A, Isomura K, Molero Y, Hellner C, Lichtenstein P, Chang Z, et al. Benzodiazepine prescribing for children, adolescents, and young adults from 2006 through 2013: A total population register-linkage study. *PLoS Med*. 2018;15(8):e1002635. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002635>
10. Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, Jiménez-Trujillo I, Lima Florencio L, Gallardo Pino C, Yeaman S, et al. Trends in the nonmedical misuse of benzodiazepines and Z-hypnotics among school-aged adolescents (2016-2021): gender differences and related factors. *Child Adolesc Ment Health*. 2024;29(4):345-354. <https://doi.org/10.1111/camh.12716>
11. Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, Keable H, Ramtekkar U, Ripperger-Suhler J, et al. Clinical Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(10):1107-1124. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.005>
12. Zugman A, Winkler AM, Qamar P, Pine DS. Current and Future Approaches to Pediatric Anxiety Disorder Treatment. *Am J Psychiatry*. 2024;181(3):189-200. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20231037>
13. Rogers JP, Oldham MA, Fricchione G, Northoff G, Ellen Wilson J, Mann SC, et al. Evidence-based consensus guidelines for the management of catatonia: Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*. 2023;37(4):327-369. <https://doi.org/10.1177/02698811231158232>
14. Walkup JT, Albano AM, Piacentini J, Birmaher B, Compton SN, Sherrill JT, et al. Cognitive behavioral therapy,

- sertraline, or a combination in childhood anxiety. *N Engl J Med.* 2008;359(26):2753-66. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0804633>
15. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Laraque D, Stein REK; GLAD-PC STEERING GROUP. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): Part II. Treatment and Ongoing Management. *Pediatrics.* 2018;141(3):e20174082. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4082>
 16. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder: treatment (CG31). London: NICE; 2005. [URL](https://doi.org/10.1093/nice/ckg001)
 17. Findling RL, Chang KD. Improving the Diagnosis and Treatment of Pediatric Bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry.* 2018;79(2):su17023ah3c. <https://doi.org/10.4088/JCP.su17023ah3c>
 18. McClellan J, Kowatch R, Findling RL; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(1):107-125. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000242240.69678.c4>
 19. Banaschewski T, Becker K, Döpfner M, Holtmann M, Rösler M, Romanos M. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Dtsch Arztebl Int.* 2017;114(9):149-159. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0149>
 20. Haugan AJ, Sund AM, Young S, Thomsen PH, Lydersen S, Nøvik TS. Cognitive behavioural group therapy as addition to psychoeducation and pharmacological treatment for adolescents with ADHD symptoms and related impairments: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry.* 2022;22(1):375. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04019-6>
 21. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management (NG87). London: NICE; 2018. [URL](https://doi.org/10.1093/nice/ckg001)
 22. Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, Chan E, Davison D, Earls M, et al. Clinical Practice Guideline for the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2019;144(4):e20192528. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-2528>
 23. Stepanova E, Dowling S, Phelps M, Findling RL. Pharmacotherapy of emotional and behavioral symptoms associated with autism spectrum disorder in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci.* 2017;19(4):395-402. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.4/rfindling>
 24. Salazar de Pablo G, Pastor Jordá C, Vaquerizo-Serrano J, Moreno C, Cabras A, Arango C, et al. Systematic Review and Meta-analysis: Efficacy of Pharmacological Interventions for Irritability and Emotional Dysregulation in Autism Spectrum Disorder and Predictors of Response. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2023;62(2):151-168. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2022.03.033>
 25. Williams Buckley A, Hirtz D, Oskoui M, Armstrong MJ, Batra A, Bridgemohan C, et al. Practice guideline: Treatment for insomnia and disrupted sleep behavior in children and adolescents with autism spectrum disorder: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2020;94(9):392-404. <https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000009033>
 26. Gringras P, Nir T, Breddy J, Frydman-Marom A, Findling RL. Efficacy and Safety of Pediatric Prolonged-Release Melatonin for Insomnia in Children With Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017;56(11):948-957.e4. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.09.414>
 27. Elbing U, Appelbaum S, Ostermann T. Adverse events and contradictory effects of benzodiazepine in a case with intellectual disability and challenging behaviour. *J Intellect Disabil.* 2024;28(1):216-224. <https://doi.org/10.1177/17446295221134420>
 28. Deb S, Unwin G, Deb T. Characteristics and the trajectory of psychotropic medication use in general and antipsychotics in particular among adults with an intellectual disability who exhibit aggressive behaviour. *J Intellect Disabil Res.* 2015;59(1):11-25. <https://doi.org/10.1111/jir.12119>
 29. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions (NG11). London: NICE; 2015. [URL](https://doi.org/10.1093/nice/ckg001)
 30. Lin CC, Hung YY, Tsai MC, Huang TL. The Lorazepam and Diazepam Protocol for Catatonia Due to General Medical Condition and Substance in Liaison Psychiatry. *PLoS One.* 2017;12(1):e0170452. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170452>
 31. Agrawal AK, Das S, Tirthalli J. Clonazepam in Catatonia: Thinking Beyond the Boundary of Lorazepam: A Case Report. *Indian J Psychol Med.* 2023;45(1):97-99. <https://doi.org/10.1177/02537176221116265>
 32. de Mendonça FMR, de Mendonça GPRR, Souza LC, Galvão LP, Paiva HS, de Azevedo Marques Périco C, et al. Benzodiazepines and Sleep Architecture: A Systematic Review. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2023;22(2):172-179. <https://doi.org/10.2174/1871527320666210618103344>

33. Mindell JA, Owens JA. A clinical guide to pediatric sleep: diagnosis and management of sleep problems. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
34. Hoskins M, Pearce J, Bethell A, Dankova L, Barbui C, Tol WA, et al. Pharmacotherapy for post-traumatic stress disorder: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2015;206(2):93-100. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.148551>
35. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Post-traumatic stress disorder (NG116). London: NICE; 2018. [URL](#)
36. Loy JH, Merry SN, Hetrick SE, Stasiak K. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;8(8):CD008559. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008559.pub3>
37. D'Aiello B, Di Vara S, De Rossi P, Vicari S, Menghini D. The effect of a single dose of methylphenidate on attention in children and adolescents with ADHD and comorbid Oppositional Defiant Disorder. *PLoS One*. 2024;19(8):e0299449. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299449>
38. Mehlum L, Tørmoen AJ, Ramberg M, Haga E, Diep LM, Laberg S, et al. Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(10):1082-91. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
39. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Borderline personality disorder: recognition and management (CG78). London: NICE; 2009. [URL](#)
40. Traube C, Silver G, Reeder RW, Doyle H, Hegel E, Wolfe HA, et al. Delirium in Critically Ill Children: An International Point Prevalence Study. *Crit Care Med*. 2017;45(4):584-590. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000002250>
41. Mody K, Kaur S, Mauer EA, Gerber LM, Greenwald BM, Silver G, et al. Benzodiazepines and Development of Delirium in Critically Ill Children: Estimating the Causal Effect. *Crit Care Med*. 2018;46(9):1486-1491. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003194>
42. Torales JC, Navarro RE. Delirium pediátrico. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*. 2019;52(3):117-119. <https://doi.org/10.18004/anales/2019.052.03.117-119>
43. Brítez Cantero J, Torales J, Ruiz Díaz N, Navarro R, Melgarejo O, O'Higgins M. Guía rápida para el reconocimiento y manejo del Delirium. 1st ed. Asunción: EFACIM; 2023.