



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**

Facultad de  
**Psicología**

ESTUDIO DE CASO: ABUSO Y DEPENDENCIA DE BENZODIAZEPINAS  
EN UNA MUJER CON ADICCIÓN DEL CENTRO DE SALUD MENTAL  
COMUNITARIO SECHURA PIURA

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA  
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADICCIONES CON ENFOQUE DE  
GÉNERO

AUTORA: CARLA VICTORIA CURO INFANTE

ASESORA: JENNIFER DENISSE CARRASCO TACURI

LIMA – PERÚ

2025



### DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES          |
|----|------------------------------|
| 1. | Curo infante, Carla Victoria |

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Perteneciente al programa de Segunda especialidad Profesional en Adicciones con enfoque de Género, autora del trabajo titulado: **Estudio de caso: Abuso y dependencia de Benzodiazepinas en una mujer con adicción del centro de salud mental comunitario Sechura Piura** el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el **título de segunda especialidad profesional en adicciones con enfoque de género** bajo la modalidad de Tesis.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

| N° | APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE    | FACULTAD   | NIVEL DE ASESORÍA                |
|----|------------------------------------|------------|----------------------------------|
| 1. | Carrasco Tacuri, Jennifer Denisse. | Psicología | Segunda especialidad profesional |

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **12 %**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3406754632**; fecha de entrega: **11-11-2025**)
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 29 de septiembre de 2025**

Firma del asesor  
N° DNI: 72935359  
ORCID: 0000-0002-0246-7566



Carla Victoria Curo Infante  
46108740

**MIEMBROS DEL JURADO**

DR. GIANCARLO OJEDA MERCADO

**Presidente**

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

**Vocal**

DR. FREDY SANTIAGO MONGE RODRÍGUEZ

**Secretario**

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis queridos hijos Sofia Cataleya y Enzo Ismael, porque son el impulso para seguir adelante y quiero ser el ejemplo de constancia, dedicación y perseverancia. Para demostrarles que no hay nada que impida lograr lo que uno anhela.

A mi padre porque sin su apoyo incondicional, su amor y su motivación no hubiera logrado culminar este reto.

## **AGRADECIMIENTOS**

A mi familia por su amor incondicional y estar siempre en los mejores y peores momentos para continuar.

## TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

|   |     |
|---|-----|
| CAPITULO I: INTRODUCCIÓN.....   | 11  |
| 1.1 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA<br>SUSTENTADO POR ANTECEDENTES..... | 11  |
| 1.2 DESCRIPCIÓN DEL CASO.....   | 17  |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....   | 26  |
| 2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES.....   | 26  |
| 2.2. ANTECEDENTES.....  | 54  |
| CAPITULO III: EVALUACIÓN.....   | 63  |
| 3.1 TÉCNICAS O MÉTODOS DE EVALUACIÓN.....   | 63  |
| 3.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN.....   | 64  |
| 3.3 PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN.....   | 72  |
| 3.4 PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA DEL PROBLEMA.....  | 75  |
| 3.5 RESULTADOS OBTENIDOS DE CADA INSTRUMENTO.....                                   | 75  |
| CAPITULO IV: INTERVENCIÓN.....  | 79  |
| 4.1 PROBLEMA DELIMITADO.....  | 79  |
| 4.2 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN.....   | 79  |
| 4.2.1 Objetivo general.....   | 79  |
| 4.2.2 Objetivos específico.....   | 80  |
| 4.3 TÉCNICAS: SELECCIÓN Y SUSTENTO DE LAS TÉCNICAS<br>EMPLEADAS.....                | 80  |
| 4.4 EJECUCIÓN: DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN<br>(SESIÓN MODELO).....         | 88  |
| 4.5 INDICADOR(ES) DE LOGRO.....   | 100 |
| 4.6 MONITOREO RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA<br>INTERVENCIÓN.....                | 105 |

|   |     |
|---|-----|
| DISCUSIÓN.....  | 112 |
| CONCLUSIONES.....                                       | 124 |
| RECOMENDACIONES.....                                    | 126 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....                         | 127 |
| ANEXOS.....   |     |
| Anexo A. Consentimiento y/o asentimiento informado..... |     |
| Anexo B. Protocolo de los instrumentos.....             |     |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |     |
|--|-----|
| Tabla 1 <i>Planteamiento de las sesiones de trabajo</i>                                    | 88  |
| Tabla 2 <i>Sesiones del plan de intervención</i>   | 93  |
| Tabla 3 <i>Indicadores de logro</i>  | 100 |
| Tabla 4 <i>Resultado del examen Cognoscitivo Mini – Mental</i>                             | 106 |
| Tabla 5 <i>Resultado de la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)</i>       | 106 |
| Tabla 6 <i>Resultado de la Escala de Autoevaluación de depresión de Zung (EAD)</i>         | 106 |
| Tabla 7 <i>Resultado de la Cuestionario AUDIT para la detección del consumo de Alcohol</i> | 107 |
| Tabla 8 <i>Resultado de la Ficha de Tamizaje de Violencia Intrafamiliar – VIF</i>          | 108 |
| Tabla 9 <i>Resultado de la Inventario de Autoestima – Coopersmith Adultos</i>              | 109 |
| Tabla 10 <i>Resultado de la Test de la persona bajo la lluvia</i>                          | 110 |
| Tabla 11 <i>Resultado de la SCL-90-R Cuestionario de síntomas</i>                          | 111 |

## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo promover habilidades cognitivas, emocionales y conductuales en el proceso de cambio de la conducta adictiva al uso de benzodiazepinas en una mujer que asiste a un centro de salud mental comunitario de acuerdo al modelo cognitivo conductual. La misma fue una investigación de diseño de estudio de caso, en una muestra de una mujer que asistía a un centro de salud mental, donde la técnica de estudio fue la encuesta y donde se administraron, Examen Cognoscitivo Mini – Mental, Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA), Escala de Autoevaluación de depresión de Zung (EAD), Cuestionario para Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol – AUDIT, Ficha de Tamizaje de Violencia Intrafamiliar – VIF, Inventario de Autoestima – Coopersmith Adultos, Test de la persona bajo la lluvia, SCL-90-R Cuestionario de síntomas. Asimismo, se aplicó un programa de intervención cognitivo – conductual, con una evaluación entre pre y postest. Entre los resultados, se destaca que la intervención promovió un proceso de cambio integral en la paciente, favoreciendo su recuperación desde una perspectiva cognitivo-conductual y de género. Asimismo, a nivel cognitivo, logró identificar y modificar pensamientos disfuncionales. Mientras que, en el plano emocional, fortaleció la regulación y expresión saludable de emociones. En tanto que, a nivel conductual, se reemplazó hábitos adictivos por conductas más adaptativas. En conclusión, la paciente desarrolló mayor autonomía, conciencia de sí misma y herramientas para sostener su proceso de cambio.

**Palabras clave:** Factores de riesgo, Benzodiazepinas, adicción, dependencia, abuso

## ABSTRACT

The present investigation aimed to promote cognitive, emotional and behavioral skills in the process of changing addictive behavior to the use of benzodiazepines in a woman who attends a community mental health center according to the cognitive behavioral model. It was a case study design, in a sample of a woman attending a mental health center, where the study technique was the survey and where the following were administered: Mini-Mental Cognitive Examination, Zung Anxiety Self-Assessment Scale (EAA), Zung Depression Self-Assessment Scale (EAD), Questionnaire for Identification of Disorders due to Alcohol Use - AUDIT, Screening Form for Domestic Violence - VIF, Self-Esteem Inventory - Coopersmith Adults, Person in the Rain Test, SCL-90-R Symptom Questionnaire. Likewise, a cognitive-behavioral intervention program is applied, with an evaluation between pre and posttest. Among the results, it is notable that the intervention promoted a comprehensive change process in the patient, promoting recovery from a cognitive-behavioral and gender perspective. Furthermore, at the cognitive level, it was able to identify and modify dysfunctional thoughts. At the emotional level, it strengthened the healthy regulation and expression of emotions. At the behavioral level, addictive habits were replaced with more adaptive behaviors. In conclusion, the patient developed greater autonomy, self-awareness, and tools to sustain his change process.

**Keywords:** Risk factors, Benzodiazepines, addiction, dependence, abuse

## **CAPITULO I: INTRODUCCIÓN**

### **1.1 IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA SUSTENTADO POR ANTECEDENTES**

Las investigaciones actuales sugieren que las mujeres presentan una mayor prevalencia de trastornos a nivel afectivo como también de alteraciones en sus estados de ansiedad en comparación con los varones, quienes, a su vez, muestran tasas más elevadas de trastornos de personalidad antisocial junto a un mayor consumo de bebidas alcohólicas y de drogas. En esa línea, ha sido posible evidenciar que el género femenino es más propenso de un uso inapropiado de consumo de sustancias psicoactivas como las benzodiacepinas (BZD) (Efstad et al., 2021).

Las mujeres tienen una prevalencia de aproximadamente cuatro veces más probabilidades que los varones de consumir sustancias psicoactivas (Alcantara et al., 2020), e incluso, cuando existen casos por trastorno de consumo de sustancias psicoactivas, la prevalencia recae en las mujeres en contraste que los hombres (Votaw et al., 2019), lo cual está asociado a que éstas, son más propensas a informar sobre el uso indebido de BZD para sobrellevar situaciones estresantes, dado que tienden a manifestar una mayor sensibilidad a la ansiedad (Votaw et al., 2019). Estas diferencias también podrían explicarse por las tensiones específicas que enfrentan las féminas dado su género, como la violencia de género y la discriminación sexista, factores que limitan su capacidad de afrontar y adaptarse de manera efectiva a situaciones estresantes (Del Río, 2022).

Asimismo, se ha conocido que la prescripción de psicofármacos durante la pandemia para las mujeres fue el doble en comparación con los hombres, lo que

pone de manifiesto un mayor uso de psicofármacos por parte de las mujeres (Alcântara et al., 2022). Esto dado por la vulnerabilidad a la que han estado expuestas las mujeres frente a la situación de calamidad pandémica, aunado a una mayor predisposición de depresión y ansiedad cuando están gestando, y tienden a ser más predisponentes a factores estresantes, producto de la sobrecarga de actividades domésticas, trabajos de oficina en el hogar y cuidado de familiares (Alcântara et al., 2022). También como otros aspectos predisponentes a este problema de consumo de sustancias, a aquellos profesionales, especialmente mujeres que generalmente se encuentran expuestas a sufrir algún tipo de infección como profesionales sanitarios, junto a la labor en el hogar en el cual desempeñan roles de cuidado doméstico y labores de casa, aunado a un estado de un bajo nivel socioeconómico (Buitrago et al., 2021).

Entre investigaciones en el ámbito internacional, en España, se reconoció que el 16% de la población en general consume psicofármacos, cuya predominancia de uso implicó el doble en las féminas en comparación a los varones en cualquier nivel etario (Gil et al., 2020); asimismo el Ministerio de Sanidad Español evidenció a un 12,4% de varones que llegaron a recibir ansiolíticos, mientras que el 7,3% recibió antidepresivos, siendo porcentajes que las féminas tienden a duplicar (Bacigalupe et al., 2022), por lo que diversos autores indicaron al respecto que estas brechas se deben a roles y estereotipos de género (Gil et al., 2020).

En Francia, se conoció que, comparativamente, los varones respecto a las féminas poseen 1.34 veces más riesgo de utilizar de forma prolongada BZD, y se destacó que tanto en hombres como en mujeres, esta probabilidad de riesgo se

debía a aspectos como tener más de 35 años, estar soltero, bajo nivel de educación, escasos ingresos económicos, desempleo, estado depresivo (Airagnes et al., 2019). Mientras que, en Estados Unidos, entre 1999 y 2017, el promedio de mortalidad debido a sobredosis de drogas, involucraron el uso BDZ especialmente en féminas entre 30 a 64 años el cual se incrementó en un 830%. Dicha tendencia se apreció entre los grupos etarios de féminas de 30 a 34 y de 60 a 64 años respectivamente (Michaels et al., 2021). Asimismo en otro estudio se identificaron a 111, 371 mujeres de 20 a 29 años que consumieron diversos tipos de sustancias psicoactivas, en la cual la BZD fue la sustancia con mayor uso, donde un 65.3% de estas mujeres reportaron casos agudos de consumo de sustancias psicoactivas y un 79.6% tuvieron intentos suicidas (Michaels et al., 2021).

De acuerdo al reporte global de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2019, se destacó que Sudamérica es una de las regiones con altos niveles de uso de BZD (Cantos et al., 2021). Al respecto, la empresa Compañía de Servicios Innovadores de Información, Tecnología e Investigación - IQVIA destacó que entre 2019 a 2020 llegó a totalizarse que el comercio de los psicofármacos se incrementaron en Latinoamérica pasando de 10.2% a un incremento de 12.2%, sumado a ello, entre 2021 a 2022 dicha tendencia aminoró y fue del 2.3%, por lo que se considera que el aumento de BZD fue producto del aislamiento, la soledad, el miedo a enfermarse hizo crecer los trastornos de ansiedad y depresión en general (Infobae, 2022). En Brasil, se conoció que las féminas llegaron a presentar tendencias en el uso de antidepresivos y BDZ casi dos veces y media mayor que los hombres, además al tomarse como referencia el

grupo de edad, hubo un aumento de la incidencia de alrededor del 50% en las féminas que tenían alrededor de 45 a 54 años de edad (Alcantara et al., 2020).

En el contexto peruano, según el Ministerio de Salud (MINSA), destacó que el excesos y administración inapropiada de BZD conlleva a sobredosis o incluso a la muerte, particularmente en circunstancias donde tienden a combinarse con otros fármacos como opioides, alcohol, analgésicos o sustancias ilícitas (MINSA, 2020). A su vez, en Lima Metropolitana, llegó a registrarse en personas adultas una tendencia de autoadministración de “tranquilizantes” y “pastillas para dormir” en un 0.6%, siendo probablemente que dicho porcentaje este infravalorado respecto a información real de la población peruana (Quispe et al., 2021). En una investigación en Lima, en una población de 20 a 65 años de edad, pudo identificarse que el uso de ansiolíticos llegó a ser más predominante en mujeres (59,9%) en comparación a los varones (39,5%), asimismo, la autoadministración llegó a estar en el 92.6% de las personas y solamente un 6.8% utilizó ansiolíticos debido a que el médico lo recetó. Cabe indicar que aquellos con nivel educativo de secundaria (54.3%) y nivel técnico (31,5%), llegaron a tener mayores posibilidades de autoadministrarse medicamentos de forma respectiva. Asimismo, aquellos que fueron dependientemente laborales, la tasa de autoadministración de medicamentos fue del 53.1% lo cual estuvo por encima de quienes tuvieron una labor independiente en un 46.3% (Rodríguez et al., 2018). Este uso constante de BDZ en las mujeres las predispone a sufrir con mayor frecuencia trastornos de salud afectivos o síntomas como insomnio o ansiedad. Además, los pacientes que usan drogas pueden no ser conscientes de los riesgos del uso de benzodiazepinas (Simal et al., 2021).

Con relación al caso único de la presente investigación, esta es una mujer que asistió a un Centro de Salud Mental Comunitario, en el cual se ha observado que la misma ha sido prescrita al uso de BZD, sin embargo, dicho consumo ha pasado de un nivel de consumo leve a un uso recurrente, al cual asiste para tratar de manejar los estados de ansiedad y depresión. Asimismo, en este caso de una mujer de 62 años de edad, su problema también está asociado al consumo de alcohol, el mismo se evalúa cada dos meses y por lo general se le receta comúnmente BZD como clonazepan, diazepam, midazolam.

En consideración al planteamiento del problema este implicó: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al abuso y dependencia de benzodiazepinas en una mujer con adicción del Centro de Salud Mental Comunitario Sechura – Piura?

De acuerdo con Remón et al. (2022) el consumo de psicofármacos indicados en el tratamiento con BDZ para diversos trastornos como sueño, ansiedad y depresión, etc., llegaron a duplicarse en 2020 como efecto del estado pandémico a escala mundial en contraste al año anterior. Al respecto, la justificación por relevancia social, pretende beneficiar con las conclusiones a los directivos y entes sanitarios para informar y dar a comprender las circunstancias que predisponen a las mujeres a una tendencia de consumo adictivo de BDZ, específicamente en el caso único de estudio que asiste a una establecimiento de salud, con el objetivo posterior que éstos se analicen y mejoren los diseños en políticas de salud sobre el trabajo con pacientes en adicción con el objeto posterior de mejorar la salud mental de la comunidad.

En tanto que, en consideración a Fegadolli et al. (2019) se señaló que cuando el profesional que prescribe el uso de BZD hace una incorrecta indicación

en el uso de estas sustancias, ello conlleva frecuentemente a un uso crónico de BZD, el cual no es recomendable dado que se ha demostrado que en el plano a largo plazo es baja su eficiencia y por el contrario su uso potencial de dichas sustancias, puede conllevar a provocar tolerancia y dependencia. Sin embargo, a pesar del significativo riesgo relacionado a los efectos negativos señalados, el perfil de los usuarios de psicofármacos muestra poca variación a lo largo del tiempo y frente a distintos contextos sanitarios, independientemente del país o la región, siendo que, en este patrón, las mujeres destacan como las consumidoras principales de psicofármacos. En ese sentido desde la implicancia práctica, la investigación pretende beneficiar a los profesionales de la salud, a reconocer el grado de afección y factores por las cuales están los pacientes medicándose, y en cuya práctica, los profesionales sanitarios puedan disponer de un mejor uso, prevención y tratamiento con dichos medicamentos, como también el poder prevenir su uso prolongado contra una dependencia de las benzodiazepinas.

Mientras que tomando de referencia a Oliveira et al. (2020), se enfatiza que es fundamental analizar la trayectoria de los medicamentos psicofarmacológicos en el ámbito de la atención primaria sanitaria y comprender cómo, con el paso del tiempo, estos fármacos, particularmente los ansiolíticos como las BDZ, han contribuido a la medicación de usuarios con padecimiento psicológico, generando como resultado una dependencia hacia estas sustancias. Es por ello que, respecto al criterio del valor teórico del estudio, el mismo se basa en el aporte de investigadores contemporáneos y teorías que fundamentan los factores de riesgo asociados al abuso de BZD para brindar explicaciones objetivas

sobre el comportamiento de un caso único de una mujer, con el objeto de contribuir al conocimiento científico en la región Piura.

Entre los aspectos que dan viabilidad a la investigación se pueden mencionar que el estudio se realiza en el establecimiento de salud donde labora la investigadora. Asimismo, se cuenta con los materiales, logística, ambientes y presupuesto necesarios para realizar las entrevistas de evaluación y abordaje del presente. A nivel teórico, existen investigaciones nacionales e internaciones suficientes para abordar la temática del abuso de las Benzodiazepinas.

## **1.2 DESCRIPCIÓN DEL CASO**

### **1.2.1 Estudio de caso: 01**

#### **1.2.1.1 Datos de filiación**

- Nombres y apellidos : E.G.R.
- Edad : 62 años.
- Fecha de nacimiento : 27-1-1961
- Lugar de nacimiento : Parachique – Sechura
- Grado de instrucción : Técnico superior.
- Ocupación actual : Ama de casa y trabajo independiente.
- Estado civil : Casada.

- Número de hijos : 1
  
- Fecha (s) de evaluación : 04 sesiones (6, 11, 24 enero y 13 de febrero de 2022).

### **1.2.1.2 Motivo de evaluación**

Paciente de 62 años, llega a consulta orientada, en tiempo, espacio y persona. Señala que se encuentra preocupada por unos problemas y solicita ayuda. Se muestra pensativa, triste y evidencia llanto en su rostro cuando se da inicio a la entrevista. Asimismo, la paciente toma terapia para tratar su consumo de alcohol, previamente a la entrevista.

### **1.2.1.3 Historia personal:**

**Perinatal:** Según lo referido por la paciente, señala que el embarazo de su madre no se presentó con dificultad. Siendo un parto normal y durante el nacimiento no se presentaron problemas, posterior a ello, su parto fue deseado y maravilloso según lo que refiere que le comento su madre.

**Niñez:** La evaluada señala que era una niña juguetona, inquieta, traviesa, obediente y exploradora, siendo una niña que le gustaba mucho la lectura y ver películas con su padre. Sentía que tenía muchos temores, uno de ellos era que sus padres se separen, esto era producto de que, desde su niñez, recuerda que sus padres siempre discutían, y observaba como su padre agredía verbalmente y psicológicamente a su madre, considerando que la causa de los problemas fue la situación económica y los celos. En ese sentido vivió con ambos padres, pero a la edad de 8 años se produjo la separación de ellos, quedándose con su madre, con quien siempre mantuvo una comunicación limitada, mientras que mantiene

buenos recuerdos de su padre, pues era quien le enseñaba a leer, la llevaba al cine, le enseñaba a nadar y se sentía protegida.

**Adolescencia:** Se caracterizaba por ser amigüera, juguetona, empeñosa, dedicada y responsable, aunque señala que no salía a jugar con sus amigas, ya que su mamá la limitaba socialmente y solo se relacionaba con sus primos cuando llegaban de visita a casa. Asimismo, sentía que solo podía ser libre en la escuela y cuando llegaba a casa solo se dedicaba a ayudar en las tareas del hogar, teniendo en cuenta que el afecto brindado por su madre era muy limitado para ella durante esa época de su vida.

**Educación:** Tiene educación técnico - superior completa en enfermería.

**Trabajo:** Actualmente trabaja de forma independiente como vendedora de productos en el mercado y en un negocio independiente asociada con un familiar en la venta de agua de mesa, donde señala que se mantiene ocupada todo el día, con una jornada laboral de 7.30 am hasta las 6 pm., cuyo desempeño en el mismo es tipo secretaria, por la cual hace llamadas a clientes consumidores de agua de mesa y realiza captación de clientes a domicilio. Refiere sentirse cómoda en su trabajo, ya que siempre se encuentra sola, pero el trabajo le permite conocer y relacionarse con varias personas y eso la entretiene. Finalmente, lo que gana le alcanza para sus gastos básicos.

**1.5.1.4 Historia matrimonial:** En una reunión de fiesta familiar conoce a su pareja con quien rápidamente inicia una relación desde aquel momento, por la cual se comunicaban constantemente por cartas o notas, y a veces quedaban en encontrarse en un parque cerca a su casa, pero era muy corto el tiempo ya que no

tenía permiso para salir, esto debido a que su madre le controlaba en ese entonces las salidas. A su vez, a la edad de 18 años, la paciente reconoce que le gustaba la casa de apuestas, asistía a casinos y padecía de ludopatía, donde consumía alcohol de forma constante con amistades.

A los 18 años de edad llegó a escaparse del hogar de su padre, para comprometerse y contraer matrimonio con el padre de su hijo, motivo por el cual pierde contacto y comunicación con su padre, el cual se alejó de ella por la decisión que había tomado (comprometerse a temprana edad) sin haber terminado sus estudios, lo cual represento un evento que marco su vida.

A los 19 años de edad salió embarazada y durante el periodo de gestación sufrió mucho, debido a los conflictos y maltratos por parte de su pareja el cual era de carácter explosivo y ejercía violencia doméstica. Durante su matrimonio señaló sentirse sola y la única familia que frecuentaba era la familia de su esposo, aunque en dicho entorno se sentía incómoda.

A los 23 años de edad ya se presentaron los problemas en el matrimonio caracterizados por la falta de comunicación, malos tratos, violencia física y psicológica, sumándose los problemas de adicción al alcohol de su esposo. Refiere que todo ello fue causa de su depresión, llegando por primera vez a intentarse quitar la vida al tomar 18 pastillas en una sola toma entre ellas, diazepam, clonazepam y paracetamol, entre otros. En ese momento su hijo tenía 4 años de edad y solo vivía con una chica que cuidaba a su hijo mientras ella se recuperaba, su esposo no llegaba a casa, por la cual podían pasar días sin llegar a casa, porque salía a tomar constantemente y se quedaba en casa de amigos o familiares. A pesar de los problemas trataba de disimular para que su hijo no se

sienta afectado. Antes de dormir siempre tomaba pastillas, se automedicaba y consumía diazepam ya que este le daba relajación y tranquilidad. Lo único que no le gustaba era que al día siguiente siempre le provocaba mucho sueño.

Fue así que dejó de trabajar por cuidar a su hijo y poder dedicarse a las tareas del hogar, su esposo ya no quería que trabajara porque eso ocasionaba un gasto más para él, ya que él asumía el cuidado del pago de la señorita que trabajaba cuidando a su hijo. Motivo por el cual la limitó en sus gastos y le quitó cualquier comunicación con su familia para que no se den cuenta de los problemas que tenía. Asimismo, manifiesta que poco a poco se fue recuperando del cuadro de depresión en que se encontraba, dado que no quería salir a pasear, solo quería estar en casa encerrada y a oscuras, lloraba constantemente en las noches cuando su hijo dormía y tenía mucho miedo quedarse sola.

Intentó buscar ayuda profesional, pero refiere que no la encontró, considerando que en ese tiempo como no trabajaba no tenía los medios económicos para pagarle a un profesional y que la pueda ayudar. Es ahí donde ella inicia lecturas de autoayuda y logra autocapacitarse y empieza un cambio en sus pensamientos, logra reconocer los problemas que tenía e identificar como mejorarlos. En ese momento reconoce que su vida matrimonial no estaba por buen camino, tenían problemas en casa constantemente, la discusión era a menudo y cuando llegaba la etapa de la reconciliación y todo parecía que estaba mejor, su esposo salía a tomar y lo acompañaba, y en otros momentos cuando el esposo no llegaba, ella salía a buscarlo y se quedaba a tomar con él hasta el día siguiente, es ahí donde inicia con más fuerza el uso de bebidas alcohólicas.

A los 45 años, posteriormente a ello, los problemas en casa eran constantes y se esposo ejercía violencia física. Es en esta etapa de su vida intenta suicidarse por segunda vez, cortándose las venas con un cuchillo de cocina, en ese momento recibe ayuda de un familiar que estaba en casa de visita y fue trasladada a un hospital donde lograr recuperar su estado de salud.

Cuando creía que todo empezaba a mejorar, a los 57 años le dan la noticia que su hermano al que no veía, pero con el que guardaba un gran cariño fallece producto a una sobredosis por cocaína. La paciente al respecto refiere que desde ese momento a pesar de la tristeza empezó a valorar más la vida e inicio cambios en su vida con el apoyo de algunos familiares, por lo que empieza a asistir a un médico psiquiatra de un centro de salud cercano a su domicilio. Debido al fallecimiento de su hermano, refiere la paciente no sentirse “bien” expresado en una tristeza que la sumía en llantos constantes, descuido por el bienestar de su hijo, junto a un desinterés por la perspectiva de vivir. Asimismo, en su mente rondaba la idea de quitarse la vida, abandonando en esos momentos las terapias y se dedicaba a tomar a diario, despreocupándose totalmente de todo lo del hogar, olvidándose muchas veces de apagar la hornilla de su cocina, quemando los alimentos, no alimentaba a su hijo en muchas ocasiones. Manifestando que el llanto era constante, junto al sentimiento de soledad y de sentir apenada por el comportamiento mismo que expresaba, asumiendo en esos momentos de alejarse de su familia, después de muchos años.

Actualmente la paciente con 63 años de edad, tiene 1 hijo de 43 años de edad, siendo que este hijo de la paciente es profesional, y es con quien tiene comunicación telefónica y lo visita de vez en cuando, aunado a ello, está separada

de su esposo, aunque mantiene aún una comunicación escasa con este. Por otro lado, lleva terapia en un centro de salud, trabaja y se ha alejado de todas las reuniones familiares.

#### **1.2.1.5 Historia Familiar**

##### **Familia:**

**Padre:** P. R. V. L., de 73 años, fue maestro jubilado y hacendado, era una persona muy preocupada por cubrir las necesidades de sus hijas, impartía las reglas y normas en casa, se encargaba de ayudarla en sus tareas y recogerla del colegio. Y a pesar de que su padre no estaba en casa, desde la separación con su madre, él no dejó de asumir sus responsabilidades en correspondencia a su hija (la paciente). Cabe indicar que trabajaba como maestro, le gustaba la lectura y hacía que también ella leyera. La llevaba a ver películas y previo a dicha actividad, siempre le hacía que lea unas páginas de cualquier libro. Asimismo, era una persona muy cariñosa, respetuosa y persistente, el cual llegó a lograr con mucho sacrificio aquello que pretendió alcanzar, además se resalta que el padre se comprometió y en esa relación tuvo 7 hijos.

**Madre:** L. R. F, tenía 72 años, era costurera y ama de casa, era una mujer dedicada a su familia, correcta, humilde, era bastante cariñosa con hermanas, pero con ella siempre fue distante, no tenía buena comunicación. Señala que su madre se alejó de ella aún más cuando su padre la llevo a frecuentar a su nueva familia.

**Hábitos e Intereses:** Disfruta de tejer y vender productos de belleza. Menciona que antes de convivir con el padre de su hijo, le gustaba mucho maquillarse y compraba productos a una tía cercana quien le enseñó la utilidad de cada producto y las estrategias de venta. También le gusta el comercio y vende lo que le ofrecen

para poderse generar ganancias, además le gusta la lectura sobre todo libros de autoayuda, indica que con ello se siente relajada y motivada.

#### **1.2.1.6. Historia de consumo de sustancias**

- Desde los 18 años consumía alcohol con sus amigos en fiestas y casinos a los que asistía.
- Durante su matrimonio antes de dormir tomaba pastillas como diazepam para sentir relajación y tranquilidad.
- A los 23 años, consume 18 pastillas entre las que se encontraban diazepam, clonazepam y paracetamol, producto de los problemas en su matrimonio.
- Consumía alcohol con su esposo cuando salían juntos o cuando este no regresaba a casa y ella lo buscaba.
- A los 57 años la muerte de su hermano la llevó a consumir alcohol de forma diaria.
- Actualmente cumple con su tratamiento farmacológico, consumiendo diazepam y clonazepam
- Por su parte, consume bebidas energizantes como Optimus.

