



**UNIVERSITAS**  
*Miguel Hernández*



**GRADO EN PSICOLOGÍA**  
**TRABAJO DE FIN DE GRADO**  
**CURSO ACADÉMICO 2020 – 2021**  
**CONVOCATORIA JUNIO**

**Modalidad:** Diseño de una Propuesta de Intervención

**Título:** Prevención de Recaídas en el Consumo de Benzodiazepinas.

**Autor:** Elena Sánchez Carrasco

**Profesor:** José Luis Carballo Crespo

Elche, a 4 de Junio de 2021

## ÍNDICE DE CONTENIDOS:

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN .....	2
MÉTODO .....	5
PARTICIPANTE .....	5
VARIABLES E INSTRUMENTOS .....	6
PROCEDIMIENTO .....	8
RESULTADOS .....	8
RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS .....	8
PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS DE BENZODIACEPINAS .....	12
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN .....	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	20
ANEXO .....	23



## Resumen

España es el primer país en el mundo donde más benzodiazepinas se consumen. Este consumo es utilizado para casos de ansiedad, insomnio o trastornos emocionales. Además, con el paso de los años se ha visto un incremento del consumo de estos psicofármacos. En esta Propuesta de Intervención de caso único, se ha evaluado a un sujeto mediante una entrevista semiestructurada utilizando cuestionarios para medir la dependencia, abstinencia, factores de riesgo, historia de consumo y datos familiares. Tras la evaluación se ha propuesto un Tratamiento Cognitivo Conductual de cuatro sesiones para reducir el riesgo de recaídas y conseguir la abstinencia.

**Palabras clave:** consumo, benzodiazepinas, ansiedad, insomnio, trastornos emocionales, dependencia, factores de riesgo, recaídas, abstinencia.

## Introducción

En España se ha visto un aumento considerable del consumo de ansiolíticos durante el año 2020. Hubo un consumo de 91,07 dosis diarias de ansiolíticos, sedantes e hipnóticos por cada 1.000 habitantes (AEMPS, 2020); el consumo de ansiolíticos, hipnóticos y sedantes ha aumentado un 4,5% respecto el año anterior y casi un 10% respecto a hace diez años.

Por otro lado, en el informe monográfico de salud mental (ENSE, 2017), confirma que el 12,48% de los adolescentes mayores de 15 años, un 30% de los jubilados, un 42% de las personas con diversidad funcional que no pueden trabajar y el 24% que se dedican a tareas del hogar, consumen tranquilizantes. En concreto el 10,7% de la población en 2017 consumía tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (siendo el 13,9% mujeres y el 7,4% hombres). Incluso en el último informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2020) evidencia que España es el primer país en el mundo donde más benzodiazepinas se consumen.

Las benzodiazepinas (BZD) tienen una función ansiolítica, hipnótica, miorelajante, anticonvulsiva y anamnésica en el Sistema Nervioso Central (SNC), es decir, actúan como depresores del SNC. Este tipo de fármacos son utilizados para tratar los trastornos de ansiedad, ataques de pánico, el insomnio o trastornos emocionales. Pero el consumo de este tranquilizante tiene propiedades especialmente adictivas, si a esto le sumas los factores psicosociales.

Los factores de riesgo que provocan una dependencia y/o abuso de esta sustancia depende de diversas variables, estas pueden ser, las propiedades del medicamento, el propio individuo y el ambiente que le rodea (Busto, 2000).

Las características de este ansiolítico es uno de los factores de riesgo. Algunas de ellas son su efecto placentero, la rápida absorción de la sustancia en el organismo y su fácil disponibilidad. Por otro lado, se encuentran los factores individuales, como los factores biológicos de la persona y la rapidez con la que se metabolizan las benzodiazepinas (Gómez y Almanza, 2017).

La edad y el sexo del individuo también influyen y promueven la adicción, Rosas-Gutiérrez, Simón-Arceo y Mercado (2013), observan que las personas mayores de edad consumen más benzodiazepinas que los jóvenes, esto se correlaciona con una mayor presencia de trastornos de ansiedad e insomnio y con una acción prolongada del tranquilizante en el organismo. Las mujeres entre 35 y 65 años consumen más que los hombres y presentan altos niveles de abuso. Esto se debe a factores socioculturales, ya que las mujeres suelen acudir con más frecuencia al médico comunicando los síntomas del trastorno de ansiedad, afectivo o depresivo, buscando una solución a esta sintomatología. O bien se debe, a la aceptación social de este tranquilizante y la escasa vigilancia en relación con la dosis, la frecuencia y el periodo prolongado del consumo puede propiciar y mantener la adicción (Gómez y Almanza, 2017). Por el contrario, en el estudio de Fresán, Minaya, Cortés-López y Ugalde (2011) afirma que los hombres con problemas psiquiátricos y con un diagnóstico de trastornos afectivos o de ansiedad, más un mayor tiempo de consumo del fármaco, presentan mayor dependencia.

Según Fresán et al. (2011) el principal predictor para la dependencia es el uso crónico de benzodiazepinas. En relación con este último factor de riesgo, también destacan las dosis altas de consumo y las retiradas bruscas como principales factores de riesgo para padecer una dependencia (Carreras, 2007).

En un estudio (Rosas-Gutiérrez et al., 2013) se afirma que entre el 15 y 20% las personas alcohólicas abusan de las benzodiazepinas para potenciar los efectos del alcohol, o bien, como automedicación para el tratamiento del síndrome de abstinencia, ansiedad, o euforizantes.

Diversos investigadores (Konopa, Pelka-Wysiecka, Grzywacz y Samochowiec, 2013) asocian algunos rasgos de la personalidad junto con el abuso de esta sustancia, en concreto las personas neuróticas y con altos índices de introversión presentaban una mayor adicción a este fármaco. Y en el estudio de Borrero (2016) se menciona que Cobos

et. al. (2006) que aquellas personas que padecen dependencia y abuso a otras drogas son más vulnerables de generar dependencia, que las que no. Esto se debe a que tienen mayor predisposición a combatir el malhumor con fármacos (Carreras, 2007), por ejemplo, combaten las molestias debidas a la abstinencia, las alteraciones del sueño, mitigan los efectos desagradables del consumo de otras sustancias. Labrador y Castro (1987) también lo afirman.

El consumo de estas sustancias puede llevar a producir efectos adversos y consecuencias afectando a la funcionalidad de las personas. Los más comunes (Danza, Cristiani y Tamosiunas, 2009) son la debilidad muscular, la ataxia, la sedación, las alteraciones de la memoria, las reacciones de discontinuación y los riesgos de dependencia. Aparece un deterioro de la coordinación motora y un enlentecimiento en la respuesta a estímulos.

Se ha demostrado que un consumo de duración prolongada altera el rendimiento psicomotor, enlentece el tiempo de reacción como se ha comentado anteriormente y aumenta el número de errores el día siguiente de ingerir el tranquilizante (Danza, Cristiani y Tamosiunas, 2009).

