



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Diseño de una vía clínica híbrida para
racionalizar el consumo de benzodiazepinas
desde atención primaria

Design of a hybrid clinical pathway to
optimize benzodiazepine use in primary care

Autor

Raúl Calvera Rábanos

Director/es

María Cristina de Torres Olson

Facultad de Ciencias de la Salud
2024-2025

INDICE

ACRÓNIMOS	3
RESUMEN	4
ABSTRACT	5
1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS.....	9
-GENERAL.....	9
-ESPECÍFICOS.....	9
3. METODOLOGÍA	10
4. DESARROLLO	15
Fase 1: Evaluación inicial (presencial)	15
Fase 2: Intervención digital (online).....	16
Fase 3: Seguimiento y monitorización (presencial y online)	17
5. CONCLUSIONES	20
6. BIBLIOGRAFÍA.....	22
7. ANEXOS	27

ACRÓNIMOS

- **BZD:** Benzodiacepinas
- **GABA:** Ácido gamma-aminobutírico
- **SNC:** Sistema Nervioso Central
- **AEMPS:** Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios
- **SESCAM:** Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
- **DHD:** Dosis diaria definida por mil habitantes y día
- **UE:** Unión Europea
- **OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
- **AP:** Atención Primaria
- **USM:** Unidad de Salud Mental
- **RGPD:** Reglamento General de Protección de Datos
- **LOPDGDD:** Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales
- **HCE:** Historia Clínica Electrónica
- **IACS:** Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud
- **EVA:** Escala Visual Analógica
- **SMS:** Servicio de Mensajes Cortos
- **AQuAS:** Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya

RESUMEN

Introducción: El uso prolongado de benzodiazepinas constituye un reto prioritario en atención primaria por su alta prevalencia y los riesgos asociados, como dependencia, deterioro cognitivo y aumento de caídas. A pesar de recomendaciones clínicas que limitan su uso a corto plazo, en España su consumo sigue en niveles alarmantes, con un aumento sostenido durante la última década. Esta situación refleja limitaciones en el seguimiento, la falta de alternativas no farmacológicas y la ausencia de protocolos efectivos de desprescripción. En respuesta a este problema, se plantea el diseño de una vía clínica híbrida que permita un abordaje integral, accesible y personalizado del consumo crónico de BZD desde atención primaria.

Objetivo principal: Racionalizar el consumo de benzodiazepinas desde Atención Primaria mediante el diseño de una vía clínica híbrida (presencial y online), con el fin de reducir los riesgos asociados al uso prolongado de estas sustancias y mejorar la calidad de vida de los pacientes

Metodología: Estudio observacional, prospectivo y cuasiexperimental, con intervención de seis meses en cuatro centros de salud de Zaragoza. La vía se organiza en tres fases: evaluación inicial presencial, intervención digital mediante plataforma educativa y seguimiento/monitorización. El abordaje lo realiza un equipo interdisciplinar que garantiza tanto el acompañamiento clínico como la equidad digital.

Conclusión: La vía clínica híbrida representa una estrategia innovadora, personalizada y sostenible para abordar el consumo crónico de benzodiazepinas desde atención primaria. Esta propuesta fortalece el rol de la enfermería, optimiza recursos sanitarios, y promueve un modelo de atención centrado en la persona, facilitando la transición hacia prácticas más seguras, accesibles y basadas en evidencia.

Palabras clave: Benzodiazepinas, atención primaria, vía clínica híbrida, salud digital, deshabituación.

ABSTRACT

Introduction: The prolonged use of benzodiazepines is a priority challenge in primary care due to its high prevalence and associated risks, such as dependence, cognitive impairment, and increased falls. Despite clinical recommendations limiting their use to the short term, their consumption in Spain remains alarmingly high, with a sustained increase over the past decade. This situation reflects limitations in follow-up, a lack of non-pharmacological alternatives, and the absence of effective deprescribing protocols. In response to this issue, the design of a hybrid clinical pathway is proposed, allowing for a comprehensive, accessible, and personalized approach to the chronic use of BZD in primary care.

Main Objective: To rationalize the consumption of benzodiazepines in primary care through the design of a hybrid clinical pathway (in-person and online), aimed at reducing the risks associated with prolonged use of these substances and improving patients' quality of life.