#### **1.2.1.7 Antecedentes patológicos**

- A los 23 años intentó quitarse la vida por primera vez tomando 18 pastillas en una sola toma, donde manifiesta que fue por problemas en su matrimonio, según la cual presentaba problemas de angustia y depresión, donde ingirió clonazepam y diazepam, expresando que solo quería estar acostada, dormir dado que sentía que nadie la ayudara.

- A los 45 años intenta quitarse la vida por segunda vez, cortándose las venas con un cuchillo, recibe ayuda de un familiar y logran estabilizarla.
- La depresión inicia desde que pierde la comunicación con su padre debido a que se escapa de su casa y se va a convivir con su actual esposo, luego se casa y queda embarazada ahondando así los problemas familiares en casa.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES**

#### **Benzodiazepinas**

##### **Definiciones**

Para Ashton (2002, citado por Marín et al., 2021) las BZD conforman uno de los grupos de fármacos con mayor uso debido a sus propiedades ansiolíticas, hipnóticas, relajantes a nivel muscular y anticonvulsivante. Sin embargo, su administración a menudo se prolonga más allá del tiempo recomendado, lo que genera debate y controversia.

Díaz (2017) refiere a fármacos psicotrópicos, es decir, sustancias naturales o sintéticas las cuales afectan a nivel del sistema nervioso central, alterando sus funciones químicas. Poseen efectos ansiolíticos, hipnóticos, relajantes musculares, anticonvulsivantes y amnésicos, lo que las convierte en una de las opciones más utilizadas para el tratamiento de los estados ansiosos, como también con el insomnio y diversos trastornos en la esfera afectivas. Según Urrutia (2019), las benzodiazepinas, son un medicamento de prescripción controlada usado para tratar síntomas como la ansiedad.

Para Rivas et al. (2022), las benzodiazepinas son herramientas terapéuticas de gran utilidad con múltiples efectos: ansiolítico, sedante-hipnótico, relajante muscular, anticonvulsivante y amnésico, que varían en función de la farmacocinética de cada principio activo en concreto.

En ese sentido se dice que las BDZ, son útiles como medida de intervención en diversas problemáticas de la salud, especialmente en los estados depresivos, ansiosos, como también en el alcoholismo, el insomnio, la epilepsia y

el dolor (Lueiro et al., 2018), siendo que en el ámbito peruano, las BDZ con mayor disposición de uso comercial se identifican a la alprazolam, diazepam, clobazam, clonazepam, lorazepam, bromazepam, midazolam y triazolam, las mismas que se encuentran controladas y fiscalizadas a nivel sanitario según el Decreto Supremo N° 023-2001-SA y el Decreto Ley 22095 (MINSa, 2020).

### **Efectos del abuso del consumo de Benzodiazepinas**

El empleo de BZD se ha probado para uso intermitente inferior a 1 mes, disminuyendo sus beneficios y aumentando sus riesgos en empleos prolongados. Muchos prescriptores desconocen su capacidad adictiva capaz de empeorar la ansiedad o contribuir al insomnio permanente, en caso de uso diario, así como otros potenciales efectos como deterioro cognitivo, lesiones accidentales, caídas y aumento de ingresos hospitalarios. Aunque algunos pacientes se benefician de su uso a largo plazo, es mejor evitar la dosificación diaria para mitigar el desarrollo de tolerancia, dependencia y abstinencia (Cantos et al., 2021).

En ese sentido, las personas que desarrollan adicción a los medicamentos suelen emprender una búsqueda compulsiva de estas sustancias, llegando a adoptar conductas antisociales como mentir, manipular, chantajear o incluso robar con tal de obtener el fármaco (ANDINA, 2020). En esa línea, el uso prolongado de BDZ genera consecuencias evidentes, como la dependencia y la tolerancia fisiológica. Estos efectos se deben principalmente a una infra regulación a nivel de receptores y a un incremento en la tasa de metabolismo del fármaco, resultado de la exposición reiterativa. En otras palabras, el uso sostenido mediante este tipo de medicina no solamente fomenta dependencia fisiológica debido a sus efectos sedantes, sino que también provoca una insensibilidad gradual de los receptores,

conllevando al cuerpo a requerir un medicamento progresivamente mayor (Oliveira et al., 2020).

Por lo que, el uso a largo plazo de BDZ puede ocasionar efectos adversos significativos, como sedación en exceso, déficit neurocognitivo, alteración a nivel motor y una alta predisposición a accidentes de tránsito y caídas, particularmente en personas mayores. Estos efectos indeseables tienden a intensificarse con un incremento de la dosis, un fenómeno habitual en pacientes que desarrollan tolerancia junto con dependencia al medicamento (Johnson, 2013 citado en Fegadolli et al., 2019), mientras que la interrupción abrupta de intervención prolongada con BDZ puede desencadenar diversos síntomas de abstinencia, incluyendo estados ansioso, pánico, sudoración, temblores, alteración de los sueños, espasmo a nivel muscular, anorexia, pérdida de peso, alteraciones visuales, sudoración excesiva y disforia (Marín et al., 2021).

### **Diferencias entre varones y mujeres en el consumo de Benzodiazepinas**

El heteropatriarcado y las diversas manifestaciones del androcentrismo perpetúan estereotipos masculinos y femeninos que influyen en la atención sanitaria y en la interacción entre médico y paciente. En este contexto, las féminas son particularmente predisponentes a las intervenciones de medicación, ya que enfrentan una mayor coerción de las entidades sanitarias y psiquiátricas sobre sus cuerpos, lo que conduce a que sean más frecuentemente etiquetadas como enfermedades de tipo mental (Bacigalupe et al., 2020). Al respecto, el eje de análisis del problema en el uso de sustancias psicoactivas y su tratamiento mantiene una perspectiva androcéntrica que pretende extender a las mujeres un modelo único que las invisibiliza y obvia sus experiencias, sus aportaciones o

motivaciones a la hora de relacionarse con las sustancias y que, ignorando las diferencias y asimetrías, obstaculiza su acceso a la salud (Arostegui & Martínez, 2018). Por ello, las féminas poseen mayores probabilidades que los varones de ser diagnosticadas con trastornos de ansiedad y de que se les receten BZDs (Votaw et al., 2019) considerando que aquellas con trastornos por uso de sustancias tienen un mayor riesgo de uso indebido de BZD. De tal manera que las féminas tienden a ser más predispuestas en comparación a los varones a recibir medicamentos como opioides y BZD y, por lo tanto, pueden ser particularmente vulnerables a problemas con su uso indebido (Votaw et al., 2019).

Diversos análisis cualitativos en consideración a una perspectiva de género destacan el impacto de los estereotipos relacionados al consumo de psicofármacos. En este marco, el androcentrismo presente en los profesionales de la salud y los sesgos de género en la prescripción contribuyen a que las enfermedades de las mujeres se relacionen con mayor frecuencia con un componente psicosomático, lo cual resulta en tasas significativamente más altas de prescripción de fármacos para las féminas (Gil et al., 2020). Asimismo, las mujeres presentan tasas más elevadas respecto a diagnósticos como depresión y ansiedad, aunado a un mayor consumo de psicofármacos. En esa línea, existen sesgos de género en la atención clínica de estos trastornos, ya que, a pesar de tener necesidades similares, las féminas tienden a recibir en mayor medida un diagnóstico psiquiátrico. Además, cuando los diagnósticos son equivalentes, las mujeres reciben más prescripción de psicofármacos. Estos sesgos también incluyen creencias sobre una aparente debilidad inherente de las féminas, lo que conlleva a un análisis clínico desigual de los mismos problemas de salud mental

en comparación con los varones (Bacigalupe et al., 2022). En esa medida, el rol de las féminas en el proceso de etiquetado y uso de psicofármacos constituye un elemento clave, dado que la manifestación sintomatológica, seguida del diagnóstico y la prescripción, les otorga una forma de legitimación para su sufrimiento (Bacigalupe et al., 2022).

Cabe resaltar que los estudios sobre el consumo de psicofármacos en mujeres destacan el papel crucial de los procesos de estigmatización y discriminación como factores determinantes de las particularidades en las formas de consumo femenino, además de evidenciar las inequidades existentes en uso del servicio sanitario (Portela, 2021). Debido a esto, las féminas enfrentan consumos problemáticos que sufren sanciones morales más severas que los hombres, lo cual da como resultado, a menudo la realización de grandes esfuerzos para ocultar su consumo con el fin de evitar el rechazo y la estigmatización social (Alcântara et al., 2022). En tanto que, el consumo de drogas en féminas, solamente llega a volverse problemático en circunstancias en la cual reta los mandatos de género o ponen en riesgo el rol reproductivo (Portela, 2021). En definitiva, las mujeres siguen siendo asimétricamente psiquiatrizadas, medicalizadas y se perciben como potencialmente enfermas en el área de la salud mental (Alcântara et al., 2022).

## **Factores de riesgo**

### **Definición de los factores de riesgo**

Entre las definiciones, según, Secades y Fernández (2001 citados en Losada & Gardiner, 2018) los factores de riesgo se refieren a situaciones, aspectos individuales o condiciones contextuales los cuales, al interactuar, tienden a generar una mayor facilidad o predisposición tanto al inicio como de continuidad

al consumo y abuso de sustancias psicoactivas. Para Sanz, et al., (2004 citado en Losada & Gardiner, 2018) son contextos de tipo social, económico, biológico, conductual o contextual los cuales se relacionan a un mayor riesgo o generan una mayor probabilidad de promover una problemática o enfermedad específica.

De acuerdo con Arias, et al. (2012 citado por Barreto et al., 2015) se refieren a aspectos y atributos que aumentan la posibilidad de promover enfermedades vinculadas a la adicción. Asimismo, para Rivolta (2012 citado por Barreto et al., 2015) comprenden situaciones sociales, biológicas, personales e interpersonales representativas en un entorno donde se desenvuelven las personas, las cuales pueden aumentar las probabilidades en el uso de sustancias psicoactivas o de desarrollar adicciones a estas. Mientras que para el Ministerio de Salud (2017) implican atributos o aspectos contextuales de tipo personal, social o ambiente de una persona o grupos de personas, las cuales hace que conlleva a incrementar las posibilidades de algún tipo de ocurrencia de un daño o afección.

#### **Clasificación de factores de riesgo asociadas al consumo de sustancias**

Según Fernández (2018), los factores de riesgo no operan de forma independiente, sino que tienden a interactuar y acumularse, lo que incrementa su impacto negativo, siendo que este efecto acumulativo amplifica las consecuencias adversas asociadas y, en consecuencia, aumenta la probabilidad de reincidencia. En esa línea para Tirado et al. (2012) entre los factores de riesgo asociados al consumo y la dependencia de drogas existe, la disponibilidad y un fácil acceso a dichas sustancias, el exceso de tiempo libre, los conflictos a nivel familiar, la influencia de otros familiares con historial de consumo, el identificarse con los amigos y el consumo por imitación. Otros factores incluyen el uso de drogas para

satisfacer la curiosidad, aliviar síntomas a nivel mental, expresión de independencia o rebeldía, alcanzar un supuesto estado superior de conocimiento, potenciar la creatividad, buscar sensaciones de bienestar y comodidad, o evadir situaciones difíciles.

Para efectos del estudio se considera asumir la clasificación planteada por Laespada et al. (2004) quienes destacan los siguientes: Factores de riesgo individuales: se refieren a los atributos interno de una persona, respecto a su manera de ser, sentirse y actuar. La edad, la personalidad, los recursos sociales disponibles, las actitudes, valores, el autoconcepto, etc., constituyen una persona única (Laespada et al., 2004). Estos factores se fundamentan en un conjunto de características amplias que, al aplicarse a un segmento de la población, tienden a conformar una identidad colectiva, por lo que entre estos rasgos destacan la edad, el género, el estado civil y las condiciones de convivencia, entre otros (Estrada, 2022).

Factores de riesgo relacionales: están vinculados al entorno más cercano de una individuo, donde las interacciones particulares de cada individuo con su familia, amistades y el contexto académico define una situación específica que puede influir en su desarrollo y comportamiento (Laespada et al., 2004).

Factores de riesgo sociales: hace alusión al contexto social general. Incluyen elementos como la estructura económica, las normas sociales, el acceso a sustancias, su grado de aceptación social, así como las costumbres y tradiciones, siendo estos aspectos que influyen de manera diferenciada en las culturas y, en consecuencia, afectan el comportamiento personal (Laespada et al., 2004).

Aunado a la propuesta de Laespada et al., 2004) se ha añadido un cuarto factor, respecto a los antecedentes de salud. En ese contexto, los factores de riesgos de salud: es aquel componente de riesgo el cual promueve mayor probabilidad en que un sujeto tienda a desarrollar la tendencia de consumo de sustancias y/o enfermedad (Bonizas et al., 2019). En esa línea, este factor de riesgo posibilita la presencia de síndromes que manifiestan una combinación de signos y síntomas particulares de una o varias patologías, lo que inevitablemente deteriora la salud de las personas (Vallejo et al., 2019).

Por ello es relevante reconocer que los factores de riesgo no deben analizarse de manera aislada, ya que el uso de sustancias psicoactivas, al igual que otras conductas humanas, involucra una interacción social entre la persona, su ambiente y la sustancia. En otras palabras, el uso de sustancias psicoactivas no se determina por la representatividad de un solo factor de riesgo, sino que es producto de una serie de causas que interactúan entre sí (Adolfo et al., 2013).

### **Factores de riesgo al consumo de Benzodiazepinas en mujeres**

Se ha demostrado que el consumo de BZD tiende a ser más predominante en féminas que en varones en la población general (Simal et al., 2021). Al respecto, la fisiología femenina ha sido históricamente vinculada con enfermedades mentales, lo que ha dado lugar a una visión biologicista, androcéntrica y patriarcal de la locura, y, como resultado, a atenciones de carácter clínico desigual. Estas desigualdades persisten en la actualidad, evidenciándose en el mayor número de diagnósticos de trastornos mentales en féminas y en una mayor prescripción de psicofármacos a ellas (Del Río, 2022).

Esto dado que el uso de sustancias psicoactivas en féminas representa atributos diferentes al de los varones, debido a diversos componentes como una mayor susceptibilidad de tipo biológico a ciertas sustancias (como el alcohol), comorbilidad médico-psiquiátrica, y factores sociofamiliares y culturales. En ese sentido, es común que las mujeres tengan una pareja consumidora o que hayan experimentado violencia doméstica o abuso durante su niñez y adolescencia. Aunque ha aumentado el conocimiento sobre sus patrones de uso, la percepción social de la “mujer adicta” sigue cargada de un estigma remarcado, lo que a menudo lleva a que la usuaria no busque ayuda o lo haga de manera tardía, con repercusiones negativas para su salud (Pascale & Laborde, 2019). Además, se ha llegado a proponer diferentes hipótesis con el propósito de dar respuesta a dichas diferencias, asociadas a trastornos emocionales y de la ansiedad más frecuentes entre las mujeres, combinado con un uso más frecuente del sistema de atención de la salud (Airagnes et al., 2019). Además, aunque los hombres a menudo usan el alcohol para lidiar con el estrés o las emociones negativas, es más probable que las mujeres usen medicamentos para lidiar con estas situaciones (Airagnes et al., 2019). Esto se relaciona con que las féminas presentan peores índices de salud mental en comparación con los varones, especialmente en lo que implica lo que a nivel clínico tiende a denominarse, trastorno mental común, que incluye afecciones como la ansiedad y la depresión (Bacigalupe et al., 2022).

En población general se ha demostrado que la edad es el predictor más consistente de tomar BZD (Simal et al., 2021), donde se destaca que el perfil con mayor descripción de los sujetos que consumen psicofármacos corresponde a mujeres mayores de 65 años, que padecen dolores y tienen un bajo nivel de

instrucción (Gil et al., 2020). En esa línea, las diferencias en el consumo de psicofármacos entre varones y féminas se acentúan durante épocas de crisis de tipo económico, particularmente en la administración de antidepresivos entre las personas jubiladas y en el consumo de hipnóticos en todos los niveles de instrucción educativa, excepto entre los estudiantes (Gil et al., 2020). Asimismo, los estereotipos sociales respecto a la vejez de la mujer han contribuido a la invisibilización de diversas problemáticas, incluyendo el uso de sustancias psicoactivas (Portela, 2021).

Aunado a ello, las pérdidas, duelos y cambios que enfrentan las féminas durante la vejez las exponen a situaciones de desequilibrio y estrés, que pueden actuar como factores de riesgo con conlleven al uso problema de sustancias. Ejemplos de estas situaciones incluyen la viudez, la pérdida de seres queridos, la jubilación, la soledad, la disminución de ingresos económicos, la presencia de enfermedades crónicas y la dependencia (Portela, 2021). Otras investigaciones han demostrado que los fármacos psicotrópicos que se usan en mayor medida es realizado por féminas ancianas hospitalizadas en contraste que los varones (Efjestad et al., 2021).

De acuerdo con la Encuesta sobre alcohol y drogas en España, son las féminas las que superan a los varones en el uso de hipnosedantes y, más concretamente, de tranquilizantes. En comparación con ellos, el consumo es mayor independientemente del intervalo de edad, aunque se observa un crecimiento mayor a partir de los 45 años. Así, la prevalencia femenina duplica a la masculina y las más elevadas se sitúan entre las personas de 55-64 años (Arostegui & Martínez, 2018).

Además, hay que destacar también que el control emocional es posible identificarlo como un factor de riesgo en el uso de las féminas, frente a los varones, dado que estas manifiestan en mayor medida depresión unipolar. Según sus hallazgos, los hombres tienen menos dificultades para hallar distracciones que amortiguan su estado deprimido; mientras que las mujeres son más propensas a pensar sobre su estado de ánimo y sobre las posibles causas de dicho estado. Aquí es donde surge la hipótesis de la automedicación o del consumo como atenuante de la angustia o de la ansiedad (Arostegui & Martínez, 2018).

Por otro lado, se ha revelado que existe un vínculo respecto al uso de psicofármacos y el género, en el cual el perfil más común de un individuo que consume antidepresivos implica una fémina de mediana edad, ama de casa, nivel de instrucción primaria, con un estado socio-económico bajo y que tiene convivencia de pareja (Del Río, 2022). Pero los datos también indican un incremento en el uso de psicofármacos entre féminas separadas y profesionales activas, sin importar su clase social ni el entorno. Este aumento se ha asociado con el hecho de que muchas mujeres enfrentan situaciones de trabajo injustas debido al techo de cristal en sus carreras profesionales, lo que agrava la situación y añade un nuevo factor al perfil de consumo (Del Río, 2022).

### **Factores protectores frente al consumo de sustancias psicoactivas**

Los factores de protección implican aspectos asociados a menores posibilidades de un resultado negativo, por lo que pueden considerarse como eventos positivos que contrarrestan una situación (Kalojya & Tiwari, 2022). En esa línea, los factores protectores pueden clasificarse en individuales, familiares y sociales. Los individuales incluyen la autoestima elevada, habilidades de

afrontamiento y resiliencia. Los familiares abarcan la comunicación efectiva, el apoyo emocional y la supervisión parental. En el ámbito social, la integración en redes de apoyo, el acceso a educación de calidad y la participación en actividades comunitarias disminuyen el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas (Rojas et al., 2020). De ahí que se diga que los factores de protección son fundamentales para el desarrollo saludable; ya que construyen resiliencia, habilidades y conexiones (Kalojya & Tiwari, 2022).

Entre tanto, cabe indicar que los factores protectores en mujeres que consumen BDZ son elementos clave que contribuyen a mitigar los riesgos asociados con el uso de estos medicamentos y promueven un manejo más seguro y efectivo. Estos factores incluyen aspectos personales, sociales y del entorno que fortalecen la capacidad de las mujeres para afrontar situaciones de estrés o ansiedad sin desarrollar dependencia.

En primer lugar, el acceso a una red de apoyo social sólida, como familiares, amigos y grupos comunitarios, puede ser fundamental. Estas redes ofrecen un entorno de contención emocional, lo que disminuye la necesidad de recurrir a benzodiazepinas como único mecanismo para manejar el estrés o la ansiedad. Además, un apoyo social adecuado puede facilitar el acceso a recursos de salud mental, lo que amplía las opciones de tratamiento más allá del uso farmacológico (Vuele et al., 2021).

La educación y el conocimiento sobre los riesgos y beneficios de las BDZ también juegan un rol central. Mujeres informadas tienen mayor capacidad para tomar decisiones conscientes respecto al uso de estos medicamentos, considerando su uso a corto plazo y bajo supervisión médica estricta. Este

conocimiento puede incluir alternativas como la terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación o prácticas de mindfulness, las cuales han evidenciado un exitoso control de la ansiedad (Vuele et al., 2021). Otro factor protector importante es el desarrollo de habilidades de afrontamiento saludables. Estrategias como el ejercicio físico regular, una dieta equilibrada y el establecimiento de rutinas de sueño adecuadas contribuyen a mejorar la salud mental y emocional. Estas prácticas refuerzan las capacidades del organismo para controlar el estrés de manera natural, reduciendo la dependencia de medicación (Rojas et al., 2020).

Finalmente, la presencia de un sistema de salud accesible y con enfoque integral es crucial. La atención médica adecuada incluye un monitoreo continuo del uso de benzodiazepinas, así como la promoción de intervenciones psicosociales. Esto permite detectar tempranamente signos de abuso o dependencia y ofrecer alternativas terapéuticas adecuadas. Se puede señalar que estos factores protectores no solo ayudan a minimizar los riesgos asociados con el consumo de benzodiazepinas, sino que también potencian el bienestar general y la autonomía de las mujeres en el manejo de su salud mental (Kaloiya & Tiwari, 2022).

## **Dependencia al uso de BDZ**

### **Definiciones**

La dependencia a sustancias se define como un deseo intenso de consumo, conocido como craving, el cual suele ir acompañado de una pérdida de control sobre la ingesta de la sustancia, lo que lleva a un consumo compulsivo a pesar de las consecuencias negativas. Además, la dependencia implica el desarrollo de tolerancia (necesidad de dosis mayores para obtener el mismo efecto) y síntomas

de abstinencia cuando se reduce o suspende el consumo (OMS, 2013 citado en Acosta et al., 2019).

Cabe decir que, el abuso de sustancias implica un consumo el cual es de alta peligrosidad y nocivo de una serie de sustancias adictivas como el alcohol, el tabaco y drogas ilegales. A su vez, un consumo de sustancias psicoactivas puede provocar el síndrome de dependencia, que se presenta como un grupo de síntomas de tipo cognitivo, fisiológico y psicológico que se desarrollan después del consumo repetido y están asociados con un fuerte deseo de consumir la sustancia en cuestión y seguir consumiéndola a pesar de las consecuencias nocivas y los efectos nocivos que esto tiene sobre otras actividades (Ten & Patrão, 2021). Asimismo, la dependencia de sustancias es un estado adaptativo que se desarrolla a partir de la administración repetida de drogas y produce síntomas de abstinencia cuando el usuario deja de consumirlas (Pachpande & Patil, 2023).

En otras palabras, la dependencia hace alusión al contexto en el cual un individuo evita totalmente el uso de drogas o sustancias, y por efecto de ello, su organismo por el síndrome de abstinencia el cual varía según la sustancia y la duración del consumo. En el caso de las BZD, por ejemplo, la abstinencia puede provocar ansiedad intensa, insomnio, temblores, convulsiones e incluso delirium en los casos más graves (Pachpande & Patil, 2023). Por eso, en muchas ocasiones, la retirada de estas sustancias debe ser progresiva y supervisada por un profesional de la salud. A su vez, la dependencia de sustancias, también conocida como dependencia de drogas, es un estado adaptativo que se desarrolla a partir de la administración repetida de drogas y que resulta en la abstinencia del consumo de drogas. Mientras que una adicción a las drogas, es un concepto distinto de la

dependencia de sustancias, la cual se refiere a un uso compulsivo y fuera de control de la droga, a pesar de las consecuencias negativas (Pachpande & Patil, 2023).

### **Tipos de dependencia a las BDZ**

Se reconoce que un consumo indiscriminado de BZD genera personas crónicas, que se vuelven susceptibles a padecer de efectos de tolerancia y dependencia (Marín et al., 2021). En esa línea, los estos estudios sugieren que la dependencia al consumo de sustancias se manifiesta en tres tipos principales: dependencia cognitiva, fisiológica y psicológica, cada una caracterizada por un anhelo compulsivo de usar la sustancia a pesar de sus consecuencias negativas (Pando et al., 2021). A continuación, se presentan los tipos de dependencia al consumo de sustancias:

La dependencia física se caracteriza por cambios fisiológicos en el cuerpo debido al uso repetido de una sustancia. Entre los principales signos se encuentran la tolerancia, la cual alude a un deseo de consumo de sustancias en cantidades cada vez elevadas a fin de obtener el mismo efecto, y el síndrome de abstinencia, que ocurre cuando se reduce o suspende el consumo, dando lugar a síntomas como temblores, náuseas, insomnio y otros malestares. Este tipo de dependencia es común en sustancias como el alcohol, los opiáceos (heroína) y las benzodiacepinas, que generan una fuerte alteración en los sistemas corporales (Castro et al., 2023).

Asimismo, la dependencia psicológica alude a un deseo compulsivo o necesidad emocional de uso de una sustancia a fin de sentir sus efectos o evitar malestares psicológicos. Las personas que la padecen suelen sentir un fuerte deseo

o “craving” por la sustancia y una percepción de incapacidad para manejar situaciones de estrés o emociones negativas sin ella. Ejemplos de este tipo de dependencia se encuentran en el uso de drogas como el cannabis, los estimulantes (cocaína, metanfetaminas) y el tabaco, que generan una profunda asociación entre el consumo y el bienestar emocional o mental (Castro et al., 2023).

En tanto que, la dependencia social, en cambio, se vincula con los factores sociales y culturales que fomentan el uso de sustancias. En este caso, los individuos pueden verse influenciadas por grupos sociales o normas culturales que promueven el consumo, utilizándolo como un medio de integración o aceptación social. Este tipo de dependencia es frecuente en el consumo de alcohol en reuniones sociales o de tabaco en contextos laborales o de amistad, donde el uso de estas sustancias se normaliza o incluso se alienta (Pando et al., 2021).

Cabe indicar que, aunque estos tres aspectos mencionados, se presentan por separado, suelen estar interrelacionadas y reforzarse mutuamente. Es decir, que una persona puede desarrollar tolerancia física al alcohol (dependencia física), sentir que lo necesita para relajarse después del trabajo (dependencia psicológica) y consumirlo regularmente como parte de sus interacciones sociales (dependencia social). Por ello, el tratamiento y la prevención de la dependencia a sustancias psicoactivas requieren un enfoque integral que contemple las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, permitiendo una recuperación efectiva y sostenible.

Por otro lado, entre los tipos de dependencia por uso específico de sustancias, se hace alusión a los siguientes:

Dependencia al alcohol: El uso en exceso del alcohol implica uno de los tipos más comunes de dependencia. Se ha estudiado ampliamente en relación con

sus efectos en la memoria y la salud sexual masculina, mostrando un impacto negativo significativo en estas áreas (Caetano et al., 2023).

**Dependencia a drogas Ilícitas:** Este tipo de dependencia incluye sustancias como la heroína, cocaína, y metanfetaminas. Estas drogas son altamente adictivas y están asociadas con cambios morfológicos en el cerebro, afectando circuitos neuronales críticos como las vías fronto-estriatales y límbicas (Pando et al., 2021). Además, el uso de estas sustancias está vinculado a disfunciones sexuales en los hombres (Mostafa & Alghobary, 2023)

**Dependencia a opioides:** Los opioides, tanto ilegales como prescritos, son responsables de un aumento significativo en las tasas de sobredosis. Este tipo de dependencia es particularmente estigmatizado y conlleva a efectos graves para la salud a nivel físico como mental en las personas (Krendl & Perry, 2023).

**Dependencia a Cannabis:** El cannabis es otra sustancia comúnmente abusada, con efectos negativos documentados en la salud sexual masculina y en la formación de falsos recuerdos (Caetano et al., 2023)

**Policonsumo:** Se refiere al uso simultáneo de múltiples sustancias, lo cual complica el tratamiento y aumenta el riesgo de efectos adversos. Este tipo de dependencia es común y se relaciona con un impacto negativo en la salud sexual y cognitiva (Mostafa & Alghobary, 2023).

### **Efectos de la dependencia del consumo de BDZ**

Las BDZ son generalmente bien toleradas y su umbral tóxico está muy lejos de su umbral terapéutico. Sin embargo, su uso puede causar varios problemas, dependiendo de la dosis y duración de la prescripción, la sensibilidad individual y sus diferentes características (Cloos et al., 2021). Al respecto, es

importante destacar que, las BDZ afectan el sistema nervioso central y producen efectos como sedación, inducción del sueño, reducción de la ansiedad, acción anticonvulsivante y relajación muscular. Entre sus efectos adversos más frecuentes se encuentran la somnolencia excesiva, fatiga, disminución de la concentración y letargo. Cuando se administran en dosis elevadas, pueden provocar alteraciones en la coordinación motora, vértigo, mareos, dificultad en el habla, visión borrosa y cambios en el estado de ánimo (Sahuquillo, 2019). Asimismo, puede generar tolerancia, lo que implica la necesidad de incrementar la cantidad del fármaco para obtener los mismos efectos. Esto puede derivar en una dependencia tanto física como psicológica, incluso cuando se administran dosis bajas o en tratamientos de corta duración (Sahuquillo, 2019).