Varios investigadores han comentado otros efectos adversos del consumo de BZD es que provoca alteraciones en la memoria, la memoria contextual o episódica también está alterada, ocasiona dificultades a la hora de adquirir conocimientos, aumenta el riesgo de deterioro cognitivo cuando son períodos largos de consumo (Danza, Cristiani y Tamosiunas, 2009). Pérez y Veas (2014) también comentan que los principales efectos adversos son el deterioro cognitivo y el aumento del riesgo de caídas en adultos.

Asimismo, se observa efectos neuropsicológicos en los pacientes que consumen con frecuencia y de forma prolongada las benzodiazepinas, algunos de estos efectos son la somnolencia diurna, alteraciones en la atención y la capacidad de concentración y alerta. Por lo general, un consumo de benzodiazepinas de acción corta o larga origina un deterioro en la funcionalidad del paciente.

En lo que respecta al tratamiento para la adicción de benzodiazepinas, hay escasos estudios que corroboren una terapia como tal. Pero si se observan algunos tratamientos que se pueden emplear con el fin de reducir el abuso del psicofármaco, como, la retirada gradual de los comprimidos, el tratamiento cognitivo conductual, la psicoterapia de grupo, programa de prevención de recaídas e intervenciones familiares (Alvárez y Navarrete, 2011). O bien, se proporciona un programa de estrategias para su deshabitación (Pérez y Veas, 2014) consiste en la psicoeducación del abuso de las BZD,

explican los efectos, consecuencias a corto y largo plazo y los síntomas de abstinencia que causan estos medicamentos. Asimismo, se aplica una retirada gradual del fármaco y se proporciona apoyo médico y psicológico, aumentando la motivación del individuo para el éxito terapéutico.

De hecho, según López, Rubio, Moreno (2017) afirman que, el uso de Terapia Cognitiva Conductual (TCC) como coadyuvante del tratamiento médico obtiene un 77% de efectividad para reducir y suspender el uso prolongado de BZD. El tratamiento médico se realiza en medio ambulatorio, preparando la retirada de BZD disminuyendo su disponibilidad y cambiando las dosis de BZD de vida media/larga y reducir gradualmente la dosis o incluso emplear fármacos no adictivos (carbamazepina y pregabalina). Reforzando la discontinuación con intervenciones psicológicas (Álvarez y Ferre, 2011).

Por lo tanto, dado que existen tratamientos para la adicción a benzodiazepinas, el objetivo de este TFG es elaborar una propuesta de intervención, que pretende reducir el consumo de BZD y mantener la abstinencia del sujeto A intervención, mediante el uso de modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985).

## **Método**

### **Participante**

A, es un chico de 28 años, soltero, de nacionalidad española. A nivel educativo posee un grado superior de música y actualmente es profesor en una escuela moderna de música y sigue dedicándose a estudiar.

Reside en Castellón desde hace 4 años, debido a sus estudios, pero su lugar de procedencia es Alicante. En Castellón reside en un piso de estudiantes de música y en su ciudad natal, con sus padres y su pareja.

Además, tiene un hermano y su relación con la familia y su pareja siempre ha sido buena, pero ha experimentado problemas serios a lo largo de la vida con estos. También posee relaciones sociales de calidad, pero afirma haber tenido problemas serios a lo largo de su vida con sus amigos íntimos.

En relación con su consumo de benzodiazepinas comenta que empezó a los 21 años debido a un ataque de pánico, entonces vivía con sus padres aún. Hasta que, tras independizarse debido a sus estudios, consumió grandes cantidades de este fármaco, además de combinarlos con otros estupefacientes como alcohol, cannabis y cocaína a causa de sus problemas de la ansiedad, estrés e insomnio. Razón por la que solicita ayuda

para solucionar sus problemas de adicción y conseguir manejar la ansiedad, la cual sigue afectando a su funcionalidad.

### **Variables e Instrumentos**

La valoración del sujeto se ha realizado mediante una entrevista semiestructurada. En primer lugar, se han recogido datos sobre *aspectos sociodemográficos, historia, patrón de consumo de benzodiazepinas y otras drogas* mediante 17 ítems de respuesta abierta, realizadas por la entrevistadora. Estos se dividen en 4 apartados, el primero contiene 4 ítems y hacen referencia a *datos personales y sociodemográficos*. El segundo, evalúa las variables como *edad de inicio, tolerancia, situaciones de riesgo y mantenimiento del consumo, craving, abstinencia y policonsumo*, en 12 ítems. El último apartado, contiene 1 ítem relacionado con el *apoyo social* (Anexo I).

Seguidamente, se ha evaluado la *Dependencia* del individuo al ansiolítico, utilizando la Escala de Gravedad de la Dependencia a las Benzodiazepinas (*Severity of Dependence Scale, SUDS*) (Cuevas, Sanz, De la Fuente, Padilla y Berenguer, 2000). Este proporciona la puntuación de la dependencia y el abuso del sujeto al psicofármaco. Los criterios de evaluación son a mayor puntuación, mayor dependencia está experimentando el sujeto. En total se puede obtener un rango de 15 puntos sumando todos los apartados.

Esta puntuación se obtiene tras evaluar el *comportamiento* y las *experiencias específicas de la dependencia* en 6 ítems. Hay 4 ítems que evalúan el *control* y la *preocupación* de prescindir del tranquilizante, 1 ítem que evalúa *el deseo* de suspender el tratamiento del tranquilizante y el sexto ítem evalúa su nivel global de *adicción* al fármaco. Todos ellos tienen una escala de respuesta tipo *Likert* de 4 puntos. Por otro lado, los resultados de la fiabilidad de la escala muestran un alfa de 0,813 (Cuevas, Sanz, De la Fuente, Padilla y Berenguer, 2000).

Para la evaluación de los *Síntomas de Abstinencia* se utilizó el Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (*Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire, BWSQ*) (Tyrer, Murphy, Riley, 1990), proporciona una puntuación total de intensidad del síndrome de abstinencia, durante el momento que peor se encontró el paciente a lo largo del consumo o las 2 últimas semanas después de la retirada del tranquilizante. Es decir, facilita dos marcos de referencia temporales (con un total de 48 ítems) acerca de los síntomas de abstinencia tales como, el *humor depresivo*, la *pérdida de memoria*, *síntomas somáticos*, *alteraciones en la percepción y sensación e incluso la disminución del control de los movimientos voluntarios*.

Este cuestionario se compone de 20 ítems y se divide en dos partes. La primera tiene una escala de tipo *Likert* siendo “0 = No”, “1 = Sí, moderado”, “2 = Sí, grave”, “3 = Ocurre cuando se reducen o retiran las pastillas”, “4 = Ocurre cuando las pastillas son las mismas”. Además, se añaden 4 ítems para describir cualquier otro síntoma que haya experimentado el paciente con la misma escala de puntuación. La segunda parte, tiene 20 ítems con una escala tipo *Likert* siendo “0 = No”, “1 = Sí, moderado”, “2 = Sí, grave”, más 4 ítems de respuesta abierta para mencionar otros síntomas que no aparezcan en la tabla. Cabe destacar que a mayor puntuación se obtenga, mayor gravedad de abstinencia, pero se debe reafirmar que esta escala no tiene puntos de corte.