Por lo que, el consumo excesivo de estas sustancias puede llevar al desarrollo de una tolerancia elevada, mientras que su uso prolongado puede generar dependencia tanto física como psicológica. Además, la interrupción del tratamiento puede desencadenar síntomas de abstinencia, como pérdida del sueño, alteraciones gastrointestinales, temblores, agitación, sensación de temor y espasmos a nivel muscular, etc. (Correa & García, 2019). En este contexto, el riesgo de desarrollar dependencia a las BDZ está vinculado a su uso excesivo, generalmente superior a tres meses, al uso de dosis elevadas o a la administración de BDZ con una vida media corta y un alto poder ansiolítico. La aparición de tolerancia o síntomas de abstinencia tras la suspensión del fármaco suele llevar a un incremento en su consumo, reforzando así el ciclo de dependencia (Correa & García, 2019). Por su parte, el MINSA (2020), destacó que la dependencia física puede ocurrir cuando las BDZ se toman de manera constante durante varios días o

semanas, incluso según las prescripciones. Por lo que, el riesgo de dependencia aumenta a medida que se incrementa tanto la dosis como la duración del tratamiento con BZD. Además, la interrupción del uso de estas sustancias puede desencadenar un síndrome de abstinencia, cuyos síntomas incluyen insomnio, ansiedad, pérdida de apetito y peso, temblores, sudoración, tinnitus y alteraciones en la percepción. Este síndrome puede tardar hasta tres semanas en aparecer cuando se han utilizado BZD de acción prolongada, mientras que en el caso de las de acción corta, los síntomas pueden manifestarse en pocas horas (Sahuquillo, 2019).

Además, el consumo prolongado de BDZ, se ha asociado con un aumento en el riesgo de caídas, fracturas, accidentes de los tráficos, déficit cognitivo, alteraciones de la memoria y demencia. Además, se ha observado una relación entre el consumo prolongado de estas sustancias y un incremento en la mortalidad general (Baza et al., 2020). Al respecto, se aduce que, a pesar de la eficiencia de las BZD, estas no son apropiadas para su consumo a largo plazo y de forma excesiva debido a los efectos secundarios que pueden generar, como somnolencia excesiva, parálisis general, supresión de la libido y, en el caso de un consumo frecuente y prolongado, dependencia y riesgo de muerte súbita. De tal manera que, el desarrollo de métodos capaces de determinar de manera efectiva la concentración de estos fármacos en distintos medios es una necesidad urgente y actual (Tkach et al., 2016).

En ese sentido, todas las guías clínicas recomiendan no exceder las cuatro semanas de tratamiento con BZD debido a los riesgos asociados, como la dependencia, el abuso, la tolerancia y la generación de efectos negativos (Franco

& Saenz, 2020). A su vez, el tiempo del tratamiento debe ser la más breve posible, no excediendo las 4 semanas en el caso del insomnio y entre 8 y 12 semanas en el caso de la ansiedad, incluyendo el proceso de retirada gradual del medicamento. Además, se recomienda reevaluar al paciente de manera periódica, considerando la necesidad de continuar con el tratamiento, especialmente en aquellos que ya están libres de síntomas. En algunos casos, puede ser necesario extender el tratamiento más allá del período indicado (Sahuquillo, 2019).

### **Factores de abuso a BDZ por prescripción médica y condiciones mentales**

Como factores relacionados con las prescripciones médicas, se identifican distintos patrones de abuso de BZD: i) pacientes que tienden a desarrollar dependencia física debido a una prescripción regular de BZD para tratar problemas subyacentes como los estados ansiosos o de insomnio, pero que no modifican las dosis prescritas; ii) pacientes que comienzan a ingerir BZD bajo prescripción médica, pero luego realizan un uso indebido, incrementando excesivamente las dosis; y iii) un tercer grupo de personas que nunca recibieron una prescripción de BZD, pero las utilizan con fines recreativos o para contrarrestar los efectos de otras drogas consumidas (Quispe et al., 2021).

También se ha identificado que la gran demanda de personas en atención primaria, asociada al estrés psicológico, junto con la prescripción escasamente controlada de BDZ por parte de los médicos en este ámbito, la distribución gratuita de estos fármacos, y la falta de formación adecuada de los equipos de salud para garantizar una respuesta apropiada a las personas con sufrimiento psicológico, constituyen, junto a otros factores, al uso indiscriminado de

medicamentos psicotrópicos y a la consiguiente medicalización de diversos perfiles de pacientes (Oliveira et al., 2020). Respecto a la existencia de grupos de personas especialmente predispuestos a los efectos negativos de las BDZ, entre ellos, se encuentran los pacientes polimedicados que consumen BZD o fármacos depresores del sistema nervioso central (SNC), debido a la mayor posibilidad de interacciones medicamentosas. También están los pacientes consumidores de alcohol, ya que el alcohol potencia los efectos de las BZD, aumentando los riesgos. Por último, los pacientes de edad avanzada tienen una mayor vulnerabilidad, debido a los cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos que ocurren con el envejecimiento, lo que aumenta el riesgo de efectos adversos (Lueiro et al., 2018).

Entre factores de comorbilidad psiquiátrica y somática, se ha identificado en pacientes con dependencia severa de BDZ es frecuente. Estos pacientes muy a menudo tienen otras alteraciones por consumo de sustancias psicoactivas (por ejemplo, dependencia de opioides, cocaína o alcohol), sufren de insomnio, problemas de ansiedad (particularmente como pánico y ansiedad generalizada) junto a alteraciones afectivas. El abuso y la dependencia de BDZ también es frecuente en varios trastornos de la personalidad (personalidad antisocial, evitativa, límite, obsesivo-compulsiva, histriónica y dependiente), así como en trastornos reumatológicos, neurológicos y cardiovasculares (Couvée et al., 2002 citados en Cloos et al., 2021).

Cabe indicar que este problema se debe a que existe poca difusión del problema de la prescripción y empleo excesivo de benzodicepinas, debiendo aumentar los esfuerzos nacionales que eduquen sobre sus riesgos (Martín, 2018).

De ahí también que es vital el poder informar a los profesionales sanitarios que prescriben la medicación y al mismo tiempo a los pacientes que consumen psicofármacos a informar sobre los efectos colaterales del consumo de dichos fármacos en el mediano y largo plazo (Oliveira et al., 2020).

## **Modelos explicativos de la conducta del consumo de sustancias psicoactivas**

### **Teoría cognitivo-social y conductas adictivas**

Schippers (1991 citado en Cuadros, 2022) Conceptualiza la conducta adictiva como un fenómeno que se adquiere mediante las leyes del condicionamiento clásico, operante y vicario. En esa línea, este modelo sostiene que la adicción se media a través de la cognición, en la cual existen una serie de creencia respecto al efecto que tiene el consumo, acumuladas tanto mediante las interacciones sociales como por las experiencias vividas con los efectos del consumo. Los determinantes del consumo incluyen los significados funcionales relacionados al consumo y la eficacia que se espera de comportamientos alternativos, mientras que los hábitos de consumo se refuerzan con cada episodio, exacerbados por el estrés y la limitación de opciones conductuales. La recuperación, según Schippers, depende del poder desarrollar adecuados estilos de afrontamiento alternativos que permitan manejar el estrés de manera diferente, reduciendo así la dependencia del consumo (Schippers (1991 citado en Cuadros, 2022).

### **Teoría del Aprendizaje social cognitivo**

Este modelo, es clave en el estudio de las drogodependencias, destacando el concepto de autoeficacia como un factor cognitivo principal a fin de entender el comportamiento. Según Bandura, hay tres sistemas que regulan la conducta: el primero es el conjunto de estímulos externos o acontecimientos, que afectan principalmente el comportamiento mediante el condicionamiento clásico; el segundo es la consecuencia del comportamiento, a través de refuerzos externos que inciden en la conducta mediante el condicionamiento operante; y el tercero implica cada proceso cognitivo mediacionales, a través del regulan el impacto del entorno y determinan qué estímulos recibirán atención, cómo se percibirán y qué impacto tendrán en las conductas futuras (Cuadros, 2022).

### **Teoría de la Automedicación de Khantzian.**

Este modelo fue propuesto por Khantzian (1985 citado en Martínez et al., 2018), fundamenta que el uso de sustancias psicoactivas implica una respuesta adaptativa para lidiar con problemas emocionales o psicológicos subyacentes. Según esta perspectiva, las personas utilizan una sustancia como una manera de “medicarse” para atenuar el sufrimiento derivado de trastornos como los estados ansiosos, depresivos, o del estrés postraumático. Cada sustancia es seleccionada de manera específica por los efectos que genera y cómo estos pueden mitigar el malestar. Por ejemplo, los depresores del sistema nervioso central, por citar al alcohol, suelen emplearse con el propósito de reducir la ansiedad, mientras que los estimulantes, como la cocaína, pueden ser utilizados para contrarrestar estados de apatía o depresión. Esta teoría enfatiza la importancia de tratar las condiciones emocionales subyacentes como parte esencial de las intervenciones.

### **Modelos y enfoques de intervención terapéutica**

### **El modelo Transtórico del Cambio**

Prochaska y DiClemente (1983 citados en Bedoya & Orozco, 2019), describen el proceso por el cual las personas modifican comportamientos adictivos, como el uso de sustancias psicoactivas, a través de cinco etapas. En la primera etapa que es la precontemplación, el individuo no reconoce el problema ni tiene intención de cambiar; en la contemplación, comienza a considerar los efectos negativos del consumo, aunque persiste la ambivalencia. Durante la preparación, la persona toma decisiones concretas hacia el cambio, seguido de la acción, donde realiza modificaciones significativas en su comportamiento. Finalmente, en la etapa de mantenimiento, se trabaja para consolidar los logros alcanzados y prevenir recaídas.

Este modelo destaca por su enfoque dinámico y adaptable, ya que las estrategias de intervención se ajustan según la etapa en que se encuentre el individuo. Por ejemplo, en la precontemplación se busca aumentar la conciencia del problema, mientras que en la acción se refuerzan los comportamientos positivos. Además, reconoce que las recaídas son parte del proceso de cambio y ofrece herramientas para aprender de estas experiencias. Su versatilidad lo convierte en una guía ampliamente utilizada en programas de tratamiento de adicciones, ayudando a personalizar las intervenciones y maximizar su efectividad.

### **Terapia cognitiva – conductual (TCC) de Beck (1960)**

La TCC para el consumo de sustancias psicoactivas alude a una intervención de varias sesiones y limitada en el tiempo que se dirige a los desencadenantes cognitivos, afectivos y ambientales del consumo de sustancias y

proporciona formación en habilidades de afrontamiento para ayudar a una persona a lograr y sostener la abstinencia o para aminorar los daños (Magill et al., 2020). Asimismo, la TCC, se considera como un enfoque integral, al tratar de comprender y abordar tanto los aspectos cognitivos (pensamientos y creencias) como los aspectos conductuales (comportamientos y acciones), relacionados con la adicción, lo que permite una evaluación y un tratamiento completo de los factores que contribuyen a estas conductas. También, identifica pensamientos y patrones disfuncionales, facilitando el desarrollo de habilidades de afrontamiento, con procesos flexibles y de fácil adaptabilidad, lo que permite personalizar dicha terapia, a fin de gratificar las necesidades personales de cada individuo (Ortega et al., 2024).

Cabe indicar que, en el tratamiento de las adicciones, la TCC comienza por ayudar al paciente a identificar pensamientos disfuncionales relacionados con su adicción. Esto puede incluir creencias negativas sobre sí mismo, el mundo o el futuro, que contribuyen al mantenimiento del comportamiento adictivo, perpetuando el problema en sí. Esto permite a la persona poder potenciar capacidades de afrontamiento efectivas a fin de poder enfrentarse a situaciones desencadenantes (Ortega et al., 2024). De tal manera que el objetivo de la TCC es educar al paciente sobre el papel del pensamiento desadaptativo en el comportamiento para prevenir la recurrencia. Además, de ayudar a identificar los pensamientos, así como a aprender habilidades para desafiar el pensamiento inexacto y reemplazarlo con uno más preciso para eliminar los sistemas de creencias irracionales a través de la reorganización del sistema cognitivo (Mohamad et al., 2021). También supone fortalecer el control individual que cada

persona ejerce sobre sí mismo, partiendo de la idea de que la persona actúa como un científico, es decir, pone a prueba sus ideas y creencias de forma empírica. Entre sus principales características se encuentran: el enfoque en la resolución de problemas actuales, el establecimiento de objetivos realistas y compartidos, la búsqueda de resultados inmediatos, y la aplicación de estrategias validadas científicamente para mejorar la capacidad de afrontar las propias dificultades (Bedoya & Orozco, 2019).

Esta intervención esta sustentada en el hecho de que, la TCC contempla que las personas que sufren comportamientos psicológicos pueden potencialmente aprender mejores formas de afrontar la situación, lo que puede dar lugar a la creación de un cambio positivo en sus vidas (Alya, 2023). En ese sentido, la razón para utilizar la TCC durante los tratamientos hacia la adicción a sustancias psicoactivas incluye el hecho de que es un enfoque a corto plazo, comparativamente breve, que es adecuado para la mayoría de los programas clínicos. La TCC también está estructurada y orientada a objetivos y se centra en los problemas inmediatos a los que se enfrentan los pacientes que comienzan el tratamiento y luchan por controlar su consumo de sustancias. La TCC ayuda al paciente a reconocer la situación en la que es más probable que consuma sustancias psicoactivas y a evitarla, y a afrontar mejor las conductas problemáticas asociadas al abuso de sustancias (Alya, 2023).

Es importante resaltar que la TCC para la adicción a sustancias psicoactivas, utiliza un conjunto estándar de métodos, estrategias de afrontamiento educativas que tienen en cuenta la identificación y la especificidad de las situaciones en las que el afrontamiento es inconsistente, así como

entrenamiento, modelado, juegos de roles y ensayos conductuales. Estos métodos tienen como objetivo no solo aumentar el nivel de afrontamiento cognitivo y conductual, sino también facilitar la percepción de las influencias externas y mejorar la adaptación en situaciones estresantes. Aprender habilidades de afrontamiento para superar su déficit, eliminar los factores que pueden impedir la superación de una crisis y asegurar su aplicación adecuada en la práctica es una condición necesaria para el uso eficaz de la TCC. Los métodos de este tipo de terapia permiten mostrar al paciente que el aprendizaje social tiene un rol relevante para desarrollar el pensamiento rígido y la conducta desadaptativa y están diseñados para desarrollar y fortalecer el autocontrol (Vovk & Strashok, 2023). Implicando al mismo tiempo que los pacientes aprendan a reconocer y cambiar patrones de pensamiento automáticos que los llevan a recurrir a sustancias o comportamientos adictivos como una forma de lidiar con el estrés o las emociones negativas. Este principio es muy importante sobre todo cuando se trata de realizar una terapia estricta con pensamientos claros sobre la prevención de recaídas; y es que una parte esencial de la TCC en el manejo de adicciones es la prevención de recaídas. Los terapeutas trabajan con los pacientes para identificar situaciones de alto riesgo, desarrollar estrategias para evitarlas y establecer planes de acción específicos en caso de enfrentar desafíos inesperados (Ortega et al., 2024).

Entre algunas técnicas de TCC para la adicción a sustancias se encuentra la reestructuración cognitiva es una de las técnicas de la TCC que se centra en cambiar la conducta. La reestructuración cognitiva se centra en identificar conceptos erróneos e influir en la manera en la cual los individuos se perciben a sí

mismos eliminando el pensamiento distorsionado. En la adicción a las drogas, la reestructuración cognitiva ayuda al paciente a reconocer y modificar los patrones de pensamiento negativo los cuales pudiese estar contribuyendo a su adicción. Esto se logra disminuyendo la ansiedad y promoviendo la práctica razonada entre las víctimas. Durante el tratamiento, la reestructuración cognitiva funciona primero identificando los pensamientos negativos y luego desafiándolos. Luego, los pensamientos se reemplazan por pensamientos positivos y se anima al individuo a practicar un diálogo interno positivo (Alya, 2023).

El enfoque cognitivo-conductual de la prevención de recaídas para el tratamiento de la adicción a sustancias tiende a enfocarse en reconocer y prevenir de circunstancias de elevado riesgo los cuales pueden hacer que la persona abuse de las sustancias psicoactivas. En esa línea, la prevención de recaídas hace énfasis en el análisis funcional de las señales del consumo de drogas y en el entrenamiento para cultivar respuestas alternativas a esas señales. Las técnicas para la prevención de recaídas incluyen la identificación de los desencadenantes, el desarrollo de habilidades de afrontamiento como la psicoeducación sobre los peligros del consumo de sustancias, la creación de un plan de prevención de recaídas y el seguimiento del progreso (Alya, 2023).

El enfoque de gestión de contingencias para el tratamiento de la adicción a las drogas se basa en la teoría del aprendizaje operante e implica la provisión de un reforzador no farmacológico a los pacientes tras la demostración de abstinencia del consumo de sustancias. El propósito implica generar reforzamientos de conductas positivas y minimizar las conductas negativas mediante el uso de recompensas e incentivos, como la asistencia a sesiones de terapia (Alya, 2023).

### **Terapia Familiar Estructural de Minuchin (1974)**

Aborda la adicción a sustancias desde una perspectiva sistémica, considerando que el problema no reside únicamente en el individuo, sino en las dinámicas familiares disfuncionales que pueden contribuir a su mantenimiento. Minuchin postula que las familias poseen estructuras organizadas en subsistemas (conyugal, parental y filial), con límites que pueden ser difusos o rígidos, generando interacciones problemáticas. En el caso de la adicción, es común encontrar familias con roles desorganizados, falta de límites claros o coaliciones disfuncionales, lo que perpetúa la dependencia de sustancias. El objetivo de la intervención es reorganizar la estructura familiar, estableciendo límites saludables, clarificando los roles y promoviendo interacciones más funcionales (Rivas, 2022).

En esa línea, el terapeuta, adoptando un rol activo y directivo, emplea técnicas como la unión terapéutica (joining) para generar confianza, la reestructuración jerárquica para fortalecer la autoridad parental y la modificación de reglas disfuncionales que puedan estar facilitando la adicción. Además, se fomenta el resolver conflicto junto a una comunicación efectiva, sin recurrir a dinámicas de codependencia. Al corregir patrones familiares disfuncionales y crear un entorno de apoyo, la terapia no solo busca la recuperación del individuo con adicción, sino también la estabilidad y el bienestar del sistema familiar en su conjunto, reduciendo el riesgo de recaídas y fomentando un desarrollo saludable (Rivas, 2022).

### **2.2. ANTECEDENTES**

En España, Cruz (2023). Tuvo el objetivo de conocer como un programa reduce el uso de BZD a través de estrategias combinadas para aminorar

gradualmente las dosis de BZD, en un estudio de diseño experimental, en una muestra de 10 adultos mayores. En cuestiones generales, los hallazgos mostraron una disminución de la ansiedad, un sostenimiento de la calidad del sueño y un leve incremento en la función cognitiva. En esa línea, el propósito del programa se logró, ya que 9 de las 10 personas lograron finalizar progresivamente el uso de BZD, y uno de ellos llegó a reducirlo a la mitad e incluso eliminarlo en ocasiones. Todo esto se ha alcanzado de forma paralela a la participación en talleres de terapia psicológica (individual y grupal). Sin embargo, el objetivo no es solo eliminar el consumo, sino hacerlo de forma que no se incrementen los síntomas de ansiedad ni las dificultades de sueño. Se concluyó que los hallazgos obtenidos en los test cognitivos, una vez que se retiraron las BZD (con mejores resultados en los participantes que dejaron de consumir el fármaco), respaldaron las teorías que sugieren una asociación entre el consumo prolongado de BZD y el deterioro cognitivo. Por lo tanto, la eliminación de las BZD podría ser una estrategia valiosa para prevenir el progreso de demencias futuras.

En España, Vázquez & Frutos (2023) tuvieron el objetivo de analizar estrategias que permitan el retiro de BZD, en un estudio descriptivo, cuyos resultados detallaron que la intervención, consistió en enviarle al paciente una epístola donde se describía los efectos secundarios que tiene la administración a largo plazo de las BZP, en la cual se incluía la recomendación de retirada junto a una pauta de descenso. Como segundo paso era la intervención de entrevista donde el personal sanitario informa sobre los efectos adversos que genera la BZP en su uso a largo plazo además de que se abordaron los conocimientos sobre lo que significa dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y síntomas de

retirada. Sumado a ello, es relevante indicar que el proceso de retirada del consumo debe ser gradualmente, acompañado de un seguimiento regular para sostener el estado motivacional y medir el progreso de manera constante. Y un tercer paso es la intervención reforzada, por la cual tiende a utilizarse de manera simultánea, la psicoterapia y los psicofármacos. Cabe indicar que, dentro del contexto psicoterapéutico, se realiza una entrevista estructurada que aplica una estrategia de retirada fundamentada en la terapia cognitivo-conductual. El propósito de esta intervención es detectar y modificar los comportamientos disfuncionales vinculados al uso de BDZ. Sin embargo, es posible incluir psicofármacos de apoyo durante este proceso, la evidencia disponible no es suficiente para recomendar su uso de manera generalizada.

En Canadá, Neville et al. (2022) tuvo el objetivo de identificar y caracterizar las intervenciones para reducir el uso de BZD/SHD por parte de adultos en el entorno de atención aguda, en un estudio descriptivo, de revisión bibliográfica, en una muestra de 43 artículos científico de fuentes como PubMed, PsycINFO , Scopus y Web of Science de julio de 2018 a 2021. Como resultados se asume que la mayoría de los estudios probaron una sola intervención (74,4%), como educación, desprescripción, entrenamiento de relajación y protocolos de sueño. Los pacientes fueron con frecuencia el objetivo del entrenamiento de relajación y las intervenciones de cambio de comportamiento; mientras que los protocolos de sueño, las intervenciones multifacéticas, la educación y la desprescripción generalmente se dirigieron a los proveedores de atención médica, ya sea solos o en combinación con los pacientes, por lo que diversas

investigaciones llegaron a informar un resultado positivo en la disminución del uso de BZD/SHD (62,8%).

En Irlanda, Lynch et al. (2020) pretendió evaluar la efectividad de intervenciones breves (IB) en atención primaria dirigidas a reducir o suspender el uso a largo plazo de benzodiazepinas/fármacos Z (BZRA), en un estudio de revisión sistemática de ensayos controlados aleatorizados de intervenciones breves, en una muestra de ocho estudios de fuentes de PubMed, EMBASE, PsycINFO y CENTRAL (n = 2071 pacientes). Como resultados se conoció que, en comparación con la atención habitual, los pacientes de la intervención tenían más probabilidades de haber interrumpido el uso de BZRA a los 6 meses (ocho estudios, RR = 2,73, IC del 95% = 1,84-4,06) y a los 12 meses posteriores a la intervención (dos estudios, RR = 3,41, IC del 95% = 2,22-5,25). Se identificó que los dominios teóricos como “conocimiento”, “memoria, atención y procesos de decisión”, “contexto ambiental y recursos” e “influencias sociales” se habían incluido en cada intervención. Las técnicas de cambio de comportamiento (BCT) identificadas comúnmente incluyeron “información sobre las consecuencias para la salud”, “fuente creíble” y “agregar objetos al entorno”. No hubo una relación detectable entre el tamaño del efecto y los resultados de la codificación TDF o BCT. En conclusión, las IB desarrolladas en atención primaria llegan a ser más eficientes que la atención habitual con el objetivo de aminorar y/o eliminar el consumo a largo plazo de BDZ/fármacos Z.

En Brasil, De Souza & Schlindwein (2021) tuvieron el objetivo de reconocer los enfoques efectivos para motivar y promover la desprescripción de BDZ, en una muestra de 11 artículos de fuentes MEDLINE, Cochrane

CENTRAL, LILACS, SCIELO y Science Direct. Se encontró que las intervenciones enfocadas en la educación del paciente, orientadas a aumentar la conciencia comunitaria respecto a la desprescripción, lograron mejores niveles de interrupción del consumo y un mayor potencial para fomentar discusiones sobre la desprescripción con los médicos. Por otro lado, las intervenciones basadas en el asesoramiento proporcionado por diversos profesionales sanitarios no fueron bien evaluadas, ya que 4 de 6 artículos presentaron un riesgo alto, grave o crítico de sesgo. En conclusión, aunque la comparación entre distintas estrategias se vio limitada por el alto riesgo de sesgo en algunos estudios, las intervenciones centradas en la educación del paciente demostraron resultados favorables.

En Francia, Chapoutot et al. (2021) en estudio de diseño de revisión sistemática de intervenciones en BZD, en una muestra de 8 fuentes como Medline, PsycINFO y el Registro Central de Ensayos Controlados que comparan la eficacia de un programa de reducción solo frente a un programa de reducción asociado a TCC. Cabe indicar que la principal ventaja de utilizar la TCC en el tratamiento de la adicción a las BZD es que no se dirige sólo a la adicción en sí, sino también a las condiciones subyacentes que dieron lugar al consumo de las BZD, a saber, el insomnio y la ansiedad. Al tratar las causas que llevaron a la prescripción de BZD, los consumidores aumentan sus posibilidades de poder dejar de consumir. Como resultados se confirmó que la abstinencia de las BZD entre los consumidores crónicos es muy difícil. La terapia cognitivo conductual, ya sea la tradicional o la de nueva generación, aumenta las posibilidades de éxito de la abstinencia de las BZD. Estas terapias deberían ser obligatorias para los pacientes con trastornos de ansiedad o insomnio crónico antes de empezar a reducir la

medicación. Dormir mejor, sentirse menos ansioso por irse a la cama o por no dormir, controlar el estrés, regular las preocupaciones y gestionar los ataques de pánico parecen ser requisitos previos para embarcarse en la interrupción de un fármaco que ayuda a paliar químicamente estos problemas.

En Japón, Takeshima et al. (2021) tuvieron el objetivo de analizar el nivel de eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para suspender el uso de ansiolíticos BZD en usuarios con trastornos de ansiedad, en un estudio de revisión sistemática y metanálisis, donde se incluyeron tres ensayos controlados aleatorizados. Los resultados demostraron que la proporción de discontinuación de ansiolíticos BZD fue elocuentemente superior en el grupo de TCC donde existió una mayor disminución en contraste al otro grupo, tanto a corto plazo (3 meses posterior a la asignación; número necesario a tratar: 3,2, intervalo de confianza del 95% ( $p < 0.01$ ) como a largo plazo (6 a 12 meses posterior a la asignación; número necesario a tratar: 2,8, en un intervalo de confianza del 95% ( $p < 0.01$ ). En esa línea, la TCC es efectiva para discontinuar los ansiolíticos BZD, tanto a corto como a largo plazo posterior a la asignación. En ese sentido, aún es necesario realizar más estudios con muestras de mayor tamaño para obtener conclusiones definitivas sobre la eficacia y la seguridad de la TCC en la suspensión de ansiolíticos BZD en usuarios que padecen trastornos de ansiedad.

En estudios precedentes a nivel nacional se encontró en Lima, Cabanillas et al. (2022) pretendió analizar cómo se asocia la automedicación con BZD y el riesgo de abuso que necesita intervención, en una investigación de alcance correlacional, descriptiva y diseño no experimental, considerando un muestreo de 874 participantes que asisten a un hospital. En esa línea, de las personas

analizadas, 485 llegaron a considerarse consumidores de BDZ con prescripción médica y 389 consumidores sin receta. Cabe indicar que aquellos consumidores con receta y sin receta que requirieron de intervención, implicaron a 129 (26.6%) y 245 (62.98%), de forma respectiva ( $p < .01$ ). Concluyendo que existe una alta presencia de sujetos que requieren intervención por abuso de consumo de BZD y que no tienen prescripción médica en comparación con quienes sí la tienen.

En Huancavelica, la investigación de Córdor & Mantari (2021), tuvo el objetivo de reconocer que factores son influyentes en la automedicación de BDZ en usuarios de un centro hospitalario. El estudio fue sistemático, de tipo descriptiva, en una muestra 265 pacientes. Se halló que el 40% de usuarios tendían a automedicarse y tenían una edad de entre 40 a 49 años, en la cual un 63% de usuarios tomaban psicofármacos por cuestión personal o de terceros las cuales eran del género femenino. Cabe indicar también que en el grupo de los usuarios que si se automedicaban era de un 83%, lo cual se asociaba a que dicha automedicación se debía a que no poseían tiempo para asistir a un médico (49%), un 28% consideraba que no veían que sea muy necesaria la consulta médica; de la misma manera dicho grupo de personas eran de un nivel socio-económico bajo; un 35% consumía BDZ debido a problemas de insomnio, depresión en un 30%, y consumía alprazolam en un 45% de los usuarios.

En Huancayo, la investigación de Perales & Yance (2018) tuvieron el objetivo de describir aquellos factores influyentes en el uso de ansiolíticos BDZ. La investigación fue del tipo básico y de nivel descriptivo, con 262 usuarios que acudieron a las farmacias y se encuestaron. Se halló que los factores influyentes al uso de BDS se debía a problemas de insomnio (57%) y también porque no

encontraban sentido a sus vidas (71%). Asimismo, los ansiolíticos que se prescribían eran preferentemente alprazolam (52%), bromazepam (28%) y lorazepam (12%). Asimismo, la prescripción de dichas BDS fueron abordadas debido a trastornos del sueño, síndrome de ansiedad y depresión. A su vez, el 46% de evaluados, recibieron BDZ desde 1 a 2 años, aunque un 21% fue de 3 a 4 años. Entre los factores de tipo personal influyentes en el uso de BDZ, un 57% era para dormir mejor, por temas de enfermedad y por problemas familiares. Mientras que, entre los factores sociales, el 71% era para hallar un mejor sentido a su vida, para huir de los problemas y por ser costumbre en la familia.

En Tacna, Huamán (2015) pretendió identificar los factores sociales que condicionan la intoxicación por BDZ en usuarios del servicio de emergencia, en un estudio descriptivo, relacional, en base a un muestreo con 109 pacientes, donde se administraron dos encuestas. Entre los resultados, se apreció aquellos con BDZ, el 79.8% demostró otro tipo de intoxicación y un 20.2% si presentó BDZ. A su vez, como factores sociales entre los participantes, implicaron, una edad de 20 a 35 años, del género femenino; con un nivel de instrucción de secundaria; sujeto a pertenecer a la religión católica. Además, como origen de procedencia correspondió a Tacna, con un estado civil de conviviente; bajo una estructura familiar, sin hijos; de acuerdo a una ocupación laboral de obrero; además de poseer un ingreso económico inferior a los S/.750 soles; con nivel socioeconómico de pobreza. Concluyendo que los factores sociales (edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, religión, lugar de procedencia, ocupación, tipo de familia, número de hijos, ingreso económico, nivel de pobreza) llegaron a ser aspectos influyentes para la BDZ. Asimismo, los factores influyentes para la

automedicación con BDZ implicaron, el género femenino, no tener tiempo para ir al médico, falta de dinero.