Se evalúa la *Historia Familiar* y las *Relaciones Sociales y Familiares* del individuo, con el Cuestionario de Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (*EuropAPSI*) adaptado al castellano por Bobes, González, Saiz y Bousuño en 1996. Se evalúa la *Historia Familiar* (51 ítems) y *Relaciones Sociales y Familiares* (26 ítems) para conocer situaciones de riesgo, ambiente, estilo de vida y hábitos que pueden favorecer al consumo del fármaco.

Los 51 ítems que evalúan la *Historia Familiar* se puntúan cuando alguno de los familiares de la rama paterna o materna, abusa de sustancias o conocer si han sufrido trastornos psicológicos. Por otro lado, los 26 ítems que evalúan las *Relaciones sociales y Familiares* proporcionan información sobre los conflictos que pueden motivar a una recaída. Además, contiene un apartado para añadir comentarios relevantes mencionados durante la entrevista. El criterio de evaluación es a mayor puntuación, mayor gravedad en la relaciones sociales y familiares. En cuanto a sus propiedades psicométricas, demostró una elevada consistencia interna, con un coeficiente de alfa de Cronbach  $> 0,70$ .

Por último, para medir la *Confianza* ante ciertas situaciones, el Cuestionario Breve de Confianza ante Situaciones Condicionadas (*Brief Situational Confidence Questionnaire, BSCQ*) (Breslin, Sobell y Agrawal, 2000) utilizando una escala de 0-100. En este se plantean 8 situaciones problemáticas (*emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, poniendo a prueba el control sobre el consumo de BZD, ansia y tentaciones, conflicto con los demás, presión social para consumir y momentos agradables con los demás*) para quienes consumen estos fármacos. Una mayor puntuación reflejará unos mayores niveles de sentimiento de confianza para resistirse a tomar comprimidos. Los coeficientes de correlación de las subescalas oscilan entre 0,56 a 0,80.



## Procedimiento

Se contactó con un conocido que tuvo problemas con el consumo de benzodicepinas y se concertó una cita con él un día de abril de 2021 a medio día. La valoración del sujeto se realizó mediante una entrevista semiestructurada por vía *Online*, con el fin de observar la adicción del individuo a las benzodicepinas. En su totalidad fue una duración aproximada de 52 minutos en una misma sesión, sin incidencias de conexión.

## Resultados

### Resultados de los Instrumentos

Como se puede ver en la *Tabla 1*, que representa los datos y la frecuencia de consumo, la edad de inicio de consumo de A fue a los 21 años. La cantidad de comprimidos al inicio era de 1 frankimazin y 2 diazepams (uno de noche y otro por la mañana) por día, la retirada de los comprimidos fue de forma gradual y con pocos síntomas de abstinencia. Las situaciones de riesgo que provocan el consumo son los ataques de pánico, la ansiedad, o cuando consume alcohol, cocaína y cannabis. Actualmente, no consume ningún tipo de BZD, pero si afirma que siente la necesidad de tomarse el tranquilizante para sentirse más relajado y en ocasiones se toma un comprimido de forma esporádica ante sensaciones de ansia y tensión.

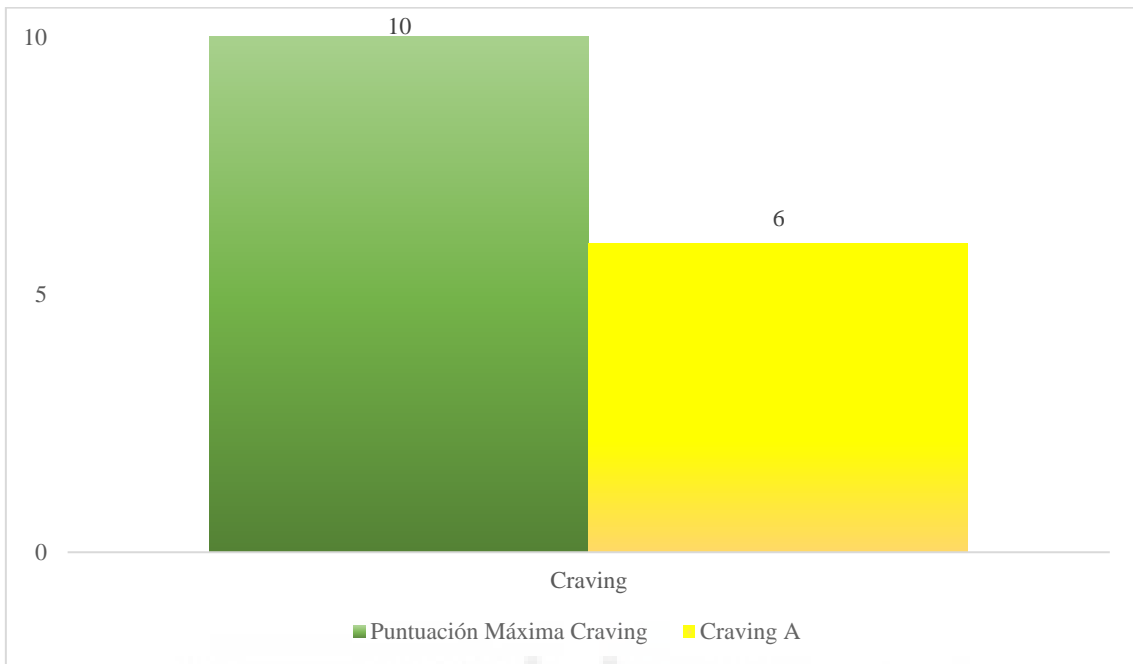
Tabla 1. *Datos y Frecuencia de Consumo*

1. Edad de Inicio	21 años
2. Número de comprimidos en la época que más ha consumido	1 frankimazin y 2 diazepam (los 7 días de la semana)
3. Número de comprimidos que consumía al final	1 comprimido de noche de forma esporádica (y en situaciones de riesgo)
4. Última vez que consumió	Hace dos semanas
5. Situaciones de riesgo	Ansiedad, ataques de pánico, agorafobia, consumo de alcohol y cocaína, insomnio
6. Consumo de otras sustancias	Cannabis, alcohol y cocaína

En la figura 1, se representa el *Craving*, deseo o compulsión por consumir que se evaluó durante la entrevista en el apartado de preguntas de respuesta abierta, con una escala de 0 a 10, siendo 0 “nada” y 10 “muchísimo deseo”. El sujeto puntuó un 6 sus