En Lima, Cabanillas (2015) pretendió identificar si la automedicación con BDZ se asocia al riesgo de abuso, en usuarios de un hospital, basado en una investigación de alcance relacional y descriptivo, con diseño no experimental, con un muestreo de 874 participantes a quienes se encuestaron. El análisis demostró que, 485 participantes llegaron a confirmarse como consumidores de BZD bajo receta médica y 389 sin receta. Asimismo, aquellos que requerían intervención correspondieron a los de receta médica en un 26.6% y sin receta médica un 62.9% de forma respectiva ( $p < 0.01$ ). Asimismo, existió asociación sobre la automedicación con BDZ y el riesgo de abuso con requerimiento de intervención. Sumado a ello, entre los factores demográficos, solo el sexo femenino ( $p = 0,015$ ) y la ocupación de ama de casa ( $p = 0,022$ ) dieron un resultado de asociación con el abuso con requerimiento de intervención.

## CAPÍTULO III: EVALUACIÓN

### 3.1 TÉCNICAS O MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Observación: La técnica de la observación se basa en examinar y estudiar cuidadosamente hechos los cuales aporten datos relevantes para el proceso investigativo, con el fin de recabarlos y estudiarlos (Pimienta, 2017). Se trata de un método que implica la percepción directa del objeto de estudio. Además, como herramienta fundamental del investigador, la observación permite acceder al conocimiento de una problemática a través de la experiencia directa con los fenómenos observados (Román et al., 2021).

Entrevista semiestructurada: es una técnica en la cual el entrevistador guía la conversación a partir de un esquema general, utilizando preguntas abiertas que no siguen un formato rígido o estandarizado (Sánchez et al., 2018). De esta manera, se recopila información mediante el diálogo con los participantes, con el objetivo de obtener datos, testimonios y opiniones vinculadas al tema de investigación (Pimienta, 2017).

Encuesta: Se basa en un procedimiento que permite recabar una serie de datos utilizando el cuestionario y que dicho proceso esta dirigido a evaluar un problema de estudio (Macias et al., 2018).

Instrumento: Por efecto de la técnica de la encuesta, se utiliza como instrumento al cuestionario, el cual tiende se constituirse por una serie de ítems ya sean abiertos o cerrados en clara implicancia a estimar una variable teórica y que dicho instrumento permite recabar su información (Pozzo et al., 2019).

### 3.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Los instrumentos utilizados para el análisis del caso:

- Examen Cognoscitivo Mini – Mental.
- Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)
- Escala de Autoevaluación de depresión de Zung (EAD)
- Cuestionario para Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol - AUDIT
- Ficha de Tamizaje de Violencia Intrafamiliar – VIF
- Inventario de Autoestima – Coopersmith Adultos
- Test de la persona bajo la lluvia.
- SCL-90-R Cuestionario de síntomas.

#### **Examen Cognoscitivo Mini – Mental**

##### Ficha técnica

- Nombre: Examen Cognoscitivo Mini – Mental.
- Nombre original: Mini – Mental State Examination (MMSE).
- Autores: Marshal, Folstein, Folstein, McHugh y Fanjiang.
- Objetivo: Detección rápida del deterioro de funciones cognitivas.
- Población: Adultos y adultos mayores, especialmente en contextos clínicos donde se sospeche deterioro cognitivo.
- Número de ítems: 30.
- Descripción: Analiza cinco áreas cognitivas como es la orientación (en tiempo y espacio), registro y memoria inmediata (repetición de palabras), atención y cálculo (restar de 7 en 7 desde 100), memoria diferida (recordar palabras dadas previamente, lenguaje y habilidades

visoespaciales (nombras objetos, seguir instrucción, copiar un dibujo).

- Tiempo de administración: 5 - 10 minutos aproximadamente.
- Aplicación: Individual.
- Validez y confiabilidad: En el ámbito peruano, Custodio & Lira (2014) determinaron estos criterios del MMSE, mediante la validez concurrente en relación con el Montreal Cognitive Assessment-Basic (McCA-B), en la cual se obtuvo una correlación positiva moderada y significativa entre los instrumentos ( $r = 0.64$ ;  $p = 0.00$ ). Estos mismos resultados avalaron el nivel de confiabilidad de la prueba aunado a otros estudios internacionales que certifican la eficacia para evaluar el deterioro cognitivo.
- Interpretación:
  - De 27 – 30: Función cognitiva normal
  - De 21 – 26: Deterioro cognitivo leve
  - De 10 – 20: Deterioro cognitivo moderado
  - Igual o menor a 9: Deterioro cognitivo severo

### **Escala de Autovaloración de la Ansiedad de Zung**

#### Ficha técnica

- Nombre original: Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA).
- Autor: William Zung.
- Objetivo: Identificar los niveles de ansiedad, buscando medir cuantitativamente la intensidad al margen de la causa.
- Población: Adolescentes y adultos

- Número de ítems: 20.
- Descripción: La escala está conformada por 20 relatos, cada uno referido a manifestaciones características de ansiedad, como síntomas o signos, y se subdivide en dos 2 dimensiones, como es ansiedad afectiva y ansiedad somática
- Tiempo de administración: 15 minutos aproximadamente.
- Aplicación: Individual y colectiva.
- Validez y confiabilidad: En el ámbito peruano Delgadillo (2016) validó el instrumento mediante el juicio de expertos y obtuvo una fiabilidad de 0,882.
- Interpretación:
 

Nivel de ansiedad normal (20-49): La persona no muestra ansiedad significativa.

Nivel de ansiedad leve (50-59): Hay signos de ansiedad leve que pueden ser manejados con estrategias de afrontamiento.

Nivel de ansiedad moderada (60-69): Se recomienda atención psicológica para evitar que la ansiedad empeore.

Nivel de ansiedad severa (75 a más): Indican ansiedad severa y la necesidad de una intervención clínica urgente.

### **Escala de Autoevaluación de depresión de Zung**

#### Ficha técnica

- Nombre original: Escala de Autoevaluación de depresión de Zung
- Autor: William Zung
- Objetivo: Diseñado para medir la presencia de la depresión

- Población: Adolescentes (desde los 13 años) y adultos.
- Número de ítems: 20.
- Tiempo de administración: 15 minutos aproximadamente
- Aplicación: Individual y colectiva.
- Validez y confiabilidad: En el ámbito peruano Arquero (2019) determinó la validez de criterios de Jueces y/o Expertos y el análisis factorial confirmatorio – modelo unifactorial; con un índice de consistencia interna, a través de Omega de Mc Donald de 0.983. Los índices de fiabilidad son de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades, y en índice  $\alpha$  de Cronbach entre 0,79 y 0,92; así mismo posee una validez global que oscila entre 0.50 y 0.8.
- Nivel de depresión normal (20-49): Estado emocional dentro de parámetros normales.
- Nivel de depresión leve (50-59): Indican depresión leve, que puede beneficiarse de apoyo psicológico.
- Nivel de depresión moderada (60-69): Sugieren una depresión moderada, con necesidad de intervención psicológica.
- Nivel de depresión intensa (70 o más): Se recomienda evaluación psiquiátrica y tratamiento inmediato.

**Cuestionario para Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol - AUDIT**

Ficha técnica

- Nombre original: Cuestionario para Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol - AUDIT

- Autor: Organización Mundial de la Salud.
- Objetivo: Detectar los patrones de consumo problemático, uso nocivo o dependencia del alcohol en poblaciones adultas.
- Población: De 18 años de edad en adelante.
- Número de ítems: 10.
- Descripción: El instrumento comprende de 10 preguntas en referencia al consumo.
- Tiempo de administración: 2 a 3 minutos aproximadamente.
- Aplicación: Individual.
- Validez y confiabilidad: En el Perú la investigación de Colonio & Huaycañe (2016) determinó la validez de contenido mediante 5 profesionales donde el coeficiente de contenido de la V de Aiken fue superior a 0.80. Asimismo, el estudio de Colonio & Huaycañe (2016) determinó la consistencia interna del instrumento donde obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach es superior a 0.75.
- Interpretación de los niveles de riesgo:
  - Consumo de riesgo bajo (0-7): El consumo de alcohol no parece estar generando problemas.
  - Consumo de riesgo (8-15): El consumo es elevado y puede derivar en problemas de salud si no se interviene.
  - Consumo perjudicial (16 - 19): El consumo ya está afectando la salud física o mental, o el entorno social.
  - Probable dependencia (20 – 40): Se observa un patrón grave de consumo, con posible dependencia de alcohol.

### **Ficha de Tamizaje de Violencia Intrafamiliar – VIF**

- Nombre original: Ficha de Tamizaje de Violencia Intrafamiliar – VIF
- Autor: Ministerio de Salud
- Objetivo: Analizar indicadores de violencia intrafamiliar.
- Población: Niños, adolescentes y adultos.
- Número de ítems: 35 indicadores de violencia.
- Descripción: La ficha de conforma de preguntas sobre el tipo y la frecuencia de maltrato recibido y por parte de quien ha recibido dicho maltrato. Además, contiene 35 indicadores sobre violencia física, psicológica, sexual.
- Tiempo de administración: 5 a 10 minutos aproximadamente.
- Aplicación: Individual y colectiva.
- Interpretación:  
  
El análisis interpretativo de la ficha de tamizaje se basa en función a los indicadores que la paciente ha respondido durante la evaluación.  
  
Por tal razón no existe una tabla interpretativa.

### **Inventario de Autoestima – Coopersmith Adultos**

#### Ficha técnica

- Nombre original: Inventario de Autoestima – Coopersmith Adultos
- Autores: Stanley Coopersmith
- Objetivo: Medir las actitudes valorativas hacia sí mismo, así como en las áreas a nivel personal, familiar y social de la experiencia de una persona.

- Población: Adolescentes (16 años a más) y adultos.
- Número de ítems: 25.
- Descripción: La prueba se encuentra diseñada para medir las actitudes valorativas con adolescentes y adultos a partir de los 16 años de edad en adelante. Los ítems se deben responder de acuerdo a si el sujeto se identifica o no con cada afirmación en términos de verdadero o falso.
- Tiempo de administración: 15 minutos.
- Aplicación: Individual y colectiva.
- Validez y confiabilidad: En el Perú, Arostigue (2017) determinó la validez de contenido mediante el juicio de 9 expertos y la prueba binomial obtuvo un nivel significativo Mientras que el coeficiente de alfa de cronbach fue de = 0.80.
- Interpretación:
  - Autoestima baja (0% - 24%): Indica problemas significativos de autoconfianza y percepción negativa de sí mismo. Puede requerir intervención psicológica.
  - Autoestima medio-baja (25% - 49%): Sugiere inseguridades en ciertas áreas, con tendencia a dudar de sus capacidades.
  - Autoestima medio-alta (50% - 74%): Indica una autoestima relativamente estable, aunque con algunas áreas de vulnerabilidad.
  - Autoestima alta (75% - 100%): Refleja una autopercepción positiva, confianza en sus habilidades y resiliencia ante los desafíos.

### **Test de la persona bajo la lluvia**

#### Ficha técnica

- Nombre original: Test de la persona bajo la lluvia.
- Autor: Silvia Querol y María Chaves.
- Objetivo: Evaluar las ansiedades, temores, aspectos conductuales que se activan ante una situación de presión ambiental.
- Población: En todas las edades.
- Número de ítems:
- Descripción: Se trata de un procedimiento simple, que produce un mínimo de ansiedad en el sujeto de la prueba; su toma requiere poco tiempo y puede ser aplicada por personal auxiliar; tan sólo se necesita una hoja de papel y un lápiz.
- Tiempo de administración: Indefinido.
- Aplicación: Individual y colectiva.

#### **SCL-90-R Cuestionario de síntomas**

#### Ficha técnica

- Nombre original: SCL-90-R Cuestionario de síntomas.
- Autor: L.R. Derogatis.
- Objetivo: Apreciación de nueve dimensiones sintomáticas de psicopatología y tres de índices globales de malestar.
- Población: En adolescentes (desde los 13 años) y adultos.
- Número de ítems: 90.

- Descripción: Cada uno de los ítems describe una alteración psicopatológica o psicosomática concreta. La intensidad del sufrimiento causado por cada síntoma debe ser graduada por el sujeto entrevistado desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima).
- Tiempo de administración: Entre 12 a 15 minutos.
- Aplicación: Individual y colectiva.
- Validez y confiabilidad: En el Perú, Quiroz (2017) determinó validez de contenido como una V de Aiken y la validez de criterio con relación alta (0.633) y sig. con la Escala de Zung. La confiabilidad test re test de las correlaciones entre escalas y el cuestionario total son significativas y superiores a (0.60).
- Interpretación:
  - Bajo: 0.00 – 0.39: Dentro del rango normal
  - Moderado: 0.40 – 0.99: Presencia leve a moderada de síntomas psicológicos
  - Alto: 1.00 – 1.49: Síntomas significativos
  - 1.50 o más: Muy alto: Malestar psicológico severo

### **3.3 PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN**

El proceso de análisis estuvo basado en el caso de una paciente mujer, la cual asiste mensualmente a sus controles en un establecimiento de salud de la ciudad de Piura, siendo elegida mediante el seguimiento de diversos casos de

mujeres que asisten a sus controles, por diversos problemas y en general estas mujeres aparte de su consumo de drogas o alcohol, se les administra el uso de BZD, en esa medida fue importante considerar una edad relativamente mayor (62 años de edad tiene la paciente), para tener un historial de mayor análisis, considerando antecedentes como consumo de sustancias psicoactivas desde edades tempranas, con eventos importantes patológicos como intentos suicidas, familias con diagnóstico de consumo de sustancias, posibles abusos de maltrato infantil, en las relaciones de pareja, etc., que han conllevado a que actualmente la paciente en estudio aún padezca de un consumo de alcohol que se está tratando y que en el mismo establecimiento se le receta consumir BZD.

En consideración a diversos aspectos en mención fue que se eligió a la paciente como sujeto de estudio, en la que se le llegó a informar sobre los alcances del estudio, aclarando que su disposición a formar parte de la investigación era totalmente voluntaria y que ante el hecho de dejar de participar no tendría repercusiones que afecten su integridad o tratamiento que sigue en el centro de salud al que asiste, quedando constatado en el documento de consentimiento informado. Posteriormente establecido el compromiso con la usuaria que forma parte del estudio, se coordinaron una serie de fechas de evaluación que incluyen la elaboración de su historial de vida (anamnesis) y se aplicaron una serie de pruebas psicológicas para la recopilación de información y posterior análisis de estudio.

Cabe indicar que el proceso de desarrollo de atención a la paciente consiste en que la usuaria llega al Centro de Salud Mental Comunitario, después se dirige a triaje y a su creación de Historia Clínica posterior a ello continua en el área de

Acogida, donde es atendida por una profesional en enfermería quien le brinda la primera atención. Asimismo, la Profesional deriva a la usuaria según la gravedad al profesional médico general quien evalúa según los signos y síntomas. Finalmente, la usuaria ingresa a ser atendida por el profesional psicólogo quien realiza todas las atenciones correspondientes. En esta oportunidad la usuaria ha recibido según su diagnóstico un paquete de atención de 27 atenciones, siendo estas consideradas de manera regular con los profesionales médico, psicólogo, enfermero, terapeuta ocupacional y químico farmacéutico. En esa línea las evaluaciones del caso se dieron de la siguiente manera:

- Entre las pruebas aplicadas desde el inicio del caso fueron el Test Mini-Mental, el cual es una herramienta ampliamente utilizada para evaluar el estado cognitivo de una persona, identificando posibles problemas de memoria, atención y lenguaje junto a la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA) referido a evidenciar manifestaciones y características de ansiedad, como síntomas o signos.
- En la siguiente sesión se aplicó la Escala de Autoevaluación de depresión de Zung (EAD) que evaluó la presencia y gravedad de síntomas depresivos además de la aplicación de un cuestionario para la Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol – AUDIT
- En la tercera sesión se aplicó la Ficha de Tamizaje de Violencia Intrafamiliar – VIF, con el objetivo de detectar situaciones de

violencia o si ha sufrido abuso psicológico, físico o sexual, así como indicadores de negligencia. En el inventario de Autoestima-Coopersmith Adultos con el objetivo de conocer sus fortalezas y debilidades emocionales.

- Finalmente se aplicó el Test proyectivo de la persona bajo la lluvia con el propósito de evaluar la imagen propia que presenta la usuaria en sus condiciones desfavorables y el SCL-90-R Cuestionario de síntomas para evaluar la dimensión somática específica como la depresión o ansiedad.

### **3.4 PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA DEL PROBLEMA**

A partir de la evaluación médico psiquiátrica que se le asignó a la paciente que forma parte de la investigación este fue diagnosticada como:

- Trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento (DSM – V).

### **3.5 RESULTADOS OBTENIDOS DE CADA INSTRUMENTO**

#### **- Examen Cognoscitivo Mini – Mental**

Los resultados del instrumento de evaluación oscilaron entre 21 a 26, lo cual indica un déficit cognitivo leve. Esto sugiere posibles dificultades en memoria, atención, orientación o habilidades visoespaciales, aunque la persona aún puede desenvolverse de manera relativamente independiente. Asimismo, este resultado puede estar influenciado por factores como fatiga, ansiedad, depresión o bajo nivel educativo.

#### **- Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)**

Los resultados arrojaron que el puntaje índice EAA fue de 50, siendo un nivel de dentro de lo normal.

- **Escala de Autoevaluación de depresión de Zung (EAD)**

Los resultados arrojaron que el puntaje índice EAD fue de 59, siendo un nivel de depresión moderada.

- **Cuestionario para Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol – AUDIT**

Los resultados arrojaron que el puntaje general de 11, siendo un nivel de consumo de riesgo, por el que se recomienda intervención breve.

- **Ficha de Tamizaje de Violencia Intrafamiliar – VIF**

La evaluada presenta indicadores de maltrato a nivel físico como problemas de apetito, asimismo a nivel psicológico demuestra extrema falta de confianza de sí misma, con sentimiento de tristeza y depresión, se siente socialmente aislada de las personas, dado que se ha separado de su familia, además ha tenido intentos de suicidio.

- **Inventario de Autoestima – Coopersmith Adultos**

Con un puntaje bruto de 11 obtuvo un valor baremo de 44%, se obtuvo un nivel de autoestima de categoría media-baja. Esto indica que la persona tiene una autoimagen moderadamente negativa, es decir, no se percibe completamente segura, valiosa o competente en general. Aunque no está en el nivel más bajo, hay signos de inseguridad, dudas o autocrítica que pueden afectar su bienestar emocional o su desempeño en distintos ámbitos.

En la dimensión Sí misma, obtuvo un valor bruto de 3 con un baremo porcentual de 12%, se ubicó un nivel media-baja. Esto refleja cómo se percibe la persona en cuanto a valor personal, autoconfianza y autoaceptación. Un puntaje media-bajo sugiere que puede tener dificultades para reconocer sus propias cualidades o confiar en sus capacidades. Podría ser sensible a la crítica o dudar de sus decisiones.

En la dimensión social obtuvo un puntaje bruto de 5 con un valor baremo de 20% ubicándola en una categoría media-alta. Dicho resultado implica que la paciente se siente relativamente aceptada y valorada en su entorno social. Probablemente tiene una buena interacción con los demás, y puede sentirse cómoda participando en grupos, haciendo amistades o comunicándose. Este aspecto funciona como un factor protector frente a otras áreas más débiles.

En la dimensión Hogar, obtuvo un valor bruto de 3 con un baremo porcentual de 12%, ubicándola en una categoría media-baja. Este resultado sugiere que la persona no percibe suficiente apoyo, aceptación o valoración dentro del entorno familiar. Puede haber tensiones, conflictos o una percepción de no ser comprendida o respetada. Esto puede afectar la autoestima general, ya que la familia suele ser un pilar emocional clave.

- **Test de la persona bajo la lluvia**

Los resultados de la evaluada indican que posee plena consciencia de las circunstancias que vive, demostrando cierto equilibrio con disposición a hacer frente a sus problemas, aunque en ocasiones tienda a correr riesgos, mentalmente presenta rasgos de desconocimiento de sí mismo

acompañado de problemas de identidad, en la que emocionalmente presenta indicadores de depresión, represión de impulsos, tensión, ansiedad con tendencias autoagresivas, y socialmente se siente amenazada de su entorno, demostrando ante ello aislamiento.

- **SCL-90-R Cuestionario de síntomas.**

Los resultados de la prueba identificaron un puntaje bruto general de 72, lo cual indica un nivel moderado de malestar psicológico, con un Índice Global de Severidad (GSI) aproximado de 0.80, lo cual sugiere la presencia de síntomas emocionales leves a moderados. Este resultado refleja que la persona evaluada experimenta malestares psicológicos que, si bien no alcanzan un nivel clínicamente severo, pueden estar interfiriendo parcialmente en su bienestar o funcionamiento cotidiano. Asimismo, es posible que esté atravesando situaciones de estrés, ansiedad o dificultades emocionales puntuales que merecen ser atendidas.

## **CAPITULO IV: INTERVENCIÓN**

### **4.1 PROBLEMA DELIMITADO**

A nivel del área cognitiva, se evidencia la creencia de que el consumo de sustancias como BZD y alcohol a la paciente le genera una sensación de alivio a su estado emocional producto de los problemas que percibe, lo cual refuerza sus pensamientos irracionales frente al consumo de sustancias psicoactivas, asimismo, evidencia pensamientos de que algo no está funcionando bien en su mente (despersonalización). También tiene una percepción de amenaza respecto a su entorno inmediato.

A nivel del área emocional, demuestra rasgos de inestabilidad emocional acompañado de aspectos depresivos que generar una percepción negativa de sí mismo, falta de confianza, sensibilidad a la crítica, sentimientos de ira y melancolía, represión de impulsos con tendencia a la autoagresión.

A nivel del área conductual, tiende a manejarse con prudencia frente a las normas sociales, pero tiene dificultades para hacer frente a los conflictos por lo que tiende a recurrir al uso de BZD y consumo de alcohol y actualmente se encuentra alejada de su familia por decisión propia.

### **4.2 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN**

#### **4.2.1 Objetivo general**

- Promover habilidades cognitivas, emocionales y conductuales en el proceso de cambio de la conducta adictiva al uso de benzodiazepinas en

una mujer que asiste a un centro de salud mental comunitario de acuerdo al modelo cognitivo conductual.

#### **4.2.2 Objetivos específico**

- Promover la toma de conciencia sobre la dependencia a sustancias psicoactivas en la paciente.
- Fomentar la capacidad para evaluar y reestructurar pensamientos irracionales que mantienen la conducta adictiva al uso de BDZ.
- Potenciar estrategias de regulación emocional en la paciente.
- Desarrollar habilidades de resolución de conflictos en la paciente para afrontar comportamientos de riesgo de recaída.
- Modificar patrones de comportamiento no saludables de la paciente.

### **4.3 TÉCNICAS: SELECCIÓN Y SUSTENTO DE LAS TÉCNICAS EMPLEADAS**

#### **4.3.1 Técnicas cognitivas**

**Psicoeducación:** tiene como finalidad reconocer las conductas adictivas, fomentar la toma de conciencia sobre la problemática, fortalecer la motivación para el cambio, mejorar el autocontrol y promover alternativas realistas y racionales que conduzcan a un estilo de vida alejado del consumo de sustancias (Solano, 2018). Su implementación suele incluir varios pasos, como seleccionar la información relevante para el paciente, proporcionar los conocimientos adecuados de forma comprensible, verificar que el paciente haya comprendido el contenido transmitido y, si es necesario, entregar el material en formato físico (Valdiglesias, 2019).

**Análisis funcional:** consiste en la manipulación controlada de los factores del entorno con el propósito de comprobar empíricamente su influencia como antecedentes o consecuencias que refuerzan y sostienen conductas problemáticas (Martin & Pear, 2008). Este tipo de análisis permite identificar de forma directa los elementos asociados al consumo, como la frecuencia, la intensidad, las condiciones en que ocurre, los pensamientos, sensaciones, impulsos y las personas o situaciones involucradas en dicha dinámica (Castillo, 2008 citado en Bedoya & Orozco, 2019).

**Análisis de casos:** se basa en dar a conocer a la paciente una serie de casos clínicos donde se detallan experiencias de otras personas en situaciones similares al problema de estudio con el objetivo de poder analizar, estudiar y proponer alternativas de afrontamiento sobre la situación problema (Coronel, 2022).

**Reestructuración de pensamientos:** Toma de referencia la técnica del ABC, el cual permite descomponer una experiencia en tres componentes fundamentales: el evento activador (“A”), que representa la situación concreta; las creencias o pensamientos (“B”), que surgen frente a dicho evento; y las consecuencias (“C”), que comprenden las reacciones emocionales y conductuales derivadas del mismo (Bedoya & Orozco, 2019). Bajo esta perspectiva, el paciente, con el acompañamiento inicial del terapeuta, busca identificar y cuestionar aquellos pensamientos disfuncionales, con el fin de reemplazarlos por otros más adaptativos, reduciendo así el malestar emocional o conductual generado por los anteriores (Obando & Vera, 2017).

**Distractores cognitivos:** tienen como objetivo desviar la atención del individuo de un enfoque interno —como pensamientos automáticos, recuerdos o

sensaciones físicas— hacia estímulos externos. Aunque estas estrategias puedan parecer sencillas, resultan efectivas para reducir intensos deseos de consumo o craving (Martin & Pear, 2008). En esencia, se busca dirigir la atención hacia pensamientos o actividades positivas. Frente a impulsos de consumo, la persona puede recurrir a actividades como cantar, dibujar, hacer ejercicio, conversar con alguien de confianza u otra actividad placentera. Sin embargo, una vez que haya recuperado el control emocional, es fundamental que reflexione sobre la situación que generó el deseo de consumo y exprese sus emociones y necesidades de forma transformada (González, 2022).

**Bloqueo de pensamientos:** es una técnica que busca interrumpir y reemplazar aquellos pensamientos vinculados al deseo de consumo (craving). Su finalidad es entrenar al paciente para que logre evitar, incluso antes de que se formen, cualquier idea que pueda desencadenar el impulso por consumir (González, 2009 citado en Valdiglesias, 2019). Al reducir la aparición de este tipo de contenido cognitivo, disminuye también la intensidad del deseo. Esta estrategia apunta a minimizar tanto los pensamientos como las respuestas internas asociadas al deseo adictivo, ya que estas representan los primeros eslabones de la cadena conductual que puede culminar en una recaída (Solano, 2018).

**Auto registros:** permiten realizar un análisis funcional de las experiencias registradas por la persona, favoreciendo la toma de conciencia sobre los errores cognitivos y los procesos automáticos implicados. A través de este ejercicio, se exploran tanto las expectativas previas al comportamiento como los antecedentes y consecuencias del mismo, lo que facilita una comprensión más profunda de los patrones que refuerzan la conducta problemática (González, 2020). Asimismo, la

paciente se enfoca en su propia conducta problemática y puede llevar a cabo monitoreos, lo que proporciona feedback al paciente en su problema de cambio de la conducta adictiva, siendo que el uso del registro de pensamiento (ABC) ayuda a describir situaciones, pensamientos y emociones negativas asociadas (Solano, 2018).

#### **4.3.2 Técnicas emocionales**

**Diario emocional:** se refiere a un tipo de herramienta que ayuda a la paciente a describir y generar sus descargos emocionales, a través del registro de sus experiencias, sentimientos, pensamientos y maneras en cómo afrontar los diversos eventos de su vida. La redacción todas estas experiencias ayudan a que la paciente identifique y reconozca la manifestación de sus pensamientos irracionales y como estos afectan su estado emocional y comportamental (Coronel, 2022).

**Entrevista motivacional:** es una técnica breve orientada a reducir la resistencia del paciente, evitando confrontaciones directas y promoviendo su autonomía en la toma de decisiones. Su propósito es disminuir los factores que refuerzan el consumo, mediante la toma de conciencia sobre las consecuencias perjudiciales de dicha conducta. Además, se centra en establecer una relación empática que demuestre una escucha activa y comprensión genuina, lo cual facilita la apertura al cambio. Esta técnica también contempla brindar retroalimentación que permita reconocer avances y anticipar posibles consecuencias, así como establecer metas realistas y acordadas con el paciente. Finalmente, incluye un acompañamiento continuo, incluso en casos de

inasistencia, motivando al paciente a retomar el proceso terapéutico (Miller & Rollnick, 1999 citados en Bedoya & Orozco, 2019).

### **4.3.3 Técnicas conductuales**

**Reforzadores positivos:** Los reforzadores positivos son estímulos que, al ser presentados inmediatamente después de una conducta, incrementan la probabilidad de que dicha conducta se repita en el futuro. En términos generales, se asocian con recompensas o premios. Una vez identificado un estímulo como reforzador positivo en una situación específica para una persona, este puede utilizarse estratégicamente para fortalecer otros comportamientos deseables en distintos contextos (Martin & Pear, 2008).

**Castigo:** Es un estímulo que, al aplicarse justo después de una conducta, disminuye la probabilidad de que esta vuelva a ocurrir. También se conoce como estímulo aversivo. Una vez que se ha comprobado que cierto evento funciona como castigo para una conducta específica en una persona determinada, puede utilizarse para reducir la aparición de otras conductas no deseadas en diferentes contextos con la misma persona (Martin & Pear, 2008).

**Economía de fichas:** La economía de fichas es un sistema en el que las personas reciben fichas como recompensa por exhibir conductas deseables, y luego pueden intercambiarlas por reforzadores de apoyo. Este enfoque tiene dos principales ventajas. Primero, las fichas se otorgan de inmediato después de que se presenta la conducta deseada, lo que permite que actúen como un puente hacia el reforzador de apoyo, especialmente en situaciones en las que este último no puede entregarse de forma inmediata. Segundo, las fichas pueden asociarse con

diversos tipos de reforzadores, lo que las convierte en reforzadores condicionados generalizados. Esto significa que su efectividad no depende de una motivación específica, lo que facilita la gestión de los reforzadores en grupos con diferentes estados motivacionales (Martin & Pear, 2008).

**Técnicas de relajación y respiración:** Estas técnicas tienen como objetivo generar cambios en el sistema nervioso autónomo, disminuyendo la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la tensión muscular y los niveles de hormonas relacionadas con el estrés, como el cortisol. Estas prácticas promueven una mejor regulación psicofisiológica, aumentando la circulación sanguínea cerebral y reduciendo el uso metabólico de oxígeno (González, 2020).

**Técnica de relajación progresiva de Jacobson:** es un entrenamiento que ayuda a la persona a distinguir entre la tensión y la relajación muscular. Durante la práctica, al tensar y soltar los grupos musculares, el individuo aprende a reconocer las señales fisiológicas de tensión y alcanza un estado de relajación. Esta técnica también tiene como objetivo el control voluntario de los músculos, y su práctica constante previene el aumento de los estados ansiosos (Jacobson, 1924 citado en Lafuente et al., 2021).

**Técnica de respiración profunda:** consiste en inhalar profundamente para asegurar que el cuerpo reciba una cantidad adecuada de oxígeno. A diferencia de la respiración superficial, que no proporciona suficiente aire al cuerpo, la respiración profunda disminuye la frecuencia cardíaca y estabiliza la presión arterial. Esta técnica es útil para mantener la calma y reducir la ansiedad, siendo una herramienta que puede ser controlada por la persona misma. De este

modo, una respiración consciente y controlada ayuda a mantener un estado de ánimo positivo y promover la relajación (Martínez et al., 2018).

**Role Playing:** permite a los usuarios con abuso de sustancias aprender a empatizar con personas clave en sus vidas al interpretar a personas significativas que han sido afectadas por su consumo de drogas. Este ejercicio también facilita la toma de conciencia sobre el daño que el abuso de sustancias ha causado en la vida del paciente. Además, cuando se practica de manera repetida, el role playing ayuda a las personas a adquirir nuevos y más efectivos repertorios de comportamiento social en un entorno seguro, donde los errores pueden corregirse sin consecuencias reales (Martin & Pear, 2008).

**Técnica del semáforo:** ayuda a promover el desarrollo del autocontrol respecto de emociones negativas en la paciente, como estados de agresividad, ira, impulsividad, entre otras, cuyo procedimiento se propone frente a una pizarra o mural y se colocan colores similares al de un semáforo los cuales se asocian a las emociones, por ejemplo, el color rojo la paciente lo utiliza o señala para manifestar que no puede controlar sus emociones; con el color amarillo, la paciente tiende a pensar y analizar sobre la conducta problemática tomando conciencia de lo que está sintiendo. Mientras que el color verde es un paso de soluciones, considerando un momento de reflexión sobre opciones alternativas de resolución de un problema, por la cual la paciente optará por una solución más idónea.

**Técnica del sándwich:** tiene el propósito de ayudar la paciente a promover críticas constructivas y rechazar ciertos comportamientos. Su procedimiento implica que en el momento en el cual la paciente niega un

comportamiento o hace una crítica negativa, se procede en primera instancia a que esta otorgue una opinión positiva, luego se asuma la negación o crítica negativa y luego se conceda un mensaje positivo (Coronel, 2022).

**Técnica del disco rayado:** implica repetir de manera calmada y constante las palabras que expresan los deseos de la persona, sin entrar en discusiones ni dejarse provocar por lo que pueda decir la otra persona. Esta estrategia permite mantener la calma y evitar caer en manipulaciones verbales, provocaciones o razonamientos irrelevantes, manteniéndose firme en el punto que se desea expresar. No se trata de atacar a la otra persona, sino de aceptar ciertos aspectos de su argumento, mientras se sigue insistiendo en el propio hasta que la otra persona se da cuenta de que no puede obtener más resultados con sus objeciones (Ruiz, 2009), en este caso la paciente se entrena para negarse de la petición de otros por una provocación de consumo de alguna sustancia.

**Entrenamiento en habilidades sociales:** comprende una serie de técnicas fundamentadas en el aprendizaje social, cuyo objetivo es enseñar a la paciente de manera estructurada nuevas habilidades interpersonales. Estas habilidades incluyen iniciar una conversación, expresar tanto sentimientos negativos como positivos, así como aprender a comprometerse y a negar de forma adecuada (Muñoz & Ruiz, 2007 citados en Yaguana & Álvarez, 2022).

**Mensajes yo:** tiende a ser una técnica enfocada hacia una comunicación asertiva, donde la paciente expresa sus opiniones en primera persona responsabilizándose de sus propias opiniones de aquello que piensa, siente o anhela sin llegar a formular juicios o reproches de lo que se está expresando, para luego plantear alternativa respecto al comportamiento problema (Coronel, 2022).

**Entrenamiento en solución de problemas.** Se basa de manera implícita en que el terapeuta ayuda al paciente a percibir y procesar correctamente los valores, permitiéndole elegir una respuesta que le facilite alcanzar sus objetivos interpersonales. Las técnicas más utilizadas en esta etapa incluyen: orientación al problema, definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y, finalmente, la implementación de la solución (Bedoya & Orozco, 2019).

#### **4.4 EJECUCIÓN: DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN (SESIÓN MODELO).**

El trabajo de las sesiones a cargo de la investigadora se realizó en coordinación que la directora del centro comunitario con quien se establecieron las fechas de trabajo. Asimismo, cabe decir que las sesiones de intervención se delimitaron entre los meses de mayo y abril del 2023 en base a 7 sesiones terapéuticas siendo intervenciones realizadas de forma personal y de manera física considerando de acuerdo con la literatura científica sobre las intervenciones de los métodos cognitivos – conductuales un tiempo aproximado de 60 minutos por sesión y de 1 por semana.

**Tabla 1**

*Planteamiento de las sesiones de trabajo*

| Sesiones | Objetivo   | Temática                                  | Técnicas empleadas        |
|----------|--|---|---------------------------|
| Sesión 1 | Establecer un marco terapéutico claro, identificar los factores que mantienen la | Reconocimiento y conciencia de enfermedad | - Entrevista motivacional |

|          |  |                            |  |
|----------|--|----------------------------|--|
|          | conducta adictiva y fomentar el compromiso inicial con el tratamiento.   |                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica del análisis funcional de la conducta</li> <li>- Establecimiento de contrato terapéutico</li> <li>- Psicoeducación sobre el tratamiento</li> </ul>  |
| Sesión 2 | Favorecer la toma de conciencia sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y fortalecer la motivación para el cambio.              |                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica de la balanza decisional</li> <li>- Role playing de toma de decisiones</li> <li>- Visualización de consecuencias</li> </ul>   |
| Sesión 3 | Identificar y modificar pensamientos irracionales relacionados con el consumo de BDZ, promoviendo patrones de pensamiento más realistas y adaptativos. | Reestructuración Cognitiva | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación sobre pensamientos distorsionados</li> <li>- Registro y análisis de pensamientos automáticos</li> <li>- Técnica ABC de Ellis</li> <li>- Reestructuración cognitiva guiada</li> </ul> |

|             |  |   |   |
|-------------|--|---|---|
| Sesión<br>4 | Reconocer situaciones que generan ansiedad relacionadas con el consumo y aplicar estrategias para manejarla.             | Manejo de la ansiedad y reconocimiento de otras emociones | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación sobre ansiedad</li> <li>- Registro de situaciones de riesgo</li> <li>- Respiración diafragmática</li> <li>- Relajación muscular progresiva</li> <li>- Técnica de detención del pensamiento</li> </ul> |
| Sesión<br>5 | Reconocer emociones distintas a la ansiedad (como tristeza, culpa o ira) y desarrollar recursos emocionales adaptativos. |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro emocional</li> <li>- Técnica de identificación de emociones</li> <li>- Role playing emocional</li> <li>- Técnica de solución de problemas</li> </ul>  |
| Sesión<br>6 | Identificar y modificar comportamientos inadecuados asociados al consumo de benzodiazepinas                              | Modificación conductual                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro conductual</li> <li>- Observación guiada</li> <li>- Análisis funcional de la conducta</li> </ul>  |

|          |   |                          |   |
|----------|---|--------------------------|---|
|          | mediante el uso de reforzadores y técnicas conductuales adaptativas.  |                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrenamiento en autocontrol</li> <li>- Reforzamiento positivo</li> <li>- Programación de conductas alternativas</li> </ul>  |
| Sesión 7 | Desarrollar habilidades para resolver conflictos interpersonales y promover una comunicación asertiva como estrategia para prevenir recaídas. | Resolución de conflictos | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Técnica de solución de problemas</li> <li>- Identificación de estilos de afrontamiento</li> <li>- Role playing de resolución de conflictos</li> <li>- Entrenamiento en comunicación asertiva</li> <li>- Modelado de conductas asertivas</li> <li>- Retroalimentación constructiva</li> </ul> |

---

**Nota:** Elaboración propia

Cabe mencionar que el modelo de cada sesión posee una estructura específica que se respeta, a lo largo de cada una de las actividades planteadas para

alcanzar los objetivos, teniendo un inicio, desarrollo y cierre que se especifica a continuación:

- En el inicio de cada sesión se establece mediante la acción de bienvenida y el reencadre laboral, en la que el moderador genere el rapport con la paciente, reconociendo el hecho de llegar a la cita, con el deseo de trabajar sobre aquello que le preocupa e inquieta a la paciente, de tal manera que se establece una confianza necesaria para abordar la temática en cuestión. Asimismo, el terapeuta tiende a reconocer el estado emocional de la paciente y fin de comprender cuan preocupada se sienta esta, respecto al problema de consumo de sustancias psicoactivas como el uso de BZD, considerando para ello cuestiones como: ¿Consumiste alguna sustancia psicoactiva durante el fin de semana?; ¿Cuánto tiempo se habrá tornado el consumo?; ¿Cómo se ha sentido previo al consumo y después del mismo?; ¿Ha considerado aminorar dicho consumo?; ¿Qué acciones realizó para aminorarlo?; ¿Las acciones llevadas a cabo le permitieron aminorar dicho consumo?; ¿Sé quedó con deseos de seguir consumiendo dichas sustancias?; ¿De qué manera calificaría la semana según el consumo que realizó? (mala, regular, buena) ?, con ello, es que el moderador propone cuales son las actividades programadas para la sesión, considerando el objetivo de la misma, generando ánimos para que sienta entusiasmo la paciente por trabajar mediante la exploración de las inquietudes de esta. Asimismo, el planteamiento de preguntas puente son parte importante para cerciorar cuanto ha progresado la paciente en sus aprendizajes y del manejo de habilidades que ha adquirido en la sesión previa, respondiendo

a posibles dudas de la sesión anterior formulando cuestiones como: ¿Qué es lo que aprendió en la sesión pasada?; ¿El aprendizaje de la sesión pasado le ha significado valor en pro de conseguir los objetivos propuestos en su compromiso personal?; ¿Qué cree Ud. que ha aprendizaje para alcanzarlo?; ¿De lo trabajado en la sesión anterior algo no le funciona?

- El desarrollo de la temática de trabajo, se basa en analizar y discutir la temática en cuestión, así como la realización de actividades que se plantean para alcanzar los objetivos propuestos por cada sesión.
- El cierre de la sesión implica la realización del resumen de la temática abordada en la cual el terapeuta refuerza los aprendizajes y puede plantear lo siguiente: ¿Qué cree que en esta sesión ha aprendido?; ¿Cree que los conocimientos adquiridos serán útiles hasta que regrese en la próxima sesión?; también es vital al cierre de cada sesión reforzar el compromiso de la paciente en cada momento que se aprecie logro y mejoría, siendo importante además reconocer posibles obstáculos que aún se deben se afrontar, y resaltar la designación de actividades que debe desarrollar la paciente las cuales le ayuden a enfrentarse y alejarse de circunstancias que le posibiliten un riesgo de consumo.

**Tabla 2**

*Sesiones del plan de intervención*

| <b>Sesiones</b>                                  | <b>Objetivo</b> | <b>Técnicas o actividades</b> | <b>Materiales</b> | <b>T</b> |
|--|-----------------|-------------------------------|-------------------|----------|
| <b>Sesión 1</b>                                  |                 |                               |                   |          |
| <i>Reconocimiento y conciencia de enfermedad</i> |                 |                               |                   |          |

|                                  |                                       |   |   |    |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|---|----|
|                                  |                                       | Explicación de las normas del trabajo psicoterapéutico.   | Exposición ppt del reglamento           | 10 |
|                                  | Establecer el encuadre psicológico    | Explicación del diagnóstico de la paciente y el consumo de sustancias psicoactivas.                   | Laptop Exposición ppt                   | 10 |
| Bienvenida y encuadre de trabajo | Realizar el análisis funcional        | Identificación de factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias psicoactivas.           | Laptop Exposición ppt Cuaderno Lapicero | 10 |
|                                  |                                       | Estructuración del análisis funcional   | Cuaderno Lapicero                       | 20 |
|                                  | Fomentar la adherencia al tratamiento | Sensibilizar a la paciente sobre la relevancia del trabajo terapéutico. Se analizarán casos clínicos. | Laptop Exposición ppt                   | 10 |

## Sesión 2

|                       |  |  |                       |    |
|-----------------------|--|--|-----------------------|----|
|                       |  | Psicoeducación de la recaída. Se analizarán casos clínicos. Se analizarán factores de riesgo y protectores de la adicción.                                   | Laptop Exposición ppt | 15 |
| Percepción del riesgo | Prevenir recaídas mediante la identificación de factores de riesgo | Identificación de estímulos que precipitan hacia las recaídas (Psicoeducación). Aplicación de técnicas como bloqueo del pensamiento y distracción cognitiva. | Cuaderno Lapicero     |    |

|  |   |   |                      |              |
|--|---|---|----------------------|--------------|
|  |   | Asumir una postura consciente del problema y buscar opciones alternas para afrontarlo.  |                      | 15           |
|  | Revisar el auto-registro del análisis funcional.  | Reconocer los pasos de cadena que se dan en el proceso de promueven el consumo.   |                      | 15           |
|  |   | Modificación de la actitud frente a las recaídas.   |                      | 15           |
|  | Fortalecer las motivaciones para sostener una conducta de abstinencia, promoviendo la autorregulación y el compromiso con el tratamiento. | Psicoeducación para reconocer que motivaciones positivas en el proceso de rehabilitación.<br>Enlistar anhelos y objetivos que desea alcanza la paciente (Autoregistro)<br>Mediante la psicoeducación demostrar cuán relevante es la motivación en el sostenimiento de un comportamiento de abstinencia.<br>Se aplicará la técnica del role playing, para simular un caso por parte la paciente. | Cuaderno<br>Lapicero | 30<br><br>30 |

---

### Sesión 3

#### *Reestructuración Cognitiva*

|                               |                |   |                          |    |
|-------------------------------|----------------|---|--------------------------|----|
| Reestructuración cognitiva de | Informar sobre | Psicoeducación para reconocer de qué manera influyen los pensamientos | Laptop<br>Exposición ppt | 10 |
|-------------------------------|----------------|---|--------------------------|----|

|  |   |  |                      |    |
|--|---|--|----------------------|----|
| pensamientos y distorsiones cognitivas | pensamientos irracionales   | irracionales sobre las emociones.<br>Psicoeducación para identificar circunstancias, pensamientos irracionales y cuáles son las consecuencias de estos.<br>Autoregistro de los pensamientos aplicando el modelo ABC. | Cuaderno<br>Lapicero | 10 |
|  | Reestructurar los pensamientos disfuncionales                     | Psicoeducación para generar en la paciente debates de los pensamientos irracionales y posteriormente reestructurarlos con pensamientos racionales.   | Cuaderno<br>Lapicero | 20 |
|  | Aplicar técnicas para bloquear pensamientos automáticos negativos | Enseñar y poner a prueba técnicas para bloquear pensamientos, así como de la técnica de distractores cognitivos.   | Cuaderno<br>Lapicero | 20 |

---

#### **Sesión 4**

---

#### ***Manejo de la ansiedad y reconocimiento de otras emociones***

---

|  |  |   |  |    |
|--|--|---|--|----|
| Identificación de situaciones de riesgo y estrategias de | Identificación del craving y síndrome de abstinencia | Psicoeducación sobre el craving y el síndrome de abstinencia.<br>Análisis del diario emocional generando retroalimentación. | Laptop<br>Exposición ppt<br>Cuaderno<br>Lapicero | 20 |
|--|--|---|--|----|

---

|                         |  |  |                             |    |
|-------------------------|--|--|-----------------------------|----|
| afrontamiento emocional |  | Abordaje de experiencias personales durante situaciones en la que no ha consumido sustancias la paciente y otros donde sí lo ha hecho. | Laptop<br>Exposición<br>ppt | 40 |
|                         | Aprender estrategias para manejar el craving | Aprender y aplicar el bloqueo de pensamientos y debatir estos.<br><br>Uso de la técnica de los distractores cognitivos.                | Cuaderno<br>Lapicero        |    |

---

### Sesión 5

---

|  |   |   |  |                  |
|--|---|---|--|------------------|
|  |   | Psicoeducación sobre el tema de la ansiedad en el consumo de sustancias   | Laptop<br>Exposición<br>ppt  | 10               |
| Identificación de situaciones de riesgo y estrategias de afrontamiento emocional | Aprender a manejar los estados ansiosos | Enseñar técnicas de respiración y relajación: Técnica de la respiración profunda.<br>Técnica de la relajación progresiva de Jacobson. | Laptop<br>Exposición<br>ppt  | 20               |
|  |   | Psicoeducación para comprender la relevancia de las emociones y poder identificarlas según las circunstancias vividas.                | Cuaderno<br>Lapicero   |                  |
|  | Ejercitar el control de las emociones   | Enseñar a manejar y reconocer los estados de manifestación de ira y frustración aplicando técnicas como:<br>Técnica del semáforo.     | Hoja de registro<br>Lapiceros<br>Laptop<br>Exposición<br>ppt<br>Cuaderno<br>Lapicero | 10<br><br><br>20 |

---

---

**Sesión 6**

---

***Modificación conductual***

---

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
|  | Identificar comportamientos inadecuados   | Reconocer, analizar y enlistar todos los comportamientos que son inadecuados y pretenden mejorarse.   | 10  |
|  | Establecer reforzadores adecuados que fortalezcan las conductas de abstinencia y el cumplimiento o del tratamiento.               | Planteamiento de premios por el logro de la conducta deseada.<br>Planteamiento de castigos por no cumplir los acuerdos.                     | 25  |
| Análisis y modificación de conductas inadecuadas | Aprender técnicas conductuales que permitan modificar patrones de comportamiento no deseados y fomentar conductas más saludables. | Se aplicarán técnicas de reforzamientos positivos, negativos, y el uso del castigo siendo útil el uso de:<br>Técnica de economías de ficha. | Laptop<br>Exposición<br>ppt<br>Cuaderno<br>Lapicero<br><br>25 |

---

---

**Sesión 7**

---

**Resolución de conflictos**

---

|   |  |  |   |    |
|---|--|--|---|----|
| Entrenamien<br>to en<br>habilidades<br>sociales para<br>identificar<br>redes de<br>apoyo social<br>y evitación<br>de<br>relaciones<br>con<br>consumidore<br>s | Identificar<br>soluciones a<br>los<br>conflictos                     | Psicoeducación para<br>reconocer un problema e<br>identificar sus pasos  | Laptop  | 10 |
|   |  | Enseñar técnicas para la<br>resolución de conflictos<br>analizando los pros y contras a<br>fin de identificar opciones<br>alternas que den solución al<br>conflicto.   | Exposición<br>ppt<br>Cuaderno<br>Lapicero           | 20 |
|   |  | Utilizando la psicoeducación<br>se explica lo que significa la<br>comunicación asertiva y su<br>importancia en las<br>interacciones sociales.  |   | 10 |
|   | Aprender a<br>conducirse<br>mediante la<br>comunicació<br>n asertiva | Enseñar y practicar situaciones<br>en la que la paciente logre<br>asertivamente rechaza o negar<br>alguna petición que implica un<br>conflicto o riesgo de consumo<br>de sustancias utilizando<br>técnicas:<br><br>Técnica del disco rayado.<br>Técnica del sándwich.<br>Role playing<br>Técnica “Mensaje yo”. | Laptop<br>Exposición<br>ppt<br>Cuaderno<br>Lapicero | 20 |

---

## 4.5 INDICADOR(ES) DE LOGRO

Los indicadores de logro se establecerán en base a los componentes de la paciente a nivel cognitivo, emocional y conductual, los cuales se redactan a continuación:

**Tabla 3**

*Indicadores de logro*

| Sesiones | Objetivo  | Indicar de logro   |
|----------|---|--|
| Sesión 1 | Establecer un marco terapéutico claro, identificar los factores que mantienen la conducta adictiva y fomentar el compromiso inicial con el tratamiento. | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ La paciente identifica al menos tres situaciones o emociones que la llevan al consumo.</li><li>▪ Identifica y describe los factores que mantienen su conducta adictiva.</li><li>▪ Verbaliza su disposición a participar activamente en el tratamiento.</li><li>▪ Comprende la estructura y normas de las sesiones.</li></ul> |
| Sesión 2 | Favorecer la toma de conciencia sobre las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas y fortalecer la motivación para el cambio.               | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ La paciente reconoce verbalmente efectos negativos del consumo en su salud y relaciones.</li><li>▪ Identifica los beneficios de la abstinencia y los riesgos de continuar con el consumo.</li></ul>  |

|          |  |  |
|----------|--|--|
|          |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Menciona al menos dos razones personales para dejar de consumir.</li> <li>▪ La paciente completa tareas asignadas con actitud colaborativa.</li> </ul>  |
| Sesión 3 | Identificar y modificar pensamientos irracionales relacionados con el consumo de BDZ, promoviendo patrones de pensamiento más realistas y adaptativos. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ La paciente identifica al menos dos pensamientos irracionales relacionados con su consumo.</li> <li>▪ Aplica una técnica cognitiva para reformular dichos pensamientos en situaciones simuladas o reales.</li> <li>▪ Modifica pensamientos disfuncionales por creencias más realistas y saludables, formulando pensamientos alternativos basados en evidencia. Asimismo, utiliza un lenguaje más equilibrado al describir sus experiencias y retos, reportando una mejor en su estado emocional tras aplicar la reestructuración cognitiva</li> <li>▪ Demuestra capacidad para aplicar técnicas de reestructuración cognitiva, identificando situaciones que generan malestar emocional,</li> </ul> |

describiendo los pensamientos automáticos negativos asociados a dichas situaciones.

- Analiza la validez de los pensamientos automáticos, y formular pensamientos alternativos más realistas, equilibrados y funcionales.
- Aplica la técnica fuera de sesión y comparte experiencias de su utilidad.

- Sesión 4 Reconocer situaciones que generan ansiedad relacionadas con el consumo y aplicar estrategias para manejarla.
- La paciente identifica con claridad tres situaciones específicas que provocan ansiedad y la vincula al consumo de BDZ.
  - Aplica estrategias de manejo de ansiedad como la respiración profunda, relajación o reestructuración cognitiva.
  - Muestra un mayor control emocional en situaciones de estrés, mediante una actitud calmada y reflexiva al abordar temas sensibles o conflictivos en sesión.

- Disminuye la frecuencia de expresiones verbales o corporales de ansiedad (por ejemplo: llanto, tensión corporal, tartamudeo) en comparación con sesiones iniciales.
- Sesión 5 Reconocer emociones distintas a la ansiedad (como tristeza, culpa o ira) y desarrollar recursos emocionales adaptativos.
- La paciente reconoce emociones como tristeza, culpa e ira que están asociadas a su comportamiento adictivo.
  - Desarrolla y aplica recursos emocionales adaptativos para gestionar estas emociones.
  - Demuestra mayor autoconciencia y aceptación de sus emociones identificando al menos tres emociones que ha experimentado durante la semana.
  - Describe cómo reaccionó emocionalmente sin emitir juicios negativos hacia sí misma.
  - Utiliza al menos una estrategia adaptativa de regulación emocional (como respiración, escritura,

conversación, etc.) en respuesta a una emoción intensa.

- Refiere sentirse más capaz de tolerar emociones desagradables sin recurrir al consumo.

|          |  |   |
|----------|--|---|
| Sesión 6 | Identificar y modificar comportamientos inadecuados asociados al consumo de benzodiazepinas mediante el uso de reforzadores y técnicas conductuales adaptativas. | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ La paciente identifica comportamientos específicos asociados al consumo de BDZ.</li><li>▪ Modifica comportamientos no adaptativos mediante el uso de técnicas conductuales.</li><li>▪ Utiliza reforzadores positivos para mantener conductas saludables y evitar el consumo.</li></ul>          |
| Sesión 7 | Desarrollar habilidades para resolver conflictos interpersonales y promover una comunicación asertiva como estrategia para prevenir recaídas.                    | <ul style="list-style-type: none"><li>▪ La paciente identifica conflictos interpersonales que contribuyen a su estrés y consumo.</li><li>▪ Desarrolla y aplica habilidades de comunicación asertiva para resolver conflictos.</li><li>▪ Demuestra una capacidad mejorada para manejar conflictos sin recurrir a la sustancia.</li></ul> |

---

## 4.6 MONITOREO RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

### 4.6.1. Monitoreo

- **Autoregistro:** El registro de pensamientos y el análisis de las consecuencias de dichos pensamientos, ayuda a monitorear la conducta problemática por la que el terapeuta genera una retroalimentación de dicha conducta motivando a la paciente hacia una conducta de cambio.
- **Diario emocional:** Es una técnica vital que promueve el identificar y tener un registro de las experiencias de ideas, pensamientos, emociones y acciones que la paciente a realizado y que son parte esencial para generar la reestructura cognitiva de los pensamientos.
- **Pruebas psicométricas:** Permitirá analizar cuantitativamente los indicadores de cada una de las pruebas que se plantearon previamente en la evaluación con la paciente permitiendo hacer una comparación entre un pre una post evaluación.

### 4.6.2. Resultado de la intervención

**Tabla 4**

*Resultado del examen Cognoscitivo Mini – Mental*

| Puntuación | Rango interpretativo |
|------------|----------------------|
|------------|----------------------|

|        |        |  |
|--------|--------|--|
| Pretes | Postes | De 27 – 30: Función cognitiva normal     |
| t      | t      | De 21 – 26: Deterioro cognitivo leve     |
| 24     | 28     | De 10 – 20: Deterioro cognitivo moderado |
|        |        | Igual o > 9: Deterioro cognitivo severo  |

En la prueba del Examen Cognoscitivo Mini-Mental, la paciente obtuvo un puntaje de 24 en el pretest y 28 en el postest, lo que evidencia una mejora significativa en su estado cognitivo. Asimismo, el resultado inicial indicaba un posible deterioro cognitivo leve, probablemente asociado al consumo de benzodiazepinas y alcohol, mientras que el puntaje posterior refleja una recuperación hacia un funcionamiento cognitivo dentro de los parámetros normales, sugiriendo un efecto positivo del plan de intervención implementado.

**Tabla 5**

*Resultado de la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung (EAA)*

| Puntuación |        | Rango interpretativo             |
|------------|--------|----------------------------------|
| Pretes     | Postes | Dentro de lo normal: menos de 50 |
| t          | t      | Ansiedad leve: 50-59             |
| 50         | 40     | Ansiedad moderada: 60-69         |
|            |        | Ansiedad severa: 75 a más        |

En la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung, la paciente obtuvo un puntaje de 50 en el pretest y 40 en el postest, lo que indica una disminución en los niveles de ansiedad. El puntaje inicial se ubicaba dentro del

rango de ansiedad moderada, mientras que el resultado posterior sugiere una reducción hacia niveles más leves o dentro de la normalidad, evidenciando una respuesta favorable al plan de intervención aplicado.

**Tabla 6**

*Resultado de la Escala de Autoevaluación de depresión de Zung (EAD)*

| Puntuación |        | Rango interpretativo        |
|------------|--------|-----------------------------|
| Pretes     | Postes | Depresión normal: 20-49     |
| t          | t      | Depresión leve: 50-59       |
| 59         | 32     | Depresión moderada: 60-69   |
|            |        | Depresión intensa: 70 o más |

En la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung, la paciente obtuvo un puntaje de 59 en el pretest y 32 en el posttest, lo que refleja una disminución significativa en los síntomas depresivos. A su vez, el puntaje inicial indicaba la presencia de depresión moderada a severa, mientras que el resultado posterior se encuentra dentro del rango normal, lo que sugiere una mejora considerable en el estado de ánimo y un impacto positivo del plan de intervención sobre su bienestar emocional.

**Tabla 7**

*Resultado de la Cuestionario AUDIT para la detección del consumo de Alcohol*

| Puntuación |        | Rango interpretativo         |
|------------|--------|------------------------------|
| Pretes     | Postes | Consumo de riesgo bajo: 0-7  |
| t          | t      | Consumo de riesgo: 8-15      |
| 11         | 3      | Consumo perjudicial: 16 - 19 |
|            |        | Probable dependencia: 20 -   |

En el Cuestionario AUDIT, la paciente obtuvo un puntaje de 11 en el pretest y 3 en el posttest, implicando una reducción importante en el riesgo asociado al consumo de alcohol. En esa línea, el puntaje inicial indicaba un consumo perjudicial que requería intervención, mientras que el puntaje posterior se sitúa dentro del rango de bajo riesgo, lo que sugiere una disminución significativa en el consumo y un avance positivo en el tratamiento de su conducta adictiva.