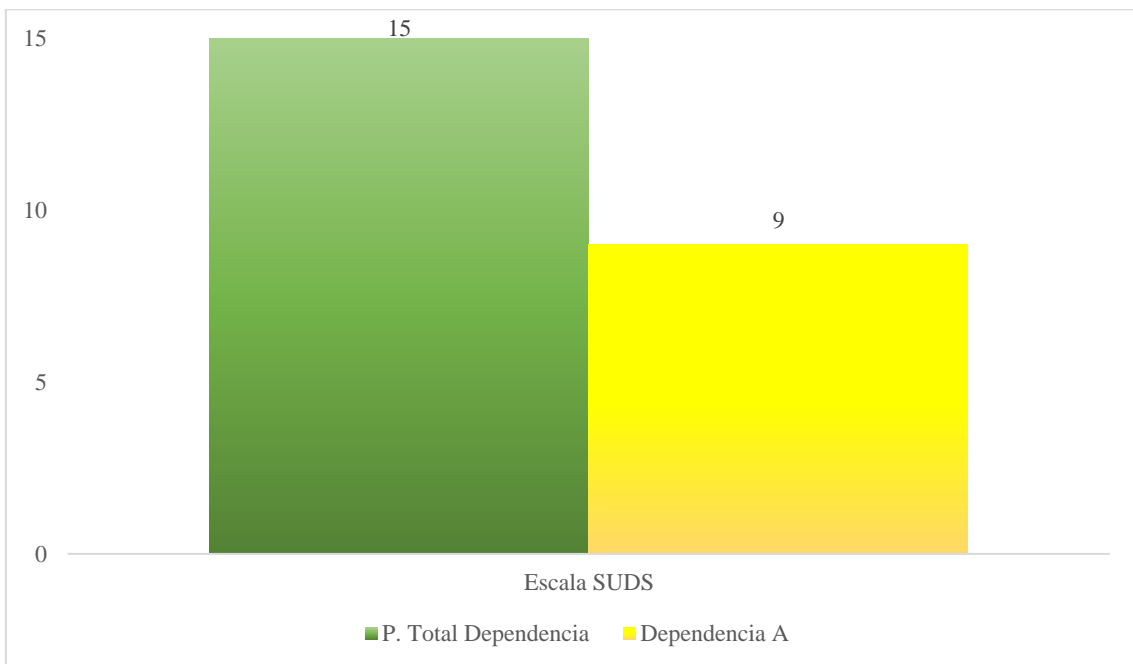
ganas irrefrenables de consumir el tranquilizante, lo que da lugar a un deseo por encima de la media.

Figura 1. *Craving*



La evaluación de la *Dependencia* del sujeto se puede observar en la Figura 2. En esta medición se puede obtener hasta 15 puntos, esta puntuación significa un alto nivel de dependencia al tranquilizante, el sujeto evaluado obtiene 9 puntos de la escala lo que sugiere que tiene una elevada dependencia a las benzodiacepinas.

Figura 2. *Dependencia*

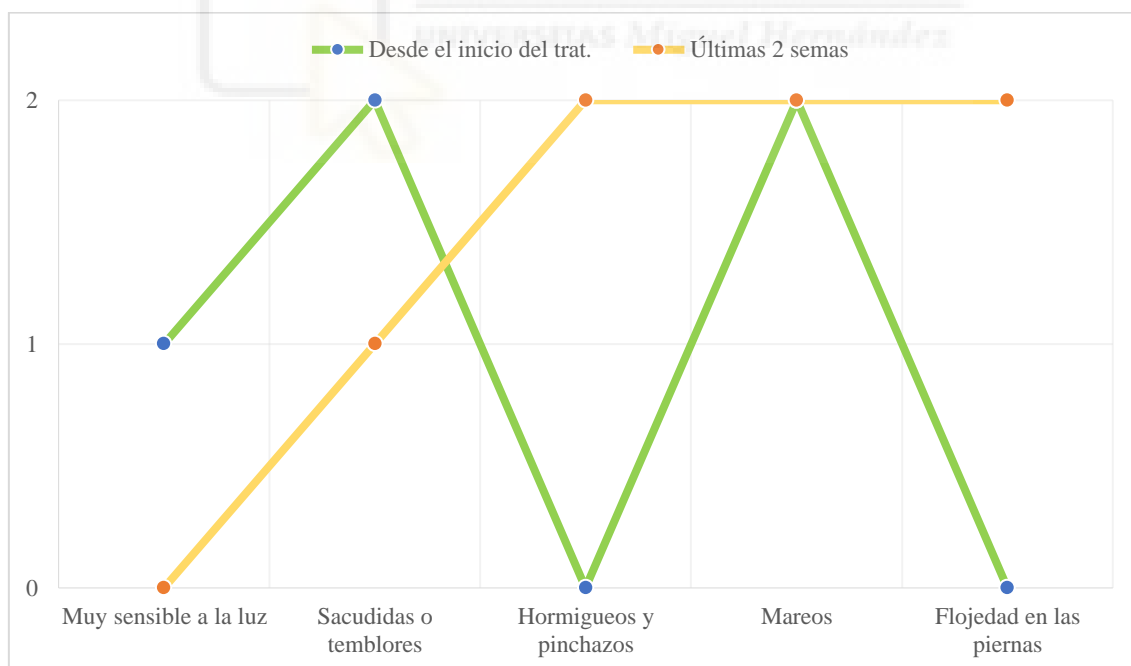


En referencia a la evaluación de los *Síntomas de Abstinencia* según el BWSQ, se puede obtener una puntuación máxima de 40, sin incluir los síntomas adicionales, por lo tanto, un 40 representa una mayor gravedad del síndrome de abstinencia. El individuo puntúa 5 puntos de 40, desde el inicio del tratamiento y todos aparecen cuando se retiran las pastillas.

Por otro lado, en la evaluación de las dos semanas anteriores, desde que deja de consumir hasta el momento de la entrevista, obtiene una puntuación total 5 de 40 (sin contar el síntoma adicional). En ambos casos, el paciente no presenta una elevada intensidad del síndrome de abstinencia.

En la Figura 3, se han representado los síntomas de abstinencia que predominan en el paciente desde el inicio del tratamiento de los tranquilizantes, además, de las últimas dos semanas. Esta última evaluación, se ha realizado porque el individuo dejó de consumir por última vez el fármaco dos semanas antes de la entrevista, comenta un síntoma adicional al de la lista que en las pasadas dos semanas sentía las piernas flojas. Puede que no haya sufrido el síndrome de abstinencia, debido a que A comenta que la retirada del psicofármaco se realizó de forma gradual.

Figura 3. *Síntomas de Abstinencia*



En cuanto a los resultados obtenidos del EuropApsi, se ha visto en el apartado de la *Historia Familiar* que tiene antecedentes familiares tanto de problemas psiquiátricos, en este caso de ansiedad y ataques de pánico por parte de la rama materna, como problemas relacionados con el abuso de alcohol y drogas por parte de la rama materna.