### Tabla 8

*Resultado de la Ficha de Tamizaje de Violencia Intrafamiliar – VIF*

| Indicadores  |                                       | Rango interpretativo  |  |
|--|---------------------------------------|---|--|
| Pretest  | Posttest                              |   |  |
| <b>Físico:</b> Problemas con apetito.  | <b>Físico:</b> Ningún indicador.      | Al ser una ficha de tamizaje se analizan el número de indicadores |  |
| <b>Psicológico:</b> Extrema falta de confianza. Tristeza, depresión o angustia. Aislamiento de personas. | <b>Psicológico:</b> Ningún indicador. |   |  |
| Intento de suicidio.   | <b>Sexuales:</b> Ningún indicador.    |   |  |
| <b>Sexuales:</b> Ningún indicador.   | <b>Negligencia:</b> Ningún indicador. |   |  |
| <b>Negligencia:</b> Ningún indicador.  | Ningún indicador.                     |   |  |

En la Ficha de Tamizaje de Violencia Intrafamiliar (VIF), los resultados del pretest indicaron varios indicadores preocupantes de violencia, como

problemas con el apetito, extrema falta de confianza, tristeza, depresión, angustia, aislamiento de personas e incluso un intento de suicidio en el ámbito psicológico. Estos síntomas sugieren un entorno de violencia emocional y psicológica significativo. En el posttest, sin embargo, no se evidenció ningún indicador de violencia, lo que sugiere una mejora considerable en la situación de la paciente, como resultado de la intervención, que pudo haber favorecido un ambiente más seguro y estable, tanto emocional como físicamente.

**Tabla 9**

*Resultado de la Inventario de Autoestima – Coopersmith Adultos*

| Puntuación |          | Rango interpretativo        |
|------------|----------|-----------------------------|
| Pretest    | Posttest | Baja: 0% - 24%              |
|            |          | Medio-baja: 25% - 49%       |
| 44%        | 92%      | Medio-alta: 50% - 74%       |
|            |          | Autoestima alta: 75% - 100% |

Según el Inventario de Autoestima – Coopersmith Adultos forma C, la paciente obtuvo un puntaje del 44% en el pretest, lo que indicaba una autoestima media baja, reflejando posiblemente inseguridad o sentimientos de insuficiencia. No obstante, en el posttest, el puntaje aumentó al 92%, lo que indica un cambio significativo hacia una autoestima alta. Esta mejora sugiere una transformación positiva en la percepción de sí misma, lo que podría estar relacionado con el progreso logrado en el tratamiento y la intervención aplicada, contribuyendo a un mayor bienestar emocional y mayor confianza personal.

**Tabla 10**

*Resultado de la Test de la persona bajo la lluvia*

| <b>Interpretación</b>   |   |
|---|---|
| Pretest   | Postest   |
| <p>Los resultados de la evaluada indican que posee plena consciencia de las circunstancias que vive, demostrando cierto equilibrio con disposición a hacer frente a sus problemas, aunque en ocasiones tienda a correr riesgos, mentalmente presenta rasgos de desconocimiento de sí mismo acompañado de problemas de identidad, en la que emocionalmente presenta indicadores de depresión, represión de impulsos, tensión, ansiedad con tendencias autoagresivas, y socialmente se siente amenazada de su entorno, demostrando ante ello aislamiento.</p> | <p>Los resultados de la evaluada indican que posee plena consciencia de las circunstancias que vive, demostrando cierto equilibrio con disposición a hacer frente a sus problemas, aunque en ocasiones tienda a correr riesgos, mentalmente presenta rasgos de fatiga, agotamiento, pesimismo y debilidad. Emocionalmente presenta indicadores de depresión, tensión. Sin embargo, socialmente se siente fortalecida, demostrando ante ello equilibrio constante y armonioso.</p> |

En el Test de la Persona Bajo la Lluvia, los resultados del pretest indicaban que la paciente era plenamente consciente de sus circunstancias, mostrando cierto equilibrio y disposición para enfrentar sus problemas, aunque con rasgos de desconocimiento de sí misma, problemas de identidad y una tendencia a la autoagresión. También se evidenciaron indicadores de depresión, represión de

impulsos, tensión, ansiedad y aislamiento social. En el postest, si bien la paciente continúa mostrando conciencia de su situación y disposición para afrontar los problemas, los resultados reflejan una evolución hacia la fatiga, agotamiento y pesimismo. Sin embargo, el aspecto más positivo en el postest es el cambio en su percepción social, ya que ahora se siente más fortalecida y muestra un equilibrio constante y armonioso frente a su entorno, lo que indica una mejora en su bienestar social y emocional.

**Tabla 11**

*Resultado de la SCL-90-R Cuestionario de síntomas*

| Puntuación |         | Rango interpretativo  |
|------------|---------|-----------------------|
| Pretest    | Postest | Bajo: 0.00 – 0.39     |
|            |         | Moderado: 0.40 – 0.99 |
| 0.80       | 0.11    | Alto: 1.00 – 1.49     |
|            |         | 1.50 o más: Muy alto  |

En el SCL-90-R Cuestionario de síntomas, la paciente obtuvo un valor general de 0.80 en el pretest, lo que indica una presencia notable de síntomas psicopatológicos, sugiriendo niveles moderados a altos de malestar psicológico. En el postest, el valor disminuyó a 0.11, lo que refleja una mejora significativa en los síntomas psicológicos y una reducción considerable del malestar. Esta disminución sugiere que la intervención fue efectiva para reducir la intensidad de los síntomas y mejorar el bienestar emocional de la paciente.

## DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo general, promover habilidades cognitivas, emocionales y conductuales en el proceso de cambio de la conducta adictiva al uso de benzodiazepinas en una mujer que asiste a un centro de salud mental comunitario de acuerdo al modelo cognitivo conductual. En esa línea, entre los resultados analizados antes y después de la aplicación del programa cognitivo – conductual en la paciente de 62 años de edad que pertenece a un Centro de Salud Mental Comunitario de Sechura da cuenta de avances significativos en los tres componentes clave del tratamiento. Al respecto, a nivel cognitivo, la paciente ha demostrado una mejora en su capacidad de atención, memoria y procesamiento mental, lo que le ha permitido identificar y modificar los patrones de pensamiento disfuncionales que mantenían su adicción. Esta reestructuración cognitiva le ha facilitado adoptar una visión más adaptativa y positiva respecto a su proceso de recuperación. En cuanto al componente emocional, se observa una notable reducción en los niveles de ansiedad y depresión, lo que ha permitido a la paciente manejar de manera más efectiva los síntomas de abstinencia y el craving. Siendo en esa línea que esta regulación emocional ha sido crucial para mantener la estabilidad emocional frente a los desafíos asociados con la adicción. A su vez, a nivel conductual, la paciente ha logrado disminuir significativamente los comportamientos de riesgo asociados al consumo de BDZ, adoptando conductas más saludables y responsables, lo que se refleja en una mayor autoestima y mayor capacidad para manejar situaciones de estrés y presión sin recurrir al consumo. De tal manera que estos avances en los

tres niveles son indicativos de que la intervención ha sido exitosa en el fomento de un cambio integral en la paciente.

Los resultados se asociaron con el estudio de Cruz (2023) y la efectividad del programa cognitivo conductual, en la cual se logró, que 9 de 10 personas que eran parte del grupo experimental lograran finalizar progresivamente el uso de BZD. Asimismo, el estudio de Chapoutot et al. (2021) confirmó que la abstinencia de las BZD entre pacientes de consumo crónico es muy difícil. Sin embargo, la terapia cognitivo conductual, aumenta las posibilidades de éxito de la abstinencia de las BZD. De ahí que se enfatiza que este método terapéutico debería ser obligatorias para los pacientes con diversos trastornos tanto de ansiedad o depresión e incluso insomnio crónico antes de empezar a reducir la medicación de BDZ. Esto dado que, dormir mejor, sentirse menos ansioso por irse a la cama o por no dormir, controlar el estrés, regular las preocupaciones y gestionar los ataques de pánico parecen ser requisitos previos para embarcarse en la interrupción de un fármaco que ayuda a paliar químicamente estos problemas.

Por su parte, Vázquez & Frutos (2023), exponen que un posible plan de intervención contra la adicción a las BDZ, consiste en enviarle al paciente una epístola donde se describía los efectos secundarios de las BZP. Sumado a ello es relevante la educación por parte del personal sanitario sobre los efectos adversos de las BZP y la promoción de conocimientos sobre lo que significa dependencia, tolerancia, síndrome de abstinencia y síntomas de retirada. De tal manera que se educa que el proceso de retirada del consumo de BDZ debe ser gradualmente, acompañado de un seguimiento regular para sostener el estado motivacional y medir el progreso de manera constante. Mientras que, como un tercer paso, es la

intervención reforzada, la que se debe de utilizar de forma combinada la psicoterapia y los psicofármacos.

Asimismo, cabe indicar que, desde un enfoque de género, los resultados obtenidos en la intervención con la paciente reflejan un proceso de empoderamiento y resignificación de su rol como mujer en un contexto donde factores sociales, culturales y personales han influido en el desarrollo y mantenimiento de la adicción. Asimismo, este enfoque permite comprender que la conducta adictiva no se genera en el vacío, sino que está profundamente influenciada por desigualdades estructurales, experiencias de violencia, mandatos de género y cargas emocionales muchas veces invisibilizadas. Por tanto, los logros alcanzados no solo representan mejoras individuales, sino también avances en la reconstrucción de su identidad desde una perspectiva más autónoma y libre de estigmas asociados al género.

Con respecto a los objetivos específicos, el primero implicó, promover la toma de conciencia sobre la dependencia a sustancias psicoactivas en la paciente. A través de las evaluaciones pre y postest, se observó un notable cambio en la percepción que la paciente tiene sobre su dependencia a las BDZ y del consumo de alcohol, dado que durante el Examen Cognoscitivo Mini – Mental se mostró una puntuación estable en ambos momentos, lo que sugiere que la paciente mantenía su capacidad cognitiva adecuada para comprender el impacto de sus adicciones. Sin embargo, en la Escala de Autoevaluación de la Ansiedad (EAA) y la Escala de Autoevaluación de la Depresión (EAD), se registraron puntuaciones más bajas en el postest, lo que indica una disminución en los niveles de ansiedad y depresión, sugiriendo un mayor nivel de consciencia y aceptación de su problema.

Con respecto al Cuestionario AUDIT también reflejó una reducción en el puntaje, evidenciando un mejor entendimiento de los riesgos asociados al consumo de alcohol. Este avance puede indicar que la paciente adquirió una mayor conciencia sobre su dependencia, lo cual es esencial para el proceso de tratamiento y recuperación.

Los resultados guarda relación con la investigación de Chapoutot et al. (2021) sobre la efectividad de utilizar la TCC en el tratamiento de la adicción a las BZD, en la cual se encausa el hecho de que no se dirige sólo a la adicción en sí, sino también a las condiciones subyacentes que dieron lugar al consumo de las BZD, a saber, el insomnio y la ansiedad. De tal manera que los autores destacaron que al tratar las causas que llevaron a la prescripción de BZD, los consumidores aumentan sus posibilidades de poder dejar de consumir. En esa línea, se asume cuan relevante es poder informar a los profesionales sanitarios que prescriben la medicación y al mismo tiempo a los pacientes que consumen psicofármacos, en el hecho de informar sobre los efectos colaterales del consumo de dichos fármacos en el mediano y largo plazo (Oliveira et al., 2020).

Asimismo, de acuerdo con Rivas et al. (2022), si bien las BDZ son herramientas terapéuticas de gran utilidad con múltiples efectos como, ansiolítico, sedante-hipnótico, relajante muscular, anticonvulsivante y amnésico, que varían en función de la farmacocinética de cada principio activo en concreto. Es importante destacar que el excesos y administración inapropiada de BZD conlleva a sobredosis o incluso a la muerte, particularmente en circunstancias donde tienden a combinarse con otros fármacos como opioides, alcohol, analgésicos o sustancias ilícitas (MINSa, 2020).

Por lo que se llega a inferir que la paciente logró un nivel significativo de conciencia respecto a su adicción, al identificar los efectos perjudiciales del consumo de benzodiazepinas y alcohol. Esto se refleja en la disminución de los indicadores de abuso, una mayor adherencia al tratamiento, y la consolidación de un compromiso activo con el proceso terapéutico, evidenciado desde las primeras sesiones del programa.

El segundo objetivo específico se basó en fomentar la capacidad para evaluar y reestructurar pensamientos irracionales que mantienen la conducta adictiva al uso de BDZ. En respuesta a ello, el análisis de los resultados de las pruebas psicológicas, particularmente el SCL-90-R, evidenció una disminución significativa en la puntuación del pretest al posttest, lo que refleja una reducción en los síntomas de ansiedad, depresión y otros trastornos psicológicos asociados al consumo de BDZ. Lo cual sugiere que la paciente pudo identificar y cuestionar pensamientos irracionales relacionados con su consumo, como la necesidad de la sustancia para “sentirse bien” o “controlar la ansiedad”. Sumado a ello, según el Inventario de Autoestima Coopersmith, demostró una mejora sustancial en la autoestima de la paciente, lo cual está relacionado con la reestructuración cognitiva, ya que una autoestima más elevada permite un mayor control sobre los pensamientos disfuncionales. De tal manera que estos progresos indican que la paciente comenzó a desarrollar habilidades para reemplazar creencias irracionales por pensamientos más adaptativos y realistas.

Los resultados tiende asidero a la efectividad del estudio de Neville et al. (2022) donde se identificó que las intervenciones para reducir el uso de BZD, desde una primera intervención (74,4%) es eficiente, en base a aspectos como

educación, desprescripción, entrenamiento de relajación y protocolos de sueño. En esa línea, dichos pacientes fueron con frecuencia el objetivo del entrenamiento de relajación y las intervenciones de cambio de comportamiento; mientras que los protocolos de sueño, las intervenciones multifacéticas, la educación y la desprescripción generalmente se dirigieron a los proveedores de atención médica, ya sea solos o en combinación con los pacientes, por lo que diversas investigaciones llegaron a informar un resultado positivo en la disminución del uso de BZD (62,8%).

De tal manera que se aduce que la reestructuración en el consumo de BDZ pasa en su reestructuración mediante la educación y el conocimiento sobre los riesgos y beneficios de las BDZ. De tal forma que de acuerdo con Vuele et al. (2021) las mujeres informadas tienen mayor capacidad para tomar decisiones conscientes respecto al uso de estos medicamentos, considerando su uso a corto plazo y bajo supervisión médica estricta. Este conocimiento puede incluir alternativas como la terapia cognitivo-conductual, técnicas de relajación o prácticas de mindfulness, las cuales han evidenciado un exitoso control de la ansiedad. Es por ello que se dice que la reestructuración de pensamientos. es el acompañamiento inicial del terapeuta, por el cual busca identificar y cuestionar aquellos pensamientos disfuncionales, con el fin de reemplazarlos por otros más adaptativos, reduciendo así el malestar emocional o conductual generado por los anteriores (Obando & Vera, 2017). De tal forma que al trabajarse esta reestructuración de pensamiento, es posible que la predisposición que comúnmente tienen las mujeres por el uso de BDZ, tienda a disminuir su malestar y disposición a diversos trastornos de salud afectiva o síntomas como insomnio o ansiedad. Esto

por efecto de que al estar plenamente conscientes de los efectos, exista un menor riesgo al uso de BDZ (Simal et al., 2021).

En otras palabras, se puede decir que los resultados muestran que la paciente desarrolló habilidades cognitivas para identificar distorsiones en su pensamiento y reemplazarlas por interpretaciones más realistas. En tal sentido, este avance se tradujo en una mejora significativa en la autoestima, en la percepción personal y en la disminución de los síntomas depresivos, lo que sugiere que logró construir esquemas mentales más saludables.

Con relación al tercer objetivo específico, este pretendió potenciar estrategias de regulación emocional en la paciente. Al respecto, los resultados obtenidos en la Ficha de Tamizaje de Violencia Intrafamiliar (VIF) y el Test de la Persona Bajo la Lluvia, junto con las escalas de ansiedad y depresión, sugieren que la paciente mejoró en su capacidad para gestionar sus emociones, especialmente en relación con la ansiedad y la depresión. En el pretest, los indicadores de violencia y estrés emocional eran más pronunciados, reflejando una dificultad para manejar emociones intensas. No obstante, durante el postest, se observó una disminución de estos indicadores, lo que sugiere que las intervenciones orientadas a la regulación emocional tuvieron un impacto positivo. De tal manera que la paciente demostró una mayor capacidad para identificar y manejar sus emociones de manera más efectiva, lo cual es fundamental para prevenir recaídas y mejorar el bienestar general.

El resultado tiene asidero con el estudio de De Souza & Schlindwein (2021) en el cual se demostró que las intervenciones enfocadas en la educación del paciente, orientadas a aumentar la conciencia comunitaria respecto a la

desprescripción, lograron mejores niveles de interrupción del consumo y un mayor potencial para fomentar discusiones sobre la desprescripción con los médicos. Asimismo, cabe indicar que las personas que desarrollan adicción a los medicamentos suelen emprender una búsqueda compulsiva de estas sustancias, llegando a adoptar conductas antisociales como mentir, manipular, chantajear o incluso robar con tal de obtener el fármaco (ANDINA, 2020), por lo que existe una total desregulación de sus emociones para controlar su necesidad de consumir BDZ. En esa medida, es importante el acceso a una red de apoyo social sólida, como familiares, amigos y grupos comunitarios. Dado que estas redes ofrecen un entorno de contención emocional, lo que disminuye la necesidad de recurrir a BDZ como único mecanismo para manejar el estrés o la ansiedad. Además, un apoyo social adecuado puede facilitar el acceso a recursos de salud mental, lo que amplía las opciones de tratamiento más allá del uso farmacológico (Vuele et al., 2021).

En base a este objetivo, se puede inferir que la evolución emocional de la paciente evidenció avances en su capacidad para reconocer, aceptar y manejar emociones como la ansiedad, tristeza o culpa. Por lo tanto, el descenso en los niveles de ansiedad y depresión sugiere que las estrategias enseñadas durante las sesiones fueron internalizadas y aplicadas de forma adaptativa en su vida cotidiana, promoviendo estabilidad emocional.

Como cuarto objetivo específico, este fue desarrollar habilidades de resolución de conflictos en la paciente para afrontar comportamientos de riesgo de recaída. En relación a ello, los resultados de la evaluación cognitiva y emocional indican que la paciente desarrolló mejores habilidades para abordar conflictos

interpersonales, un factor importante en la prevención de recaídas. Cabe indicar que las pruebas del Test de la Persona Bajo la Lluvia indicaron que la paciente mostró una mayor capacidad para enfrentar situaciones de estrés y conflicto sin recurrir al consumo de sustancias. Mientras que la puntuación en el Cuestionario AUDIT, junto con los resultados de la Escala de Ansiedad y Depresión, reflejaron un cambio en la percepción de la paciente sobre sus propios comportamientos y sus interacciones con los demás. Este desarrollo de habilidades asertivas y de resolución de conflictos sugiere que la paciente aprendió a enfrentar las dificultades de forma más efectiva y sin recurrir a las sustancias psicoactivas como mecanismo de afrontamiento.

El resultado tiene asidero con Lynch et al. (2020) cuyo estudio pretendió evaluar la efectividad de intervenciones breves (IB) en atención primaria dirigidas a reducir o suspender el uso a largo plazo de benzodiazepinas/fármacos Z (BZRA). Se conoció que, en comparación con la atención habitual, los pacientes de la intervención tenían más probabilidades de haber interrumpido el uso de BZRA a los 6 meses y a los 12 meses posteriores a la intervención. En esa medida se concluyó que las técnicas de cambio de comportamiento (BCT) identificadas comúnmente incluyeron “información sobre las consecuencias para la salud”, “fuente creíble” y “agregar objetos al entorno”.

En ese sentido, es relevante señalar de acuerdo con Bedoya & Orozco (2019) que el entrenamiento en solución de problemas, pretende implícitamente ayudar al paciente a percibir y procesar correctamente los valores, permitiéndole elegir una respuesta que le facilite alcanzar sus objetivos interpersonales. Por lo que las entre las técnicas que ayudan en este proceso comúnmente incluye la

orientación al problema, definición del problema, generación de alternativas, toma de decisiones y, finalmente, la implementación de la solución. Aunado a ello, de acuerdo con Rojas et al. (2020), destaca que un factor protector importante es el desarrollo de habilidades de afrontamiento saludables son las estrategias como el ejercicio físico regular, una dieta equilibrada y el establecimiento de rutinas de sueño adecuadas contribuyen a mejorar la salud mental y emocional. Siendo que dichas prácticas refuerzan las capacidades del organismo para controlar el estrés de manera natural, reduciendo la dependencia de medicación.

En base al objetivo, se aduce que la paciente mejoró su capacidad para identificar situaciones conflictivas y responder a ellas con conductas más asertivas. Asimismo, esto se evidenció en la ausencia de indicadores de violencia intrafamiliar en el postest, y en su fortalecimiento en el ámbito social, lo cual indica que puede manejar con mayor efectividad los conflictos que podrían desencadenar recaídas.

En tanto que, el quinto objetivo específico, implicó modificar patrones de comportamiento no saludables de la paciente. En respuesta a ello, el cambio en los patrones de comportamiento fue evidente al observar la reducción en los puntajes de consumo en el Cuestionario AUDIT y las mejoras en la Escala de Autoevaluación de Ansiedad y Depresión, lo que sugiere una disminución en el consumo de BDZ y del consumo de alcohol. Asimismo, el SCL-90-R mostró una reducción en los síntomas psicopatológicos, lo que indica que la paciente logró modificar comportamientos de riesgo asociados con la adicción. Y es que, a través de la implementación de técnicas conductuales y reforzadores, la paciente ha logrado ser capaz de reemplazar los comportamientos adictivos por conductas más

saludables, mejorando su capacidad de adaptación en diversas áreas de su vida. Siendo que estos cambios conductuales son fundamentales para el proceso de recuperación a largo plazo.

De tal manera que el resultado tiene asociación con la eficacia del estudio de Takeshima et al. (2021) en la que se comprobó el efecto de la TCC para suspender el uso de BZD en usuarios con trastornos de ansiedad. Y en la cual llegó a demostrarse que la proporción de discontinuación de ansiolíticos BZD fue elocuentemente superior en el grupo de TCC donde existió una mayor disminución en contraste al otro grupo, tanto a corto plazo (3 meses posterior a la asignación) como a largo plazo (6 a 12 meses posterior a la asignación).

De acuerdo con Rojas et al. (2020) destaca que para mejorar los patrones de comportamiento no saludables es posible identificar factores de protección individual los cuales incluyen una autoestima elevada, habilidades de afrontamiento y resiliencia. También implicaría factores familiares en los que se abarcan la comunicación efectiva, el apoyo emocional y la supervisión parental. Mientras que, desde un ámbito social, la integración en redes de apoyo, el acceso a educación de calidad y la participación en actividades comunitarias disminuyen el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas.

En tanto que para Solano (2018), un aspecto relevante también es la psicoeducación, cuya propósito conlleva a reconocer las conductas adictivas, fomentar la toma de conciencia sobre la problemática, fortalecer la motivación para el cambio, mejorar el autocontrol y promover alternativas realistas y racionales que conduzcan a un estilo de vida alejado del consumo de sustancias. De ahí que se diga es importante psicoeducar como identificar los distintos

factores de protección del paciente para el desarrollo de patrones de vida saludable; ya que construyen a la resiliencia, habilidades y conexiones (Kalojya & Tiwari, 2022).

En consideración al objetivo, se puede inferir que la paciente reemplazó conductas desadaptativas relacionadas con el consumo por hábitos más saludables, gracias al aprendizaje de técnicas conductuales reforzadas durante la intervención. Por lo que esta transformación fue sostenida por una estructura motivacional sólida, una mejor gestión del tiempo y una reducción notable de los síntomas psicológicos asociados a su dependencia.

## CONCLUSIONES

- La intervención permitió a la paciente avanzar significativamente en su proceso de recuperación, fortaleciendo habilidades cognitivas, emocionales y conductuales, siendo que el enfoque cognitivo-conductual y de género facilitó la resignificación de experiencias personales, lo cual, en conjunto, consolidó un camino hacia la autonomía y el bienestar sostenido.
- La paciente tomó conciencia de su dependencia a las sustancias, reconociendo sus consecuencias, por lo que este cambio favoreció su motivación y participación en el tratamiento. Mostró disposición al cambio y mayor compromiso terapéutico.
- Se logró identificar y cuestionar pensamientos irracionales vinculados al consumo, por lo que se sustituyó ideas disfuncionales por creencias más realistas y adaptativas. Esto fortaleció su pensamiento crítico y autocontrol.
- Se identificó emociones como ansiedad, culpa y tristeza asociadas al consumo, por lo que se aplicó estrategias de regulación emocional aprendidas en las sesiones, como resultado, redujo su malestar emocional y mejoró su estabilidad.
- Se fortaleció las habilidades de la paciente para resolver conflictos mediante comunicación asertiva, disminuyendo su exposición a situaciones sociales de riesgo, contribuyendo a prevenir recaídas y mejorar su entorno interpersonal.

- Se sustituyeron comportamientos adictivos por conductas saludables a través de reforzadores positivos, mediante la aplicación de técnicas conductuales que facilitaron su adaptación, observándose mejoras en su rutina y funcionamiento diario.

## RECOMENDACIONES

- Se recomienda la adopción de principios elementales del aprendizaje y comportamiento humano como eje guía de próximas intervenciones, pues la presenta investigación, así como diversas investigaciones que la anteceden, evidencian eficiencia en el modelo y técnicas correspondientes al enfoque cognitivo – conductual para la deshabitación del consumo de BDZ.
- A nivel del área emocional, se recomienda realizar actividades saludables tales como, mantener rutinas de actividad física, incluir actividades de relajación, mantenerse en contacto con sus seres queridos, mantenerse activo mentalmente, para abordar y prevenir los sentimientos negativos.
- En base al área cognitiva, se insta a realizar Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para modificar los patrones de pensamiento distorsionados y creencias irracionales.
- A nivel del área conductual se insta a participar en programas de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, a fin de aminorar los comportamientos problemáticos mediante una serie de técnicas estructuradas y directivas.
- A los profesionales del centro de salud, se les sugiere gestionar planes de trabajo en la que se disponga de un abordaje multidisciplinario y en la que exista un monitoreo sistemático en el seguimiento de los casos de consumo de BDZ en las mujeres de tal manera que se llegue a desarrollar una labor de intervención sostenida en el tiempo para que las pacientes se sienten asistidas en todo momento aminorando el riesgo de recaídas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, R., Sanango, M., Carrión, F., & Pereira, H. (2019). Rasgos de personalidad en adolescentes farmacodependientes de los centros Casa de la Niñez 2, centro Pumamaqui en la ciudad de Quito y CETAD de Otavalo – 2017. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 36(1), 31–40. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7745754>
- Adolfo, G., Vallejo, C., & Castaño, G. (2013). Factores de riesgo para el consumo de psicoactivos en conductores de buses en Medellín. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, 15, 153–172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5527436>
- Airagnes, G., Lemogne, C., Renuy, A., Goldberg, M., Hoertel, N., Roquelaure, Y., Limosin, F., & Zins, M. (2019). Prevalence of prescribed benzodiazepine long-term use in the French general population according to sociodemographic and clinical factors: findings from the CONSTANCES cohort. *BMC Public Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-019-6933-8>
- Alcântara, A., Figel, F., Campese, M., & Silva, M. Z. da. (2022). Prescrição de Psicofármacos na Atenção Primária à Saúde no contexto da Pandemia da Covid-19. *Research, Society and Development*, 11(4). <https://doi.org/10.33448/RSD-V11I4.20210>
- Alcantara, G., Coutinho, E., & Faerstein, E. (2020). Pattern evolution of antidepressants and benzodiazepines use in a cohort. *Revista de Saúde Pública*, 54, 40. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2020054001887>
- Alya, A. (2023). Cognitive behavioral therapy treatment for drug addiction. *Journal of Addiction Therapy and Research*, 7(1), 005–007. <https://doi.org/10.29328/JOURNAL.JATR.1001025>
- ANDINA. (2020, August 4). *Consumo de ansiolíticos estaría aumentando, especialmente en mujeres, advierten* | Noticias | Agencia Peruana de Noticias Andina. Agencia Peruana de Noticias.

<https://andina.pe/agencia/noticia-consumo-ansioliticos-estaria-aumentando-especialmente-mujeres-advierten-808583.aspx>

- Arostegui, E., & Martínez, P. (2018). *Mujeres y drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género* (Deusto). DeustoDigital.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, *34*, 61–67. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2020.06.013>
- Bacigalupe, A., González, Y., & Jiménez, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, *54*(7), 102378. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2022.102378>
- Barreto, P., Pérez, M., Roa, M., López, A., & Rubiano, G. (2015). Consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales, factores de protección y de riesgo: estado actual. *Revista Investigación En Salud: De La Facultad de Ciencias de La Salud de La Universidad de Boyacá*, *2*(1), 31–50. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8360298>
- Baza, M., Ruiz, E., Fernández, J., & Gorroñoitía, A. (2020). Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiazepinas en pacientes con insomnio. *Gaceta Sanitaria*, *34*(6), 539–545. <https://doi.org/10.1016/J.GACETA.2019.06.01>
- Bedoya, L., & Orozco, L. (2019). Características del tratamiento cognitivo conductual en adicción a sustancias psicoactivas [Corporación Universitaria Minuto de Dios]. In *Corporación Universitaria Minuto de Dios* (Vol. 10, Issue 4). [https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(08\)76374-8](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(08)76374-8)
- Bonizas, M., Mata, A., Jalon, G., & Chung, J. (2019). Factores de riesgo que inciden en la aparición de oligodendrogliomas. *RECIMUNDO: Revista Científica de La Investigación y El Conocimiento*, *3*(2), 1048–1075. [https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(2\).abril.2019.1048-1075](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(2).abril.2019.1048-1075)

- Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M., & Tizón, J. (2021). Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. *Atención Primaria*, 53(7), 102143. <https://doi.org/10.1016/J.APRIM.2021.102143>
- Cabanillas, J. (2015). Automedicación con benzodicepinas y riesgo de abuso en adultos Hospital San Juan de Lurigancho 2019 [Tesis de maestría]. In *Universidad San Martín de Porres*. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/6433>
- Cabanillas, J., Allpas, H., Brito, J., & Mejia, C. (2022). Self-medication and Risk of Abuse with Benzodiazepines in Adults Patients Lima-Peru, 2019. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria*, 60(3), 273–280. <https://doi.org/10.4067/s0717-92272022000300273>
- Caetano, T., Pinho, M., Ramadas, E., Lopes, J., Areosa, T., Ferreira, D., & Dixe, M. (2023). Substance abuse and susceptibility to false memory formation: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1176564>
- Cantos, C., Sanz, J., Cantos, C., & Sanz, J. (2021). Consecuencias derivadas de la automedicación con benzodicepinas en personas adultas: revisión exploratoria. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 62(4), 404–418. <https://doi.org/10.30827/ARS.V62I4.21614>
- Castro, A., Jaya, D., & Párraga, A. (2023). Consecuencias Físicas y Psicológicas por Consumo de Drogas en Adolescentes. *MQRInvestigar*, 7(4), 388–418. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023.388-418>
- Chapoutot, M., Peter, L., Bastuji, H., Leslie, W., Schoendorff, B., Heinzer, R., Siclari, F., Nicolas, A., Lemoine, P., Higgins, S., Bourgeois, A., Vallet, G., Anders, R., Ounnoughene, M., Spencer, J., Meloni, F., & Putois, B. (2021). Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy for the Discontinuation of Long-Term Benzodiazepine Use in Insomnia and Anxiety Disorders. *International Journal of Environmental Research and*

*Public Health*, 18(19). <https://doi.org/10.3390/IJERPH181910222>

- Cloos, J., Lim, C., & Bocquet, V. (2021). Benzodiazepine high-doses: The need for an accurate definition. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 30(4). <https://doi.org/10.1002/MPR.1888>
- Colonio, E., & Huaycañe, J. (2016). Intervención breve en consumo de tabaco, alcohol y marihuana en estudiantes de la Universidad Nacional del Centro del Perú-2015 [Tesis de licenciatura]. In *Universidad Nacional del Centro del Perú*. [https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/1080/TENF\\_22.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/1080/TENF_22.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Cóndor, J., & Mantari, L. (2021). Factores que influyen en la automedicación con benzodiazepinas en pacientes que frecuentan un hospital de la provincia de Huancavelica [Tesis de licenciatura]. In *Universidad Roosevelt*. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3096346>
- Coronel, A. (2022). Intervención psicológica en usuaria con dependencia a sustancias psicoactivas de una comunidad terapéutica privada-Lima [Tesis de licenciatura]. In *Universidad Peruana Cayetano Heredia*. <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/12839>
- Correa, F., & García, M. (2019). Uso recreativo de benzodiazepinas en la población joven. *Revista Ene*, 13(1). [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000100006](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000100006)
- Cruz, M. (2023). Programa de Deshabitación de Benzodiazepinas en Mayores Institucionalizados. *Revista de Investigación y Educación En Ciencias de La Salud (RIECS)*, 8(1), 6–40. <https://doi.org/10.37536/RIECS.2023.8.1.362>
- Cuadros, V. (2022). Intervención cognitivo conductual por consumo de marihuana en un joven con tuberculosis [Tesis de especialización]. In *Universidad Nacional Federico Villarreal*. <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/5896>

- Custodio, N., & Lira, D. (2014). Adaptación peruana del Minimental State Examination (MMSE). *Anales de La Facultad de Medicina*, 75(1), 69. <https://doi.org/10.15381/ANALES.V75I1.6951>
- De Souza, P., & Schlindwein, A. (2021). Benzodiazepine deprescription strategies in chronic users: a systematic review. *Family Practice*, 38(5), 684–693. <https://doi.org/10.1093/FAMPRA/CMAB017>
- Del Río, C. (2022). La medicalización del malestar en la mujer. Una valoración crítica. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(141), 55–73. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352022000100004>
- Delgadillo, G. (2016). Nivel de ansiedad del paciente en el pre quirúrgico en el servicio de cirugía de emergencia en el Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena Ayacucho – 2016. In *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Tesis de licenciatura.
- Díaz, M. (2017). Las benzodiacepinas y sus efectos sobre la ansiedad . *Cultura*, 31, 169–180. <https://doi.org/10.24265/cultura.2017.v31.09>
- Efjestad, A., Ihle, H., Hjellvik, V., Engedal, K., & Blix, H. (2021). Sex differences in psychotropic and analgesic drug use before and after initiating treatment with acetylcholinesterase inhibitors. *PLoS ONE*, 16(9). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0243804>
- Estrada, K. (2022). Salud mental y factores de riesgo en usuarios internos de un centro de salud en Caluma, Ecuador, 2021 [Tesis de maestría]. In *Repositorio Institucional* - *UCV*. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/80714>
- Fegadolli, C., De Araújo, E., Loes, D., Zayas, K., & Dupotey, N. (2019). Percepciones y experiencias de usuarios de benzodiazepinas en la atención primaria de salud en Cuba. *Saúde e Sociedade*, 28(4), 137–146. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019181033>
- Fernández, M. (2018). Capacidad predictiva de los factores de riesgo en la

reincidencia delictiva de menores infractores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 18(1), 60–74.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7165686>

Franco, L., & Saenz, M. (2020). Feminization of benzodiazepine use. *Perifèria: Revista de Investigación y Formación En Antropología*, 25(3), 79–101.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7684252>

Gil, E., Cáceres, R., Núñez, B., Gálvez, A., Vázquez, S., Cabrera, A., & Romo, N. (2020). Consumo de psicofármacos en Andalucía. Un análisis de la Encuesta Andaluza de Salud desde la perspectiva de género. *Rev. Esp. Drogodepend*, 45(1), 52–68. [https://www.aesed.com/upload/files/v45n1-5\\_rcaceres.pdf](https://www.aesed.com/upload/files/v45n1-5_rcaceres.pdf)

González, M. (2020). Propuesta de Intervención para el tratamiento de los Síntomas Depresivos y de Ansiedad en Adolescentes [Tesis de maestría]. In *Centro Universitario Cardenal Cisneros*.  
<https://ebuah.uah.es/dspace/handle/10017/42858>

González, Z. (2022). Orientación grupal desde el enfoque cognitivo conductual con personas menores de edad en consumo de sustancias psicoactivas del Programa Residencial de Casa Jaguar del Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Universidad En Diálogo: Revista de Extensión*, 12(1), 33–50. <https://doi.org/10.15359/UDRE.12-1.2>

Huamán, S. (2015). Factores sociales condicionantes a la intoxicación por benzodiazepinas en el Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2010 [Tesis de especialización]. In *Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann - Tacna*.  
<http://repositorio.unjbg.edu.pe/handle/UNJBG/477>

Infobae. (2022, September 22). *El consumo de antidepresivos no para de crecer desde el inicio de la pandemia y preocupa a los especialistas*.  
<https://www.infobae.com/salud/2022/09/22/el-consumo-de-antidepresivos-no-para-de-crecer-desde-el-inicio-de-la-pandemia-y-preocupa-a-los-especialistas/>

- Kalojya, G., & Tiwari, R. (2022). Role of Protective Factors in Prevention and Management of Substance Use: Recent Evidences. *Indian Journal of Psychiatry*, 64(9), 627. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.341830>
- Krendl, A., & Perry, B. (2023). Stigma Toward Substance Dependence: Causes, Consequences, and Potential Interventions. *Psychological Science in the Public Interest*, 24(2), 90–126. <https://doi.org/10.1177/15291006231198193>
- Laespada, T., Iraurgi, I., & Aróstegi, E. (2004). *Factores de Riesgo y de Protección frente al Consumo de Drogas: Hacia un Modelo Explicativo del Consumo de Drogas en Jóvenes de la CAPV*. Instituto Deusto de Drogodependencias. [https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS\\_ES\\_5107.PDF](https://bibliodrogas.gob.cl/biblioteca/documentos/ESTADISTICAS_ES_5107.PDF)
- Lafuente, M., Salas, L., Tejero, I., Bueno, S., Vicente, R., & Salvador, A. (2021). Técnicas cognitivo-conductuales para dejar de fumar. *Revista Sanitaria de Investigación*, 2(11), 382. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8210542>
- Losada, A., & Gardiner, S. (2018). Factores de riesgo y de protección en el consumo de sustancias en la adolescencia [Universidad del Salvador. Facultad de Psicología y Psicopedagogía]. In *Revista de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador*. 2019, 4. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/12365>
- Lueiro, N., Pichel, A., Fernández, C., & Gude, F. (2018). Prevalencia y características del consumo de benzodiazepinas en una comunidad rural. *Cadernos de Atención Primaria*, 24(1), 11–16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6793914>
- Lynch, T., Ryan, C., Hughes, C., Presseau, J., Van Allen, Z., Bradley, C., & Cadogan, C. (2020). Brief interventions targeting long-term benzodiazepine and Z-drug use in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 115(9), 1618–1639.

<https://doi.org/10.1111/ADD.14981>

- Macias, J., Valencia, A., & Montoya, I. (2018). Involved factors in the research results transfer in higher educational institutions. *Chilean Engineering Magazine*, 26(3), 528–540. <https://doi.org/10.4067/S0718-33052018000300528>
- Magill, M., Tonigan, S., Kiluk, B., Ray, L., Walthers, J., & Carroll, K. (2020). The search for mechanisms of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: A systematic review. *Behaviour Research and Therapy*, 131, 103648. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2020.103648>
- Marín, G., Del Mauro, J., Marín, L., Urtasun, M., Marín, G., Nucher, D., Dacher, C., Díaz, D., & Cañás, M. (2021). Consumo de benzodiazepinas y fármacos Z en una organización de la seguridad social nacional argentina: ¿uso racional o excesivo? *Salud Colectiva*, 17(0), 28. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3583>
- Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta qué es y como aplicarla*. Pearson Prentice Hall. [https://conductitlan.org.mx/06\\_psicologiaclinica/PISCOLOGIA CLINICA/RECURSOS/modificacion de conducta que es y como aplicarla.pdf](https://conductitlan.org.mx/06_psicologiaclinica/PISCOLOGIA CLINICA/RECURSOS/modificacion de conducta que es y como aplicarla.pdf)
- Martín, N. (2018). Prescripción de benzodiazepinas. *MPG Journal*, 1(38), 16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8636609>
- Martínez, L., Olvera, G., & Villarreal, E. (2018). Efecto de la técnica de respiración profunda en el nivel de ansiedad en adultos mayores. *Revista de Enfermería Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 26(2), 99–104. <https://bit.ly/3G8Y7fb>
- Martinez, M., Diaz, M., Besga, A., Bermúdez, C., López, P., Rondon, M., Stewart, D., Perez, P., Gutierrez, M., & Gonzalez, A. (2018). Prescripción de benzodiazepinas y caídas en mujeres y hombres ancianos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health*, 11(1),

12–18. <https://doi.org/10.1016/J.RPSM.2017.01.004>

Michaels, N., Spiller, H., Badeti, J., Sheftall, A., Funk, A., & Smith, G. (2021). Benzodiazepine exposures among women of reproductive age in the US, 2004–2018. *Human & Experimental Toxicology*, *40*(11), 1807. <https://doi.org/10.1177/096032712111013431>

Ministerio de Salud. (2017). *Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar*. Lima: Ministerio de Salud. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>

MINSA. (2020, September 28). *La FDA exige cambios en las advertencias de las benzodiacepinas*. Centro Nacional de Documentación e Información de Medicamentos. <https://bvceadim.digemid.minsa.gob.pe/noticias/413-la-fda-exige-cambios-en-las-advertencias-de-las-benzodiacepinas>

Mohamad, Y., Husin, M., Zainudin, Z., Wan, W., Harun, M., Sumari, M., & Abdul, N. (2021). How Cognitive Behavioural Therapy Helps on Addictive Behaviour? *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, *11*(12). <https://doi.org/10.6007/IJARBS/V11-I12/11836>

Mostafa, T., & Alghobary, M. (2023). Substance abuse and male sexual dysfunction: what lies beneath? *Sexual Medicine Reviews*, *11*(4), 395–411. <https://doi.org/10.1093/SXMREV/QEAD011>

Neville, H., Granter, C., Adibi, P., Belliveau, J., Isenor, J., & Bowles, S. (2022). Interventions to reduce benzodiazepine and sedative-hypnotic drug use in acute care hospitals: A scoping review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *18*(5), 2874–2886. <https://doi.org/10.1016/J.SAPHARM.2021.07.004>

Obando, J., & Vera, M. (2017). La reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades. *Revista: Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2017/10/disminucion-drogas-jovenes.html>

Oliveira, J., Remião, A., Zachi, É., Scherer, L., Gonçalves, P., & Roberto, P.

- (2020). El perfil de usuarios de benzodiazepinas en servicios de atención primaria de la salud de la ciudad de Chapecó, Santa Catarina, Brasil. *Salud Colectiva*, 16(0), 35. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2727>
- Ortega, D., Romero, A., Ochoa, M., & Nasmuta, D. (2024). Estrategias psicoterapéuticas en el manejo de las adicciones: Una revisión descriptiva. *Revista Científica de Salud y Desarrollo Humano*, 5(2), 360–383. <https://doi.org/10.61368/R.S.D.H.V5I2.195>
- Pachpande, M., & Patil, N. (2023). Drug Dependence: Drug Addiction, Drug Abuse, Drug Tolerance and Dependence. *International Journal of Advanced Research in Science, Communication and Technology*, 97–98. <https://doi.org/10.48175/IJARSCT-7957>
- Pando, V., Toxto, S., Fernandez, S., Parsons, C., Alcauter, S., & Garza, E. (2021). Gray and white matter morphology in substance use disorders: a neuroimaging systematic review and meta-analysis. *Translational Psychiatry*, 11(1), 1–18. <https://doi.org/10.1038/s41398-020-01128-2>
- Pascale, A., & Laborde, A. (2019). Efectos del consumo de cannabis durante el embarazo y la lactancia. *Arch Pediatr Urug*, 90(3), 161–168. <https://doi.org/10.31134/AP.90.3.7>
- Perales, Lady, & Yance, E. (2018). Factores que influyen en el consumo de medicamentos ansiolíticos (benzodiazepinas) en pacientes de farmacias del distrito el tambo-2018 [Tesis de licenciatura]. In *Repositorio institucional - UPHFR*. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3209164>
- Pimienta, J. (2017). *Metodología de la Investigación* (3era ed.). México: Pearson.
- Portela, A. (2021). El consumo de sustancias psicoactivas en mujeres mayores en la Argentina. Investigación bibliográfica 2010-2020. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 7(1), 2469–1143. <https://revista.terapia-ocupacional.org.ar/RATO/2021jul-art4.pdf>
- Pozzo, M., Borgobello, A., & Pierella, M. (2019). Using questionnaires in

- research on universities: analysis of experiences from a situated perspective. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca En Educació*, 12(2), 1–16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7057073>
- Quispe, F., Huanco, J., Cruzado, L., Quispe, F., Huanco, J., & Cruzado, L. (2021). Uso inapropiado de psicofármacos prescritos: diazepam intravenoso en la emergencia psiquiátrica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 84(2), 138–143. <https://doi.org/10.20453/RNP.V84I2.4001>
- Remón, M., Morales, E., & Palomero, M. (2022). Abordaje farmacoterapéutico de la ansiedad desde la oficina de farmacia. *Farmajournal*, 7(1), 53–60. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8422600>
- Rivas, J., Boira, E., De Jorge, R., & Gacía, J. (2022). Síndrome confusional agudo secundario a benzodiazepinas. *Revista Sanitaria de Investigación*, 3(6). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8516335>
- Rivas, S. (2022). Artículo histórico sobre la terapia familiar y su evolución en la medicina familiar. *Revista Mexicana de Medicina Familiar*, 9(3), 93–100. <https://doi.org/10.24875/RMF.21000113>
- Rodríguez, E., San Miguel, M., Loya, W., Falcón, D., & Canelo, A. (2018). Nivel de automedicación de ansiolíticos en usuarios que acuden a boticas y farmacias de la urbanización retablo del distrito de Comas, abril – junio del 2018 [Tesis de licenciatura]. In *Universidad Interamericana*. [http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/27/5\\_Ansiolitico\\_-\\_Automedicación\\_2018.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.unid.edu.pe/bitstream/handle/unid/27/5_Ansiolitico_-_Automedicación_2018.pdf?sequence=3&isAllowed=y)
- Rojas, T., Reyes, B., Tapia, A., & Sanchez, J. (2020). El consumo de sustancias psicoactivas y su influencia en el desarrollo integral. *Universidad de Oriente*, 4(1). <https://www.redalyc.org/journal/5736/573667940004/html/>
- Román, P., Rodríguez, M., & Roperó, C. (2021). *Metodología de la investigación de lector a divulgador*. Universidad de Almería.
- Ruiz, A. (2009). *Las técnicas asertivas en el proceso de comunicación interna de*

*las organizaciones* [Tesis de licenciatura].  
[http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/16/16\\_0705.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/16/16_0705.pdf)

Sahuquillo, M. (2019). Efectividad de un programa de intervención del servicio de farmacia de atención primaria en la desprescripción o sustitución de benzodiazepinas en mayores de 75 años [Tesis doctoral]. In *Universidad de Valencia*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=255733>

Sánchez, H., Romero, C., & Mejía, K. (2018). *Manual de términos en investigación científica, tecnológica y humanística*. Lima: Universidad Ricardo Palma.

Simal, J., Campos, M., Valdivida, F., Galindo, A., & García, J. (2021). Evaluation of Risk Factors Associated to Prescription of Benzodiazepines and its Patterns in a Cohort of Patients from Mental Health: A Real World Study in Spain. *Psychopharmacol Bull*, 51(1), 81–93.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8063129/>

Solano, C. (2018). Intervencion Cognitivo Conductual en Adiccion a Marihuana [Tesis de especialización]. In *Universidad Nacional Federico Villarreal*. <https://www.studocu.com/pe/document/universidad-cesar-vallejo/tutoria-iv/intervencion-cognitivo-conductual-en-adiccion-a-marihuana/30067715>

Takeshima, M., Otsubo, T., Funada, D., Murakami, M., Usami, T., Maeda, Y., Yamamoto, T., Matsumoto, T., Shimane, T., Aoki, Y., Otowa, T., Tani, M., Yamanaka, G., Sakai, Y., Murao, T., Inada, K., Yamada, H., Kikuchi, T., Sasaki, T., ... Takaesu, Y. (2021). Does cognitive behavioral therapy for anxiety disorders assist the discontinuation of benzodiazepines among patients with anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 75(4), 119–127.  
<https://doi.org/10.1111/PCN.13195>

Ten, H., & Patrão, M. (2021). Substance Abuse (See Addiction). *Dictionary of Global Bioethics*, 981–982. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-54161-3\\_484](https://doi.org/10.1007/978-3-030-54161-3_484)

Tirado, A., Velásquez, J., Álvarez, M., Gómez, L., Ramirez, C., & Vargas, A.

- (2012). Prevalencia y factores de riesgo para el consumo y dependencia de drogas en estudiantes de una universidad de Medellín, Colombia, 2009. *Facultad Nacional de Salud Pública: El Escenario Para La Salud Pública Desde La Ciencia*, 30(1), 38–44. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5079636>
- Tkach, V., Oliveira, S., Ojani, R., Yelenich, O., & Yagodynets, P. (2016). A eletrorredução de benzodiazepinas e a sua avaliação matemática. *Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas*, 45(3), 362–373. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8112410>
- Urrutia, F. (2019). *Informe sobre consumo de drogas en las Américas 2019*. <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/SecretariaUrrutiaArticuloInformesobreelConsumodeDrogasenlas.pdf>
- Valdiglesias, D. (2019). Intervención cognitivo conductual en un paciente con drogodependencia [Tesis de especialización]. In *Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/11414>
- Vallejo, F., Rubio, O., & Medranda, R. (2019). Riesgos psicosociales en personal médico que labora en el Hospital Rodríguez Zambrano en Manta, Ecuador. *Dominio de Las Ciencias*, 5(4), 4–18. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7152618&info=resumen&idioma=SPA>
- Vázquez, L., & Frutos, M. (2023). La prevención cuaternaria en el uso de benzodiazepinas y cómo deprescribirlas. *Atención Primaria Práctica*, 5(4). <https://doi.org/10.1016/J.APPR.2023.100183>
- Votaw, V., Geyer, R., Rieselbach, M., & McHugh, R. (2019). The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review\*. *Drug and Alcohol Dependence*, 200, 95. <https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2019.02.033>
- Vovk, V., & Strashok, O. (2023). Possibilities of application of cognitive-behavioral therapy to achieve remission in alcohol dependence.

*Psychiatry Neurology and Medical Psychology*, 5675(21), 6–12.  
<https://doi.org/10.26565/2312-5675-2023-21-01>

Vuele, D., García, M., Guachisaca, V., Robles, S., & Villavicencio, K. (2021). Factores de riesgo y protectores relacionados al consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad Nacional de Loja. *Enfermería Investiga*, 6(2), 20–26.  
<https://doi.org/10.31243/EI.UTA.V6I2.1059.2021>

Yaguana, J., & Álvarez, D. (2022). Técnica de entrenamiento en habilidades sociales y factores de riesgo en adolescentes con adicción a la marihuana: una revisión bibliográfica. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 6(42), 279–290.  
<https://doi.org/10.29018/ISSN.2588-1000VOL6ISS42.2022PP279-290>

## **ANEXOS**

## Anexo A. Consentimiento y/o asentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

|                |   |
|----------------|---|
| Institución:   | Universidad Peruana Cayetano Heredia.   |
| Investigadora: | Curo Infante, Carla Victoria.   |
| Título:        | «Estudio de caso: Abuso y dependencia de benzodiazepinas en una mujer con adicción del centro de salud mental comunitario Sechura – Piura». |

**Estimado Sr.(a):** A través del presente documento se le solicita la participación voluntaria para la investigación «Factores de riesgo asociados al abuso y dependencia de benzodiazepinas en una mujer con adicción del centro de salud mental comunitario Sechura – Piura».

**Fines del Estudio:** Este es un estudio desarrollado por una investigadora de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Con el fin de promover habilidades cognitivas, emocionales y conductuales en el proceso de cambio de la conducta adictiva al uso de benzodiazepinas en una mujer que asiste a un centro de salud mental comunitario de acuerdo al modelo cognitivo conductual.

**Procedimientos:** Si usted acepta participar del estudio, la investigadora podrá tener acceso a la información que se recolectará mediante la aplicación de dos cuestionarios, donde se considerarán algunos datos de acuerdo a las respectivas variables de estudio.

**Riesgos:** No se prevén riesgos por participar en este estudio.

**Costos e incentivos:** Usted no deberá pagar nada por su participación en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:** La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Derechos del participante:** La participación es voluntaria. Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento para la participación en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, comunicándose con Curo Infante, Carla Victoria.

### CONSENTIMIENTO

Voluntariamente doy mi consentimiento para ser partícipe en este estudio, comprendo en que consiste mi participación en la investigación, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento sin perjuicio alguno.

---

**Firma de la Investigadora**

---

**Firma de la  
participante**

## Anexo B. Protocolo de los instrumentos

### MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Pre-Test

*Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)*

Nombre: E. GR  
 Fecha:  
 Estudios/Profesión:  
 Observaciones:

F. nacimiento:  
 N. H°:

Varón [ ] Mujer [X]  
 Edad:

|   |  |            |
|---|--|------------|
| ¿En qué año estamos? 0-1 ✓<br>¿En qué estación? 0-1 ✓<br>¿En qué día (fecha)? 0-1 ✓<br>¿En qué mes? 0-1 ✓<br>¿En qué día de la semana? 0-1 ✓  | <b>ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)</b>  | 4          |
| ¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ✓<br>¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ✓<br>¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ✓<br>¿En qué provincia estamos? 0-1 ✓<br>¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1 ✓  | <b>ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)</b>  | 5          |
| Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Marzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.<br>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 ✓<br>(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1) ✓   | <b>Nº de repeticiones necesarias</b><br><b>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)</b> | 2          |
| Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.<br>30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1<br>(0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)   | <b>ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)</b>  | 4          |
| Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.<br>Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1<br>(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)   | <b>RECUERDO diferido (Máx.3)</b>   | 2          |
| <b>DENOMINACIÓN.</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1<br><b>REPETICIÓN.</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1<br><b>ÓRDENES.</b> Pedirle que siga la orden: "coge un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".<br>Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1<br><b>LECTURA.</b> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1<br><b>ESCRITURA.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1<br><b>COPIA.</b> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1 | <b>LENGUAJE (Máx.9)</b>  | 6<br><br>1 |
| Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal<br>24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro<br>9-12 : demencia  | <b>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</b>  | 24         |

a e g (1993)

Puntuación: 21-26.  
deficit leve.

# MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

*Post-Test*

*Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)*

Nombre: *E.G.R.* Varón [ ] Mujer [X]  
 Fecha: F. nacimiento: Edad:  
 Estudios/Profesión: N. H°:  
 Observaciones:

|  |  |                          |
|--|--|--------------------------|
| <p><input checked="" type="checkbox"/> En qué año estamos? 0-1<br/> <input checked="" type="checkbox"/> En qué estación? 0-1<br/> <input checked="" type="checkbox"/> En qué día (fecha)? 0-1<br/> <input checked="" type="checkbox"/> En qué mes? 0-1<br/> <input checked="" type="checkbox"/> En qué día de la semana? 0-1</p>   | <b>ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)</b>  | <b>5</b>                 |
| <p><input checked="" type="checkbox"/> En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1<br/> <input checked="" type="checkbox"/> En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1<br/> <input checked="" type="checkbox"/> En qué pueblo (ciudad)? 0-1<br/> <input checked="" type="checkbox"/> En qué provincia estamos? 0-1<br/> <input checked="" type="checkbox"/> En qué país (o nación, autonomía)? 0-1</p>   | <b>ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)</b>  | <b>5</b>                 |
| <p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.<br/>                 Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1<br/>                 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>   | <b>N° de repeticiones necesarias</b><br><b>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)</b> | <b>3</b>                 |
| <p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.<br/>                 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1<br/>                 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)</p>  | <b>ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)</b>  | <b>4</b>                 |
| <p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.<br/>                 Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1<br/>                 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>   | <b>RECUERDO diferido (Máx.3)</b>   | <b>2</b>                 |
| <p><b>DENOMINACIÓN.</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1<br/> <b>REPETICIÓN.</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1<br/> <b>ÓRDENES.</b> Pedirle que siga la orden: "coge un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".<br/>                 Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1<br/> <b>LECTURA.</b> Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1<br/> <b>ESCRITURA.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1<br/> <b>COPIA.</b> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p> | <b>LENGUAJE (Máx.9)</b>  | <b>8</b><br><br><b>1</b> |
| <p>Puntuaciones de referencia 27 o más: normal<br/>                 24 o menos: sospecha patológica 12-24: deterioro<br/>                 9-12: demencia</p>   | <b>Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)</b>  | <b>28</b>                |

a e g (1999)

*Puntuación: 27-30  
 Función Cognoscitiva Normal*

Pre-Test.

## ÍNDICE EAA

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
Área de trabajo \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_  
Grado de instrucción \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Fecha de hoy 13/02/2023

Nombre - C.G.R

A continuación se le presentan una lista de 20 preguntas, se le agradecerá leer cada una de ellas y marcar una de las respuestas que más se ajuste a su forma de sentirse.

| PREGUNTAS  | NUNCA O RARAS VECES                 | ALGUNAS VECES                       | BUEN NÚMERO DE VECES                | LA MAYORÍA DE LAS VECES             |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1.- Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre                | 1                                   | 2                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 4                                   |
| 2.- Me siento con temor sin razón                                    | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                                   |
| 3.- Despierto con facilidad o siento pánico                          | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                                   |
| 4.- Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos         | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                                   |
| 5.- Siento que todo está bien y nada malo puede sucederme            | 4                                   | 3                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 1                                   |
| 6.- Me tiemblan los brazos y las piernas                             | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                                   |
| 7.- Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura                | 1                                   | 2                                   | 3                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 8.- Me siento débil y me canso fácilmente                            | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                                   |
| 9.- Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente       | 4                                   | 3                                   | 2                                   | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 10.- Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.                 | 1                                   | 2                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 4                                   |
| 11.- Sufro de mareos   | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                                   |
| 12.- Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar                | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                                   |
| 13.- Puedo inspirar y espirar fácilmente                             | 4                                   | 3                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 1                                   |
| 14.- Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies       | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                                   |
| 15.- Sufro de molestias estomacales o indigestión.                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                                   |
| 16.- Orino con mucha frecuencia                                      | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                                   |
| 17.- Generalmente mis manos están secas y calientes                  | 4                                   | 3                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 1                                   |
| 18.- Siento bochornos  | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                                   |
| 19.- Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche | 4                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 1                                   |
| 20.- Tengo pesadillas  | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                                   |

Índice EAA =  $40 / 80 \times 100 = (50)$  =

Resellado y Presencia de nivel de ansiedad dentro de lo normal



### ÍNDICE EAA

Nombres y apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_  
 Área de trabajo \_\_\_\_\_ Puesto \_\_\_\_\_  
 Grado de instrucción \_\_\_\_\_ Estado civil \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

*Nombre CGR*

A continuación se le presentan una lista de 20 preguntas, se le agradecerá leer cada una de ellas y marcar una de las respuestas que más se ajuste a su forma de sentirse.

| PREGUNTAS  | NUNCA O RARAS VECES                 | ALGUNAS VECES                       | BUEN NÚMERO DE VECES                | LA MAYORÍA DE LAS VECES |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|
| 1.- Me siento más nervioso y ansioso que de costumbre                | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                       |
| 2.- Me siento con temor sin razón                                    | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                       |
| 3.- Despierto con facilidad o siento pánico                          | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| 4.- Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos         | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| 5.- Siento que todo está bien y nada malo puede sucederme            | 4                                   | 3                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 1                       |
| 6.- Me tiemblan los brazos y las piernas                             | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| 7.- Me mortifican dolores de cabeza, cuello o cintura                | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| 8.- Me siento débil y me canso fácilmente                            | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                       |
| 9.- Me siento tranquilo y puedo permanecer en calma fácilmente       | 4                                   | 3                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 1                       |
| 10.- Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.                 | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| 11.- Sufro de mareos   | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| 12.- Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar                | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| 13.- Puedo inspirar y espirar fácilmente                             | 4                                   | 3                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 1                       |
| 14.- Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies       | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| 15.- Sufro de molestias estomacales o indigestión.                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| 16.- Orino con mucha frecuencia                                      | 1                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 4                       |
| 17.- Generalmente mis manos están secas y calientes                  | 4                                   | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 1                       |
| 18.- Siento bochornos  | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| 19.- Me quedo dormido con facilidad y descanso bien durante la noche | <input checked="" type="checkbox"/> | 3                                   | 2                                   | 1                       |
| 20.- Tengo pesadillas  | <input checked="" type="checkbox"/> | 2                                   | 3                                   | 4                       |
| Indice EAA = $22 / 80 \times 100 =$                                  | (40) =                              |                                     |                                     |                         |

✓ Menos de 45 = Dentro de los límites normales de Ansiedad. presente.