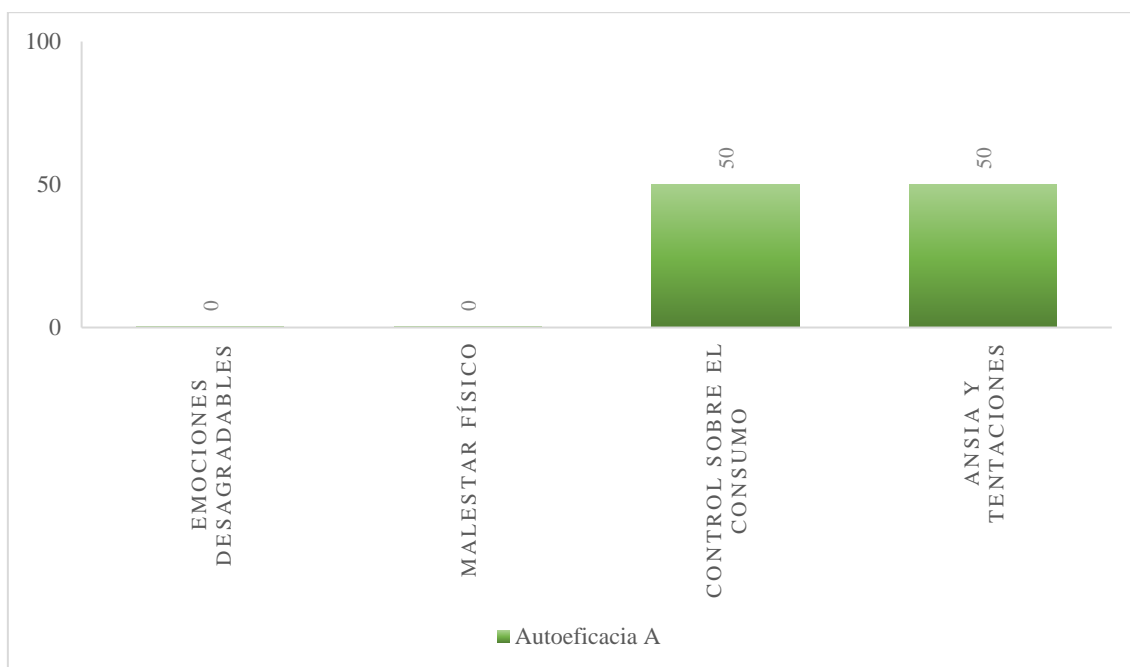
Asimismo, también explica que tiene diversos amigos con problemas en relación con las drogas.

La *valoración de las relaciones familiares y sociales* (EuropApsi) se realizó con el fin de saber si estas actuaban como situaciones o factores de riesgo, o bien, si propiciaban al mantenimiento del consumo del psicofármaco. Se puede confirmar que sus relaciones tanto sociales como familiares son buenas y de calidad, pero reconoce que durante el pico de abuso y dependencia al alcohol, cocaína, cannabis y benzodiazepinas había experimentado problemas serios con su familia y sus amigos. Incluso, A sugiere que se preocupa de forma extrema por sus relaciones, siendo este el principal factor que propicia al consumo, su preocupación extrema por todo tipo de situaciones.

Según el BSCQ (ver *Figura 4*), las situaciones ante las que A no siente ninguna confianza (0%) para resistirse al consumo de benzodiazepinas, son ante las emociones desagradables y el malestar físico (como puede ser problemas para conciliar el sueño). Las situaciones que se le hace medianamente difícil son el control sobre el consumo y el ansia o tentaciones, en estas dos se siente el 50% confiado. En el resto de las situaciones agradables, conflictos con los demás, presión social o emociones agradables, este se siente 100% confiado.

Es necesario mencionar, que el sujeto responde de una forma dicotómica a esta escala, tiene una gran tendencia a clasificar las experiencias en categorías opuestas. Denota bastante confianza en si mismo ante situaciones positivas y ante momentos desagradables posee 0 confianza o 50. Por lo tanto, se podría concluir que su autoeficacia es muy baja ante situaciones desagradables.

Figura 4. Puntuaciones de autoeficacia



### **Propuesta de Tratamiento para la Prevención de Recaídas de Benzodiazepinas**

En cuanto a la propuesta de intervención, tiene como objetivo principal el éxito en la prevención de recaídas en el consumo de benzodiazepinas, es decir, el mantenimiento de la abstinencia del sujeto A. Para ello, se ha elaborado una propuesta de intervención breve en base al *Programa de Auto-cambio dirigido en abuso de alcohol y drogas en población española: un estudio de caso* porque reduce los costes del tratamiento y son bastante efectivas, además se puede aplicar en fases tempranas para prevenir el desarrollo de trastornos más graves (Carballo, Coloma-Carmona, Sobell y Sobell, 2017).

Constará de un total de 4 sesiones en base a las necesidades del sujeto espaciado en 4 semanas, se realizará una sesión por semana de forma presencial con una duración total de 60 minutos. Se utilizará la Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985) como estrategia para reducir la probabilidad y la gravedad de las recaídas después del cese o la reducción de la conducta de dependencia o abuso de sustancias, en este caso de BZD. Este programa identifica aquellas situaciones de riesgo que conllevan patrones de conducta perjudiciales para el individuo, estas situaciones pueden ser emociones, estados fisiológicos, ambientes o situaciones. Para evitar un consumo desmedido se propone un plan de acción para afrontar estas situaciones de riesgo, estos incluyen técnicas cognitivas y conductuales como el entrenamiento en habilidades, procedimientos de reestructuración

cognitiva y estrategias de reequilibrio del estilo de vida para incrementar las actividades alternativas al consumo (Secades-Villa, García-Rodríguez, Fernández-Hernández y Carballo, 2007). En la siguiente tabla (*Tabla 2*) se puede observar la organización de las sesiones.

*Tabla 2. Componentes del Programa de Intervención breve para la prevención de recaídas de BZD.*

Semana 1	Presentación del Plan de Tratamiento. Se establecen Metas y Objetivos. Balance Decisional de consumir BZD. Psicoeducación del consumo BZD. Registro.
Semana 2	Se revisa el consumo de BZD y el progreso, observando el registro. Identificación de situaciones de riesgo. Explicación de la metáfora del río. Grado de preparación para el cambio.
Semana 3	Se revisa el consumo de BZD y el progreso, observando el registro. Técnicas de afrontamiento. Técnicas de relajación. Técnicas de evitación. Técnicas de distracción. Entrenamiento en Habilidades Sociales. Asesoramiento en Actividades de Ocio.
Semana 4	Se revisa el consumo de BZD y el progreso, observando el registro. <i>Feedback</i> sobre el consumo personalizado en gráficos. Revisión de situaciones de riesgo y planes de acción. Balance Decisional de consumir BZD. Proporcionar información del progreso.

Pasado 1 mes, 6 meses y 1 año

Seguimiento y mantenimiento de resultados.

---

A continuación, se describen cada una de las sesiones de intervención con sus respectivos objetivos, tareas y descripciones.

*Sesiones de tratamiento:*

### **Sesión 1. Informar y establecer objetivos**

#### **Objetivos:**

- Establecer un balance decisional sobre el consumo de BZD.
- Disminuir la ambivalencia del paciente en referencia al consumo de benzodiazepinas.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de consumir BZD.

#### **Tareas:**

- Revisar los resultados de los cuestionarios de la entrevista.
- Presentar el plan de tratamiento.
- Presentar el registro.
- Evaluar el grado de importancia y confianza del individuo para conseguir sus objetivos.
- Darle valor a las cosas positivas y negativas de consumir BZD.
- Ofrecerle información al paciente sobre las benzodiazepinas, su consumo y sus efectos.

#### **Descripción:**

Durante la primera sesión, se informará sobre los resultados de los cuestionarios iniciales, comentando al sujeto que presenta altos niveles de dependencia a las BZD, para hacerle consciente de la problemática. Además, se propone el plan de tratamiento para saber el proceso que se continuará.