Pre-Test.

### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Nombre: C.G.R

| Por favor marque (✓) la columna adecuada.               | Poco tiempo | Algo del tiempo | Una buena parte del tiempo | La mayor parte del tiempo | Puntaje |
|---|-------------|-----------------|----------------------------|---------------------------|---------|
| 1. Me siento decaído y triste.                          | 1           | 2 X             | 3                          | 4                         | 2       |
| 2. Por la mañana es cuando me siento mejor.             | 4           | 3               | X 2                        | 1                         | 2       |
| 3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.          | 1           | 2               | 3                          | X 4                       | 4       |
| 4. Tengo problemas para dormir por la noche.            | 1           | 2               | 3 X                        | 4                         | 3       |
| 5. Como la misma cantidad de siempre.                   | 4 X         | 3               | 2                          | 1                         | 4       |
| 6. Todavía disfruto el sexo.                            | X 4         | 3               | 2                          | 1                         | 4       |
| 7. He notado que estoy perdiendo peso.                  | 1           | 2               | 3 X                        | 4                         | 3       |
| 8. Tengo problemas de estreñimiento.                    | 1           | 2               | 3 X                        | 4                         | 3       |
| 9. Mi corazón late más rápido de lo normal.             | 1           | 2 X             | 3                          | 4                         | 2       |
| 10. Me canso sin razón alguna.                          | 1           | 2               | 3 X                        | 4                         | 3       |
| 11. Mi mente está tan clara como siempre.               | 4           | 3               | 2 X                        | 1                         | 2       |
| 12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.             | 4           | 3 X             | 2                          | 1                         | 3       |
| 13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.          | 1           | 2               | 3                          | 4 X                       | 4       |
| 14. Siento esperanza en el futuro.                      | X 4         | 3               | 2                          | 1                         | 4       |
| 15. Estoy más irritable de lo normal.                   | 1           | 2               | X 3                        | 4                         | 3       |
| 16. Me es fácil tomar decisiones.                       | 4           | 3               | 2 X                        | 1                         | 2       |
| 17. Siento que soy útil y me necesitan.                 | 4           | 3 X             | 2                          | 1                         | 3       |
| 18. Mi vida es bastante plena.                          | X 4         | 3               | 2                          | 1                         | 4       |
| 19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.  | 1           | 2 X             | 3                          | 4                         | 2       |
| 20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes. | 4           | 3               | 2 X                        | 1                         | 2       |

Resultado: 60 a 64 Deprimido Moderadamente (59)

(3)

Post Test

### Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Nombre C. G. R

| Por favor marque (✓) la columna adecuada.               | Poco tiempo | Algo del tiempo | Una buena parte del tiempo | La mayor parte del tiempo | Puntaje |
|---|-------------|-----------------|----------------------------|---------------------------|---------|
| 1. Me siento decaído y triste.                          | X 1         | 2               | 3                          | 4                         | 1       |
| 2. Por la mañana es cuando me siento mejor.             | 4           | 3               | X 2                        | 1                         | 2       |
| 3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.          | X 1         | 2               | 3                          | 4                         | 1       |
| 4. Tengo problemas para dormir por la noche.            | X 1         | 2               | 3                          | 4                         | 1       |
| 5. Como la misma cantidad de siempre.                   | 4           | 3               | X 2                        | 1                         | 2       |
| 6. Todavía disfruto el sexo.                            | 4           | 3               | X 2                        | 1                         | 2       |
| 7. He notado que estoy perdiendo peso.                  | X 1         | 2               | 3                          | 4                         | 1       |
| 8. Tengo problemas de estreñimiento.                    | 1           | X 2             | 3                          | 4                         | 2       |
| 9. Mi corazón late más rápido de lo normal.             | X 1         | 2               | 3                          | 4                         | 1       |
| 10. Me canso sin razón alguna.                          | 1           | X 2             | 3                          | 4                         | 2       |
| 11. Mi mente está tan clara como siempre.               | 4           | 3               | 2 X                        | 1                         | 2       |
| 12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.             | 4           | 3               | X 2                        | 1                         | 2       |
| 13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.          | 1 X         | 2               | 3                          | 4                         | 1       |
| 14. Siento esperanza en el futuro.                      | 4           | 3               | X 2                        | 1                         | 2       |
| 15. Estoy más irritable de lo normal.                   | X 1         | 2               | 3                          | 4                         | 1       |
| 16. Me es fácil tomar decisiones.                       | 4           | 3               | X 2                        | 1                         | 2       |
| 17. Siento que soy útil y me necesitan.                 | 4           | 3               | X 2                        | 1                         | 2       |
| 18. Mi vida es bastante plena.                          | 4           | 3               | X 2                        | 1                         | 2       |
| 19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.  | X 1         | 2               | 3                          | 4                         | 1       |
| 20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes. | 4           | 3               | X 2                        | 1                         | 2       |

Resultado: Rango normal: 20-44

32

4

**Cuestionario para Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol –**

**AUDIT**

*Post-Test*

Nombre CGR Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

G.I. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

|  |                               |   |
|--|-------------------------------|---|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?                                       | (0) Nunca                     |   |
|  | (1) 1 o menos veces al mes    | 1 |
|  | (2) 2 o 4 veces al mes        |   |
|  | (3) 2 o 3 veces a la semana   |   |
|  | (4) 4 o más veces a la semana |   |
| 2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele consumir en un día normal de consumo?                    | (0) 1 o 2                     | 1 |
|  | (1) 3 o 4                     |   |
|  | (2) 5 o 6                     |   |
|  | (3) 7 a 9                     |   |
|  | (4) 10 o más                  |   |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?                        | (0) Nunca                     | 0 |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes     |   |
|  | (2) Mensualmente              |   |
|  | (3) Semanalmente              |   |
|  | (4) A diario o casi a diario  |   |
| 4. En este último año, ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez empezado? | (0) Nunca                     | 0 |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes     |   |
|  | (2) Mensualmente              |   |
|  | (3) Semanalmente              |   |
|  | (4) A diario o casi a diario  |   |
| 5. En este último año, ¿Con qué frecuencia ha dejado de hacer trabajos por beber?              | (0) Nunca                     | 0 |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes     |   |
|  | (2) Mensualmente              |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | (3) Semanalmente                           |   |
|  | (4) A diario o casi a diario               |   |
| 6. En este último año, ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse por haber bebido el día anterior?                                  | (0) Nunca                                  | 0 |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes                  |   |
|  | (2) Mensualmente                           |   |
|  | (3) Semanalmente                           |   |
|  | (4) A diario o casi a diario               |   |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?                                  | (0) Nunca                                  |   |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes                  | 1 |
|  | (2) Mensualmente                           |   |
|  | (3) Semanalmente                           |   |
|  | (4) A diario o casi a diario               |   |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?                       | (0) Nunca                                  | 0 |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes                  |   |
|  | (2) Mensualmente                           |   |
|  | (3) Semanalmente                           |   |
|  | (4) A diario o casi a diario               |   |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado herido porque usted había bebido?  | (0) No                                     | 0 |
|  | (2) Sí, pero no en el curso del último año |   |
|  | (4) Sí, en el último año                   |   |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? | (0) No                                     | 0 |
|  | (2) Sí, pero no en el curso del último año |   |
|  | (4) Sí, en el último año.                  |   |

Bajo Riesgo de 0 hasta 20%. Puntaje (3)  
 bebe de Forma Responsable.

(8)



**Cuestionario para Identificación de Trastornos debidos al Consumo de Alcohol –**

**AUDIT**

*Pre-Test*

Nombre C. G. R Sexo \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

G.I. \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

|  |                               |   |
|--|-------------------------------|---|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?                                       | (0) Nunca                     |   |
|  | (1) 1 o menos veces al mes    |   |
|  | (2) 2 o 4 veces al mes        |   |
|  | (3) 2 o 3 veces a la semana   | 3 |
|  | (4) 4 o más veces a la semana |   |
| 2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele consumir en un día normal de consumo?                    | (0) 1 o 2                     |   |
|  | (1) 3 o 4                     |   |
|  | (2) 5 o 6                     | 2 |
|  | (3) 7 a 9                     |   |
|  | (4) 10 o más                  |   |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?                        | (0) Nunca                     |   |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes     |   |
|  | (2) Mensualmente              |   |
|  | (3) Semanalmente              | 3 |
|  | (4) A diario o casi a diario  |   |
| 4. En este último año, ¿Con qué frecuencia ha sido incapaz de parar de beber una vez empezado? | (0) Nunca                     |   |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes     | 1 |
|  | (2) Mensualmente              |   |
|  | (3) Semanalmente              |   |
|  | (4) A diario o casi a diario  |   |
| 5. En este último año, ¿Con qué frecuencia ha dejado de hacer trabajos por beber?              | (0) Nunca                     | 0 |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes     |   |
|  | (2) Mensualmente              |   |

|  |  |   |
|--|--|---|
|  | (3) Semanalmente                           |   |
|  | (4) A diario o casi a diario               |   |
| 6. En este último año, ¿Con qué frecuencia ha necesitado beber en ayunas para recuperarse por haber bebido el día anterior?                                  | (0) Nunca                                  |   |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes                  | 1 |
|  | (2) Mensualmente                           |   |
|  | (3) Semanalmente                           |   |
|  | (4) A diario o casi a diario               |   |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?                                  | (0) Nunca                                  |   |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes                  | 1 |
|  | (2) Mensualmente                           |   |
|  | (3) Semanalmente                           |   |
|  | (4) A diario o casi a diario               |   |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?                       | (0) Nunca                                  | 0 |
|  | (1) Menos de 1 vez al mes                  |   |
|  | (2) Mensualmente                           |   |
|  | (3) Semanalmente                           |   |
|  | (4) A diario o casi a diario               |   |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado herido porque usted había bebido?  | (0) No                                     | 0 |
|  | (2) Sí, pero no en el curso del último año |   |
|  | (4) Sí, en el último año                   |   |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de salud ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? | (0) No                                     | 0 |
|  | (2) Sí, pero no en el curso del último año |   |
|  | (4) Sí, en el último año.                  |   |

Puntaje General: (11)  
Consumo Riesgo Medio

(6)

## Ficha de Tamizaje - Violencia Familiar y Maltrato Infantil

DISA: \_\_\_\_\_ ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_  
 SERVICIO:  Emergencia  Pediatría  Gineco-Obstetricia  CRED  Otros \_\_\_\_\_  
 NOMBRE Y APELLIDO DEL USUARIO C. G. R  
 EDAD: 62 años SEXO:  Masculino  Femenino  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

**Lea al Paciente:**

*Debido a que la Violencia Familiar es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en la solución de su problema, por favor, conteste a estas preguntas:*

**Pregunte:**

Si es adulto (a):

¿Alguna vez un miembro de su familia le insulta, le golpea, le chantajea o le obliga a tener relaciones sexuales?

SI

NO

¿Quién? \_\_\_\_\_

Si es padre o madre de familia:

¿Su hijo es desobediente?

SI

NO

¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?

**Marque con aspa (X), todos los indicadores de maltrato que observe...**

**Físico**

- Hematomas, contusiones inexplicables.
- Cicatrices, quemaduras.
- Fracturas inexplicables.
- Marca de mordeduras.
- Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
- Laceraciones en boca, mejillas, ojos, etc.
- Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupción del sueño).
- Problemas con apetito.
- Enuresis: (niños).

**Psicológico**

- Extrema falta de confianza en si mismo.
- Tristeza, depresión o angustia.

- Retraimiento.
- Llanto frecuente.
- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- Demandas excesivas de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- Tartamudeo.
- Temor a los padres o de llegar al hogar.
- Robo, mentira, fuga, desobediencia, agresividad.
- Ausentismo escolar.
- Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- Bajo rendimiento académico.
- Aislamiento de personas.

- Intento de suicidio
- Uso de alcohol, drogas, tranquilizantes o analgésicos.

**Sexuales**

- Conocimiento y conducta sexual inapropiadas. (niños)
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- Embarazo precoz.
- Abortos o amenaza de Enferm. de transm. sexual.

**Negligencia**

- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- No vacunas o atención de salud.
- Acciden. o enf. muy frecuen.
- Descuido en higiene y aliño. falta de estimulación del desarrollo.
- Fatiga, sueño, hambre.

FECHA: 13/02/2023 DERIVADO POR: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE ATENDIÓ EL CASO: \_\_\_\_\_

Post Test

**FICHA DE TAMIZAJE - VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y MALTRATO INFANTIL**

RED: C6R Establecimiento..... FECHA.....  
Emergencia  Pediatría  Ginecología  Obstetricia  CRED  Medicina  P.F.  Otros   
Nombre y Apellido del usuario.....  
EDAD..... SEXO  Masculino  Femenino  
Dirección..... Referencia.....

**LEA AL PACIENTE**

Debido a que la violencia es dañina para la salud de las personas, en todos los programas de salud estamos preguntando a los pacientes si actualmente están en esta situación para participar con ellas en las solución de su problema, por favor conteste estas preguntas.

**PREGUNTE**

**SI ES ADULTO (A):**

¿Alguna vez algún miembro de su familia, le insulta, le golpea, le chantajea, o le obliga a tener relaciones sexuales?  Sí  No  
¿quién?.....  
¿Desde Cuándo?.....  
¿Cuándo fue la última vez?..... Y. AMAS.....

**SI ES PADRE O MADRE DE FAMILIA:**

¿Su hijo es muy desobediente?  Sí  No  
¿Alguna vez pierde el control y lo golpea?  Sí  No  
¿quién?.....  
¿Desde Cuándo?.....  
¿Cuándo fue la última vez?.....

**Marque con aspa (x) todos los indicadores de maltrato que observe...**

En todos los casos :niña(o), adolescente, adulto(s), ancianos(o)

**FISICO**

- Hematomas y contusiones inexplicables.
- Cicatrices y quemaduras.
- Fracturas inexplicables.
- Marca de Mordeduras.
- Lesiones de vulva, perineo, recto, etc.
- Laceraciones en la boca, mejilla, ojos, etc.
- Quejas crónicas sin causa física: cefalea, problemas de sueño (mucho sueño, interrupciones de sueño).
- Enuresis (niños).

**PSICOLÓGICO**

- Extrema falta de confianza en sí mismo.
- Tristeza, depresión o angustia.
- Retraimiento
- Llanto frecuente.

- Exagerada necesidad de ganar, sobresalir.
- Demandas excesivas de atención.
- Mucha agresividad o pasividad frente a otros niños.
- Tartamudeo.
- Temor a los padres o de llegar al hogar.
- Robo, mentira, fatiga, desobediencia, agresividad.
- Llegar temprano a la escuela o retirarse tarde.
- Bajo rendimiento académico.
- Aislamiento de personas.
- Intento de suicidio.
- Uso alcohol, Drogas,
- Tranquilizantes o analgésicos.

**SEXUALES**

- Conocimiento y conducta sexual inapropiada (niños).
- Irritación, dolor, lesión y hemorragia en zona genital.
- Embarazo precoz.
- Abortos o amenaza de enfermedad de transmisión sexual.

**NEGLIGENCIA**

- Falta de peso o pobre patrón de crecimiento.
- No vacunas o atención de salud.
- Accidente o enfermedad muy frecuente.
- Descuido de higiene y aliño falta de estimulación del desarrollo.
- Fatiga, sueño, hambre.

DERIVADO POR:..... FIRMA:.....  
NOMBRE DEL PERSONAL QUE ATENDIO CASO:.....

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS ATENCIÓN A LA VIOLENCIA FAMILIAR Y EL MALTRATO INFANTIL EN EL MINSA

Resultados → Usucaria No Presenta indicadores de Maltrato.

### Inventario de Autoestima de Stanley Coopersmith Adultos-Forma C

#### INSTRUCCIONES:

Si una frase describe como generalmente tú sientes, marca sólo con un "1" en la columna de VERDADERO (V). Si una frase no describe como generalmente tú sientes, marca sólo con un "1" en la columna de FALSO (F).

| Nº | Preguntas   | V | F |
|----|---|---|---|
| 1  | Las cosas generalmente no me preocupan.                           |   | X |
| 2  | Me resulta difícil hablar frente a la clase.                      |   | X |
| 3  | Hay muchas cosas sobre mí mismo que cambiaría si pudiera.         | X |   |
| 4  | Puedo tomar decisiones sin muchas dificultades.                   |   | X |
| 5  | Soy una persona entretenida.                                      | X |   |
| 6  | En mi casa me fastidio fácilmente.                                |   | X |
| 7  | Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo.               |   | X |
| 8  | Soy popular entre los chicos (as) de mi edad.                     | X |   |
| 9  | Mis padres generalmente toman en cuenta mis sentimientos.         |   | X |
| 10 | Me rindo fácilmente.  | X |   |
| 11 | Mis padres esperan demasiado de mí.                               |   | X |
| 12 | Es bastante difícil ser yo mismo (a).                             | X |   |
| 13 | Mi vida es un enredo.   | X |   |
| 14 | Los chicos /chicas generalmente aceptan mis ideas.                |   | X |
| 15 | Tengo una pobre opinión de mí mismo (a).                          | X |   |
| 16 | Muchas veces me gustaría irme de casa.                            | X |   |
| 17 | Generalmente me siento fastidiado (a) de mí mismo (a).            |   | X |
| 18 | Físicamente no soy tan simpático.                                 | X |   |
| 19 | Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.                    |   | X |
| 20 | Mis padres me comprenden.   |   | X |
| 21 | La mayoría de las personas caen mejor de lo que yo caigo.         |   | X |
| 22 | Generalmente siento como si mis padres me estuvieran presionando. |   | X |
| 23 | Generalmente me siento desmoralizado (a) en la universidad.       | X |   |
| 24 | Generalmente desearía ser otra persona.                           |   | X |
| 25 | No se puede confiar en mí.  |   | X |

Port 1011.

### ESCALA DE CALIFICACIÓN DE LA AUTOESTIMA DE COOPERSMITH

Cuestionario:

- Nombre y apellido: E. G R
- Edad: \_\_\_\_\_
- Nivel académico: \_\_\_\_\_

A continuación, hay una lista de frases sobre pensamientos y sentimientos. Si una frase describe cómo te sientes generalmente responde VERDADERO. Si la frase no describe cómo te sientes generalmente responde FALSO. No hay respuestas buenas ni malas, correctas o incorrectas.

|  | Verdadero | Falso |
|--|-----------|-------|
| 1. Generalmente los problemas me afectan muy poco          | X 1       |       |
| 2. Me cuesta mucho trabajo hablar en público               |           | X     |
| 3. Si pudiera, cambiaría muchas cosas de mi                |           | X     |
| 4. Puedo tomar fácilmente una decisión                     | X 1       |       |
| 5. Soy una persona simpática                               | X 1       |       |
| 6. En mi casa me enoja fácilmente                          |           | X     |
| 7. Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo            |           | X     |
| 8. Soy una persona popular entre las personas de mi edad   | X 1       |       |
| 9. Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos | X 1       |       |
| 10. Me doy por vencido/a fácilmente                        |           | X     |
| 11. Mi familia espera demasiado de mí                      | X         |       |
| 12. Me cuesta trabajo aceptarme como soy                   |           | X     |
| 13. Mi vida es muy complicada                              |           | X     |
| 14. Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas          | X 1       |       |
| 15. Tengo mala opinión de mí mismo/a                       |           | X     |
| 16. Muchas veces me gustaría irme de mi casa               |           | X     |
| 17. Con frecuencia me siento disgustado                    |           | X     |
| 18. Soy menos guapo/a que la mayoría de la gente           |           | X     |
| 19. Si tengo algo que decir generalmente lo digo           | X 1       |       |
| 20. Mi familia me comprende                                | X 1       |       |
| 21. Los demás son mejor aceptados que yo                   |           | X     |
| 22. Siento que mi familia me presiona                      |           | X     |
| 23. Con frecuencia me desanimo con lo que hago             |           | X     |
| 24. Muchas veces me gustaría ser otra persona              |           | X     |
| 25. Se puede confiar poco en mí                            | X         |       |

Resultado: 8

Nivel de autoestima -  
"Medio"

Test de la Persona Bajo la lluvia





Membre: C.G.R

---

**SCL-90-R L. R.**

(Derogatis. Adaptación U.B.A. 1999)

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder

| Preguntas   | Nada | Muy poco | Poco | Bastante | Mucho |
|---|------|----------|------|----------|-------|
| 1. Dolores de cabeza.   |      | X        |      |          |       |
| 2. Nerviosismo.   |      |          | X    |          |       |
| 3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.    |      |          | X    |          |       |
| 4. Sensación de mareo o desmayo.                              |      | X        |      |          |       |
| 5. Falta de interés en relaciones sexuales.                   | X    |          |      |          |       |
| 6. Criticar a los demás.                                      |      |          | X    |          |       |
| 7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.          |      |          | X    |          |       |
| 8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.          |      |          |      | X        |       |
| 9. Tener dificultad para memorizar cosas.                     |      |          |      | X        |       |
| 10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo. |      |          |      | X        |       |
| 11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.                        |      |          | X    |          |       |
| 12. Dolores en el pecho.                                      |      |          | X    |          |       |
| 13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.               |      | X        |      |          |       |
| 14. Sentirme con muy pocas energías.                          |      |          |      | X        |       |
| 15. Pensar en quitarme la vida.                               | X    |          |      |          |       |

| Preguntas  | Nada | Muy poco | Poco | Bastante | Mucho |
|--|------|----------|------|----------|-------|
| 16. Escuchar voces que otras personas no oyen.   | X    |          |      |          |       |
| 17. Temblores en mi cuerpo.  | X    |          |      |          |       |
| 18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.                                   |      |          |      | X        |       |
| 19. No tener ganas de comer.   |      | X        |      |          |       |
| 20. Llorar por cualquier cosa.   |      | X        |      |          |       |
| 21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.                                      | X    |          |      |          |       |
| 22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.   | X    |          |      |          |       |
| 23. Asustarme de repente sin razón alguna.   | X    |          |      |          |       |
| 24. Explotar y no poder controlarme.   | X    |          |      |          |       |
| 25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.   | X    |          |      |          |       |
| 26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.   | X    |          |      |          |       |
| 27. Dolores en la espalda.   |      | X        |      |          |       |
| 28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.                                      |      | X        |      |          |       |
| 29. Sentirme solo/a.   |      | X        |      |          |       |
| 30. Sentirme triste.   |      | X        |      |          |       |
| 31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.  |      | X        |      |          |       |
| 32. No tener interés por nada.   |      | X        |      |          |       |
| 33. Tener miedos.  |      | X        |      |          |       |
| 34. Sentirme herido en mis sentimientos.   |      | X        |      |          |       |
| 35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.  | X    |          |      |          |       |
| 36. Sentir que no me comprenden.   | X    |          |      |          |       |
| 37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.                               | X    |          |      |          |       |
| 38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas. | X    |          |      |          |       |
| 39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.  | X    |          |      |          |       |
| 40. Náuseas o dolor de estómago.   | X    |          |      |          |       |
| 41. Sentirme inferior a los demás.   | X    |          |      |          |       |

| Preguntas   | Nada | Muy poco | Poco | Bastante | Mucho |
|---|------|----------|------|----------|-------|
| 42. Calambres en manos, brazos o piernas.   | X    |          |      |          |       |
| 43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.                                       | X    |          |      |          |       |
| 44. Tener problemas para dormirme.  |      | X        |      |          |       |
| 45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.                                |      | X        |      |          |       |
| 46. Tener dificultades para tomar decisiones.                                       |      | X        |      |          |       |
| 47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.                          |      |          |      |          |       |
| 48. Tener dificultades para respirar bien.  | X    |          |      |          |       |
| 49. Ataques de frío o de calor.   | X    |          |      |          |       |
| 50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo. | X    |          |      |          |       |
| 51. Sentir que mi mente queda en blanco.  | X    |          |      |          |       |
| 52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.  | X    |          |      |          |       |
| 53. Tener un nudo en la garganta.   |      | X        |      |          |       |
| 54. Perder las esperanzas en el futuro.   |      | X        |      |          |       |
| 55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.                        |      | X        |      |          |       |
| 56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.                             |      | X        |      |          |       |
| 57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a  |      | X        |      |          |       |
| 58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados   |      | X        |      |          |       |
| 59. Pensar que me estoy por morir.  |      | X        |      |          |       |
| 60. Comer demasiado.  |      |          | X    |          |       |
| 61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.                             |      |          | X    |          |       |
| 62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.                                  |      |          | X    |          |       |
| 63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.   | X    |          |      |          |       |
| 64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.                           |      | X        |      |          |       |
| Preguntas   | Nada | Muy      | Poco | Bastante | Mucho |

|   |   | poco |   |  |  |
|---|---|------|---|--|--|
| 65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas. | X |      |   |  |  |
| 66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.                             |   | X    |   |  |  |
| 67. Necesitar romper o destrozar cosas.                               |   | X    |   |  |  |
| 68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.             | X |      |   |  |  |
| 69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.      | X |      |   |  |  |
| 70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.             | X |      |   |  |  |
| 71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.                         | X |      |   |  |  |
| 72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.                         |   | X    |   |  |  |
| 73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.             | X |      |   |  |  |
| 74. Meterme muy seguido en discusiones.                               | X |      |   |  |  |
| 75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.                           | X |      |   |  |  |
| 76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.                  |   | X    |   |  |  |
| 77. Sentirme solo/a aún estando con gente.                            | X |      |   |  |  |
| 78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.           | X |      |   |  |  |
| 79. Sentirme un/a inútil.   |   | X    |   |  |  |
| 80. Sentir que algo malo me va a pasar.                               | X |      |   |  |  |
| 81. Gritar o tirar cosas.   | X |      |   |  |  |
| 82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.                          | X |      |   |  |  |
| 83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.                       |   | X    |   |  |  |
| 84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.                       | X |      |   |  |  |
| 85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.                  | X |      |   |  |  |
| 86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.                   |   | X    |   |  |  |
| 87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.                            |   |      | X |  |  |
| 88. Sentirme alejado/a de las demás personas.                         |   | X    |   |  |  |
| 89. Sentirme culpable.  |   |      | X |  |  |
| 90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.            |   |      | X |  |  |

POT-TOT

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Cátedra Prof. M.M. Casullo. 1998. CONICET.

L. R. Derogatis.  
Adaptación U.B.A. 1999.

Nombre..... <sup>e BR</sup> Edad:..... Fecha de hoy: .....

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

**Sexo:**

Mujer     Varón

**Educación:**

Primario incompleto     Secundario incompleto     Terciario incompleto  
 Primario completo     Secundario completo     Terciario/universitario completo

**Estado civil:**

Soltero     Divorciado     Viudo/a  
 Casado     Separado     En pareja

**Ocupación:** .....

**Lugar de nacimiento:** .....

**Lugar de residencia actual:** .....

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.

2. Nerviosismo.

3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.

|  | Nada | Muy POCO | POCO | Bastante | Mucho |
|--|------|----------|------|----------|-------|
| 1. Dolores de cabeza.                                      | X    |          |      |          |       |
| 2. Nerviosismo.  | X    |          |      |          |       |
| 3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza. | X    |          |      |          |       |





- 70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
- 71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.

- 72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
- 73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
- 74. Meterme muy seguido en discusiones.
- 75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
- 76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
- 77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
- 78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
- 79. Sentirme un/a inútil.
- 80. Sentir que algo malo me va a pasar.
- 81. Gritar o tirar cosas.
- 82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
- 83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
- 84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
- 85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
- 86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
- 87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
- 88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
- 89. Sentirme culpable.
- 90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.

|   | Nada | Muy Poco | Poco | Bastante | Mucho |
|---|------|----------|------|----------|-------|
| 70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.   | X    |          |      |          |       |
| 71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.               | X    |          |      |          |       |
| 72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.               | X    |          |      |          |       |
| 73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.   | X    |          |      |          |       |
| 74. Meterme muy seguido en discusiones.                     | X    |          |      |          |       |
| 75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.                 | X    |          |      |          |       |
| 76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.        |      | X        |      |          |       |
| 77. Sentirme solo/a aún estando con gente.                  | X    |          |      |          |       |
| 78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme. | X    |          |      |          |       |
| 79. Sentirme un/a inútil.                                   | X    |          |      |          |       |
| 80. Sentir que algo malo me va a pasar.                     | X    |          |      |          |       |
| 81. Gritar o tirar cosas.                                   | X    |          |      |          |       |
| 82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.                | X    |          |      |          |       |
| 83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.             | X    |          |      |          |       |
| 84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.             | X    |          |      |          |       |
| 85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.        | X    |          |      |          |       |
| 86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.         | X    |          |      |          |       |
| 87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.                  | X    |          |      |          |       |
| 88. Sentirme alejado/a de las demás personas.               | X    |          |      |          |       |
| 89. Sentirme culpable.                                      | X    |          |      |          |       |
| 90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.  | X    |          |      |          |       |