Por otro lado, se le recomienda al paciente que cumplimente un autorregistro semanal (ver Anexo 2) sobre cuántas benzodiazepinas consume y debido a que situaciones lo realiza, persuadiéndole que esta herramienta será clave para el éxito terapéutico. A continuación, se le pide al paciente que establezca una serie de metas y objetivos para abandonar el consumo, estas deben de ser sencillas y a corto plazo, porque sino disminuirá su motivación y autoeficacia al no lograrla. Por ejemplo, no se plantearán metas iniciales como, “retirar la pastilla que consume para dormir” porque estas serían metas complejas de conseguir y están enfocadas a largo plazo, debido a que son los comprimidos que utiliza el sujeto como recurso o técnica de afrontamiento de problemas.

Es muy importante conocer el grado de importancia y confianza para conseguir sus objetivos, por lo que se le invita a contestar en una escala de 0 a 100, 0 “nada importante” y 100 “muy importante”. Esto permitirá conocer su grado de implicación y su adherencia al tratamiento.

Seguidamente, se realizará una actividad donde se le pide al paciente que diga cosas positivas y negativas de consumir benzodiazepinas, por ejemplo, “me relaja”, “me ayuda a tranquilizarme cuando tengo ansiedad”, “me quita los síntomas de la ansiedad”, “no puedo salir de casa sin las pastillas”, “me gustaría no tener que recurrir a ellos, pero tengo ansiedad”, etc. Cada una de estas frases se debe cuantificar, se les añade un coste o beneficio, es decir, se le da un valor de 1 a 5, para conocer el peso de sus pensamientos. Cuando haya asignado un valor a cada una de ellas, se sumará los puntos de las “cosas positivas” y “cosas negativas” obteniendo una puntuación total, para que haya un cambio en el comportamiento se requiere que la balanza se incline hacia los costes y no hacia los beneficios. Cabe destacar que, esta actividad permite proporciona información para identificar situaciones de riesgo y razones de consumo del sujeto.

Después, se explica qué es la adicción, el abuso, los síntomas de abstinencia, las consecuencias positivas y negativas de consumir benzodiazepinas, etc. Se le recomendará que lea algunos artículos con evidencia empírica sobre la información anterior y se comentará que el terapeuta va a ir presentando semanalmente unos gráficos visibles del consumo del paciente, de los datos obtenidos de los registros, en este momento se vuelve a recalcar la importancia de traer bien cumplimentados los registros de forma sincera para observar los avances del tratamiento.

Para concluir la sesión, se le comenta al paciente que, si ocurre algún problema como un ataque de pánico o ansiedad durante el tratamiento, se le proporcionará apoyo y ayuda para resolver cualquier tipo de crisis. Y como tarea para casa se le invita a volver a hacer la balanza después de haber leído los artículos, con el fin de que reflexione acerca del consumo.

## **Sesión 2. Situaciones de riesgo**

### **Objetivos:**

- Enseñar a identificar situaciones de riesgo que provocan el consumo de BZD.

### **Tareas:**

- Comentar el registro semanal.
- Comentar en qué situaciones ha consumido y debido a qué motivo.



- Explicación de la metáfora de la montaña y las recaídas mediante la presentación de una imagen.
- Cuantificar su grado de preparación para el cambio.
- Enseñarle el progreso semanal en una gráfica.

**Descripción:**

En esta sesión comentaremos el registro semanal pasado, se revisa con el fin de resolver dudas que han podido surgir al cumplimentarlo o corregir errores de registro. Se debe supervisar que el individuo sabe identificar las situaciones que desencadenan el consumo, la conducta que realizó y las consecuencias de haber consumido. De esta forma se identifican los desencadenantes del consumo y se proporcionarán técnicas de afrontamiento para evitarlo.

También se revisará la tarea para casa de la semana pasada, el balance decisional, de esta forma afirmaremos si se ha conseguido una variación a favor de las “cosas negativas” y, por lo tanto, un aprendizaje de la información proporcionada.

A continuación, se le presenta una imagen de un río con dos rutas (ver Anexo 3), “Ruta D” y “Ruta P”, ambas rutas son similares e igual de válidas, ya que llegan al mismo objetivo. La Ruta D, la de la izquierda de la foto es directa y sin obstáculos, sin embargo, la Ruta P contiene piedras en el río, estas son obstáculos que van a provocar paradas en el camino o caídas de la barca, pero es importante mencionar que en ningún caso estas paradas no implican retrocesos. Estas paradas se superarán y se aprenderá de cada una de estas caídas, asimismo, van a ayudar al paciente a conseguir con éxito su objetivo porque dará impulsos para seguir navegando por el río hasta llegar al destino (conseguir la abstinencia). Esta metáfora hace referencia a las recaídas que tenga el individuo, si tiene alguna recaída en el consumo de BZD, no implicará ningún retroceso debido a que aprenderá de estas situaciones, porque proporcionan información sobre las situaciones que desencadenan el consumo, por lo que se propondrá una técnica de afrontamiento diferente, para promover conductas alternativas, evitando que el sujeto A consuma BZD.

Como tarea para casa, se le pide que cumplimente el registro semanal y que realice una lista de actividades que le resulten placenteras o sean de ocio, con el fin de que reflexione y proponga él mismo una actividad alternativa.

**Sesión 3. Técnicas de afrontamiento y habilidades comunicativas**

**Objetivos:**

- Enseñar a identificar situaciones de riesgo de consumir BZD.
- Aprender técnicas de afrontamiento para ponerlas en uso.

- Aprender a aplicar conductas alternativas al consumo.
- Entrenar las habilidades sociales y comunicativas.

**Tareas:**

- Explicación de técnicas de afrontamiento ante situaciones de riesgo.
- Enseñarle a aplicar las conductas alternativas a su vida diaria.
- Entrenar las habilidades comunicativas para rechazar el consumo de otras sustancias.
- Entrenamiento de actividades y rutinas para conciliar mejor el sueño.

**Descripción:**

Como en cada sesión, se inicia revisando el autorregistro, incluso se observará el progreso semanal en gráfico de la semana. Después, se comenta la lista de actividades de ocio realizada por el paciente para aplicarlas como conductas alternativas al consumo de comprimidos.

El siguiente paso de esta sesión, es enseñarle conductas de afrontamiento para los problemas del sueño, A comenta que suele tomarse BZD para dormir cuando está muy nervioso, en estas situaciones se recomienda un patrón del sueño sano. Como establecer un horario adecuado de su rutina, por ejemplo, levantarse a la misma hora cada mañana, no hacer la siesta, establecer un límite de tiempo de uso de pantallas, por ejemplo, a las 20:00 de la tarde, no realizar ejercicio físico por la tarde, etc. Además, se entrenarán la Técnica de Relajación de Jacobson y la Técnica de Respiración Diafragmática, también se le proporcionará un audio con las técnicas para que lo reproduzca por las noches. Estas técnicas no solo serán útiles para el sueño, también lo serán cuando el paciente se encuentre muy nervioso o ansioso, con el fin de aprender a controlar la intensidad de su activación corporal mediante técnicas de relajación.

También se le recomienda que cuando sienta la necesidad de consumir BZD utilice la técnica de evitación, por ejemplo, ir a dar un paseo junto a su perro de esta forma sale de casa que es el lugar donde se encuentran los comprimidos. Como técnica de distracción para evitar el consumo se le recomienda hacer deporte, arreglar las peceras o ir a pescar, esto ayudará como distractor cuando A, sienta la necesidad de consumir. Estas acciones también van a actuar como refuerzo positivo porque son actividades que le generan placer.

En cuanto a la situación de riesgo de policonsumo, se le recomienda que haga un plan alternativo con sus amigos, por ejemplo, en vez de ir a un bar a consumir alcohol podrían quedar para dar un paseo por la playa o la montaña. También se le proporcionará

habilidades de comunicación para rechazar drogas como la técnica del disco rayado (repetir constantemente que “no”), técnica del sándwich (para rechazar la invitación), la técnica de claudicación simulada o también llamada técnica del banco de niebla (para mantener su posición firme, reconociendo que la otra persona tiene motivos para mantener la suya), etc.

Por último, se informará a los familiares que no proporcionen comprimidos excepto cuando sea recetado de forma controlada por el médico. Asimismo, se le comunicará a su médico que no le recete comprimidos de forma descontrolada y que lo haga en situaciones excepcionales cuando lo recomiende el psicólogo o el psiquiatra debido a que el paciente tiene una gran dependencia a estos psicofármacos, incluso los debería sustituir por fármacos no adictivos, como la carbamazepina y la pregabalina. Como tarea para casa debe de poner en práctica los contenidos comentados en la sesión, para corregir y resolver los posibles dilemas de la puesta en práctica de estos planes de acción.

#### **Sesión 4. Resultados de la prevención de recaídas**

##### **Objetivos:**

- Enseñar a identificar situaciones de riesgo.
- Aprender a aplicar los planes de acción de forma adecuada.
- Reforzar el cambio del paciente.

##### **Tareas:**

- Comentar el registro semanal.
- Rellenar el cuestionario breve de confianza ante situaciones condicionadas.
- Complimentar de nuevo la Escala SUDS.
- Observar que los planes de acción se hayan realizado de forma adecuada y corregirlos.
- Entregar los gráficos personalizados al paciente para dar feedback de la reducción del consumo de BZD.
- Repasar las situaciones de riesgo y los planes de acción.
- Reestablecer un balance decisional de consumir benzodicepinas.

##### **Descripción:**

En esta última sesión, se examinará el progreso del paciente y se comentará nuevos proyectos del paciente. A deberá complimentar al inicio de la sesión el Cuestionario Breve de Confianza ante situaciones condicionadas (BSCQ) y la escala SUDS, para comparar los resultados actuales con los resultados obtenidos antes de iniciar

el tratamiento. Se presentarán en gráficos los resultados de los cuestionarios, que mostrarán la reducción del consumo del paciente y actuará como reforzador positivo al ver que los resultados son los esperados, por lo tanto, su autoeficacia aumentará de cara al futuro.

Por otro lado, se repasarán los planes de acción y las situaciones de riesgo, dando feedback de como podría mejorar su conducta y reforzando aquellas conductas ejecutadas adecuadamente. Después, se pide que reestablezcan el balance decisional, como el de la primera sesión, con el fin de saber qué “cosas positivas” y “cosas negativas” ha obtenido del cambio, pero esta vez, la balanza debe inclinarse hacia el lado positivo.

Se concluye la sesión marcando nuevos objetivos y se le proporcionará información sobre qué hacer cuando aparezca una nueva recaída y los servicios a los que puede asistir (UCAS, médicos de atención primaria, etc.).

### **Sesión 5. Seguimiento y mantenimiento de los cambios**

#### **Objetivos:**

- Reforzar los cambios del sujeto A.

#### **Tareas:**

- Seguimiento de los efectos generados durante el tratamiento.

#### **Descripción:**

Por último, se realizarán tres sesiones de seguimiento y mantenimiento de los resultados, una sesión pasado 1 mes, otra a los 6 meses y la última, cuando haya pasado un año del tratamiento. Estas sesiones tienen como objetivo observar si se ha mantenido la abstinencia del consumo de BZD, además de comprobar la eficacia de esta propuesta de intervención. En el caso de que se haya producido alguna recaída, será necesario evaluar la causa de esta y realizar cambios en los planes de acción, lo que significa que se modificaría la propuesta de intervención para garantizar su eficacia.

## **Discusión y Conclusión**

Esta propuesta de intervención de caso único se ha realizado con el fin de conseguir el mantenimiento de la abstinencia del sujeto de forma permanente en el tiempo, este objetivo se pretende conseguir mediante esta propuesta de intervención, basada en el Modelo de Prevención de Recaídas de Marlatt y Gordon (1985).

Como se ha podido ver en los resultados de la entrevista el sujeto presentaba una gran dependencia, un deseo de consumir elevado y baja autoeficacia en situaciones aversivas, además, consumía dicho fármaco para reducir los síntomas negativos de otras

sustancias psicoactivas. Estas variables, más las situaciones de riesgo del sujeto y las escasas habilidades de afrontamiento son un impedimento para conseguir el objetivo general de esta intervención. Por esta razón, se ha proporcionado información acerca del consumo de BZD y sus consecuencias, técnicas de afrontamiento y habilidades sociales para mantener la abstinencia en el sujeto.

Gracias a la intervención de las variables mencionadas anteriormente, se puede establecer la hipótesis, de que el sujeto reforzará dichas variables y si en un futuro, se presenta una situación de riesgo el sujeto actuará aplicando las herramientas aprendidas para superarla con éxito. Esta hipótesis se verificará tras las sesiones de seguimiento.

Una de las principales limitaciones es la normalización y aceptación del consumo del psicofármaco en la sociedad, hay un gran desconocimiento en la población acerca de las propiedades adictivas y las consecuencias de consumirlo. Además, otra gran limitación es la escasa vigilancia en relación con la dosis consumida. Esta normalización o aceptación social, se lidiará hablando con los familiares y el médico del individuo aconsejando que no proporcionen este fármaco y si es necesario que cambien el fármaco a uno no adictivo. Es importante considerar que, el fármaco deberá proporcionarse como tratamiento dual a la terapia psicológica para reducir o eliminar la ansiedad del sujeto, no como única solución.

Otra limitación que es importante comentar, es que este trabajo consiste en una propuesta de intervención, por lo tanto, no se podrán observar los resultados puesto que no es posible aplicarla. Por lo tanto, se recomienda aplicar esta intervención con el fin de observar su efectividad, de no serlo se propondrán los cambios necesarios para que lo sea.

## Referencias Bibliográficas

- Adrián-Gutiérrez, J., Aldecoa, V., Alonso, M.T., Baraibar, R., Bartoli, D., Benito, D., Bretón, J.R., et al. ... Travería, F.J. (2009). *Sedantes*. En Parra, C. y Muñoz, D. *Manual de Analgesia y Sedación en Urgencias de Pediatría*. Pp. 100-109. Ergon. [https://seup.org/pdf\\_public/gt/analg\\_manual.pdf](https://seup.org/pdf_public/gt/analg_manual.pdf)
- AEMPS (2020). *Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2010-2020*. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
- Ayuso, J.L. (2008). ¿Está justificado el tratamiento prolongado con benzodiazepinas? *Salud Mental*, 31(6), 429-430.

- Bobes, J., Bascarán, M<sup>a</sup>.T., Bobes-Bascarán, M<sup>a</sup>.T., Carballo, J.L., Díaz, E.M<sup>a</sup>., Flórez, G., García-Portilla, M<sup>a</sup>.P. y Sáiz, P.A. (2007). *Valoración de la Gravedad de la Adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Plan Nacional Sobre Drogas, España. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/ValoracionGravedadAdiccion.pdf>
- Borrero, C. y Sánchez, J.L. (2016). *Factores implicados en el desarrollo de dependencias a benzodiazepinas*. Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca. [https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/133295/TFG\\_BorCorC\\_Factores.pdf;jsessionid=5BE1A7E7D31A8D7509783C7C1E6BED03?sequence=1](https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/133295/TFG_BorCorC_Factores.pdf;jsessionid=5BE1A7E7D31A8D7509783C7C1E6BED03?sequence=1)
- Breslin, F.C., Sobell, L.C., Sobell, M.B. y Agrawal, S. (2000). A comparison of brief and long versión of the Situational Confidence Questionnaire. *National Library of Medicine*, 38(12), 1211-1220.
- Busto, U.E. (2000). Factores de riesgo en el abuso y la dependencia a benzodiazepinas. *Trastornos Adictivos*, 2(3), 177-182.
- Carballo, J.L. y Coloma, A. *CursOnline. Intervención Breve en Bebedores de Riesgo*. <https://ucabumh.wordpress.com/formacion/324-2/>
- Carballo, J.L., Coloma-Carmona, A., Sobell, L. y Sobell, M. (2020). Programa de Auto-cambio Dirigido en abuso de alcohol en población española: un estudio de caso. *Psicología de la Salud*, 8(1).
- Cuevas, C., Sanz, E., De la Fuente, J.A., Padilla, J. y Berenguer, J.C. (2000). The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction*, 95(2), 245-250.
- Danza, A., Cristiani, F. y Tamosiunas, G. (2009). Riesgos asociados al uso de Benzodiazepinas. *Arch Med Interna*, 31(4), 103-107.
- Díaz, E.M., et al. (2010). Rendimiento psicométrico de la sexta versión del Addiction Sverity Index en español (ASI-6). *Psicothema*, 22(3), 513-519.
- ENSE (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE: Serie informes monográficos*. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf)
- Fresán, A., Minaya, O., Cortés-López, J.L. y Ugalde, O. (2011). Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos. *Salud Mental*, 34(2), 103-109.

- Gimeno-Álvarez, D. y Ferre-Navarrete, F. (2011). Protocolo de diagnóstico y tratamiento en el abuso y dependencia de las benzodiazepinas. *Medicine*, 10(86), 5835-5838.
- Gómez, A.H. y Almanza, A.M. (2017). Benzodiazepinas: narrativas de adicción y recuperación de una anestesióloga. *Health and Addictions*, 17(1), 133-144. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83949782013.pdf>
- Gutiérrez-García, A.G., Contreras, C.M. y Díaz-Meza, J.L. (2000). Cómo actúa la progesterona sobre el sistema nervioso central. *Salud Mental*, 23(2), 42-48.
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(17). <https://substanceabusepolicy.biomedcentral.com/articles/10.1186/1747-597X-6-17>
- Infocop (2021). *España lidera la lista mundial de consumo de benzodiazepinas para la ansiedad*. [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=16983](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=16983)
- Konopka, A., Pelka-Wysiecka, J., Grzywacz, A. y Samochowiec, J. (2013). Psychosocial characteristics of benzodiazepine addicts compared to not addicted benzodiazepine users. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 40, 229-235.
- Labrador, F.J. y Castro, L. (1987). La adhesión al tratamiento médico: Análisis y modificación. *Española de Terapia del Comportamiento*, 5(2), 157-164.
- López, A., Rubio, J.C. y Moreno, T. (2017). Abuso creciente de las benzodiazepinas. *XVIII Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría*. [https://psiquiatria.com/trabajos/usr\\_8643354122218.pdf](https://psiquiatria.com/trabajos/usr_8643354122218.pdf)
- McAllister-Williams, R.H y Anderson, I.M. (2016). *Fundamentos de psicofarmacología clínica*. Editorial: Manual Moderno. British Association for Psychopharmacology.
- Pérez, M.J. y Veas, P. (2014). Uso prolongado de benzodiazepinas y estrategias para su deshabitación. *Cuad. Méd. Soc.*, 54(1), 8-18.
- Rosas-Gutiérrez, I., Simón-Arceo, K. y Mercado, F. (2013). Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud Mental*, 36(4), 325-329.
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hernández, J.R. y Carballo, J.L. (2007). Fundamentos Psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.



Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Información Sanitaria (2017). *Salud mental en datos: prevalencia de los problemas de salud y consumo de psicofármacos y fármacos relacionados a partir de registros clínicos de atención primaria*. Base de Datos Clínicos de Atención Primaria-BDCAP. Sistema Nacional de Salud. [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud\\_mental\\_datos.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf)

Tyrer, P., Murphy, S. y Riley, P. (1990). The Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire. *National Library of Medicine*, 19(1), 53-61.

## Anexo

### Anexo 1. Preguntas Entrevista

Preguntas	Respuestas
Nombre:	
Edad:	
Género:	
Ocupación:	
1. ¿Con qué edad empezaste a tomar este fármaco?	
2. ¿Qué benzodiazepinas consumes? Por ejemplo, diazepam, lorazepam, alprazolam, clorazepato, etc.	
3. ¿Debido a qué situaciones comenzaste a consumir este tranquilizante?	
4. ¿Cuánta cantidad de benzodiazepinas consumías al inicio?	
5. ¿Cuánta cantidad de benzodiazepinas consumías al final del tratamiento?	
6. ¿En qué situaciones predominó el consumo de benzodiazepinas?	
7. ¿Consumes este tranquilizante actualmente? Si es así, ¿Podrías explicar en qué tipo de situaciones?	



8. ¿Cuándo fue la última vez que consumiste este psicofármaco?	
9. ¿Sentías ganas irrefrenables de consumir este medicamento? Si es que sí, indica de 0 a 10 esa sensación de deseo. Siendo 0 nada y 10 muchísimo.	
10. ¿Consumías benzodiazepinas para eliminar síntomas como mareos, temblores, taquicardias, insomnio, agitación, espasmos, ansiedad, etc.?	
11. ¿Crees que tus relaciones sociales se han visto deterioradas por el consumo de este medicamento? Pon algún ejemplo.	
12. ¿Mientras consumías este medicamento consumías otras sustancias psicoactivas? Si es que sí, ¿Podrías decir cuáles eran estas sustancias?	
13. ¿Crees que la situación actual (pandemia mundial del Covid-19) ha hecho que aumento el consumo del tranquilizante?	

Anexo 2. Autorregistro

<b>Día/Hora</b>	<b>Situación que desencadena el consumo</b>	<b>Lugar/Compañía</b>	<b>Conducta que hago</b>	<b>Consecuencias</b>

<b>Comentarios:</b>				

Anexo 3. *Metáfora del río*