Methodology: Observational, prospective, and quasi-experimental study with a six-month intervention in four healthcare centers in Zaragoza. The pathway comprises three phases: initial in-person evaluation, digital intervention via an educational platform, and follow-up/monitoring. This approach is conducted by an interdisciplinary team, ensuring both clinical support and digital equity.

Conclusion: The hybrid clinical pathway represents an innovative, personalized, and sustainable strategy to address chronic benzodiazepine use in primary care. This approach strengthens the role of nursing, optimizes healthcare resources, and promotes a patient-centered model of care, facilitating the transition toward safer, more accessible, and evidence-based practices.

Keywords: Benzodiazepines, primary care, hybrid clinical pathway, digital health, withdrawal.

1. INTRODUCCIÓN

Las benzodiacepinas (BZD) son psicofármacos ampliamente utilizados en el ámbito sanitario debido a sus propiedades ansiolíticas, hipnóticas-sedantes, miorrelajantes y anticonvulsivantes. Actúan potenciando la actividad del ácido gamma-aminobutírico (GABA), el principal neurotransmisor inhibitor del sistema nervioso central (SNC), lo que reduce la excitabilidad neuronal y genera una sensación de calma y relajación. Debido a estas propiedades, son fármacos frecuentemente prescritos para el tratamiento de trastornos como la ansiedad y el insomnio (AEMPS, 2024; *National Institute for Health and Care Excellence*, 2023; SESCAM, 2024).

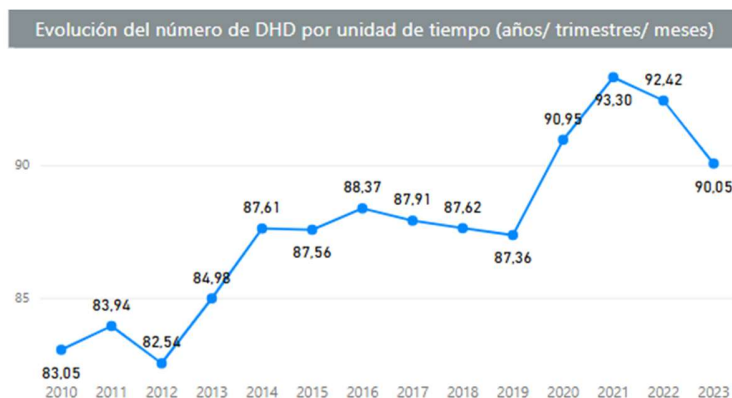
Estas han demostrado ser efectivas terapéuticamente, sin embargo, su uso prolongado conlleva riesgos significativos, especialmente en la población geriátrica y en pacientes polimedicados. Los efectos adversos más comunes incluyen tolerancia, dependencia, deterioro cognitivo, incremento en el riesgo de caídas y fracturas, así como interacciones farmacológicas (Socidroalcohol, 2019; Martínez-Cengotitabengoa et al., 2018; Generalitat de Catalunya, 2018; Parra Díez et al., 2019). Por ello, su prescripción debería limitarse a períodos cortos (2 a 4 semanas) y complementarse con intervenciones no farmacológicas, como técnicas de relajación, manejo del estrés y psicoterapia (Rodríguez-Gómez et al., 2019; Baza Bueno et al., 2020).

Entre las benzodiacepinas más utilizadas se encuentran el diazepam, lorazepam, alprazolam, clonazepam y lormetazepam. (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2024; DeGeorge, Grover, & Streeter, 2022, p. 159; Maravillas-Estrada et al., 2023; [Anexo 1](#)).

En las últimas décadas, a pesar de la disponibilidad de alternativas más seguras, como los hipnóticos del grupo Z (zolpidem y zopiclona), el consumo de benzodiacepinas ha aumentado significativamente en España. Se estima que más del 15% de la población adulta las consume regularmente, con una prevalencia tres veces superior en mujeres que en hombres. Además, representan más del 50% de los psicofármacos prescritos y son responsables de una proporción considerable de intoxicaciones medicamentosas (AQuAS, 2023; Gómez-Luna & Pérez-López, 2017).

Según los datos de la AEMPS (2024), el consumo de BZD en España, medido en Dosis Diarias Definidas por 1.000 habitantes y día (DHD), ha mostrado un incremento constante entre 2010 y 2023, alcanzando picos en 2020 y 2021 (93,30 DHD), en gran parte debido a los efectos de la pandemia de COVID-19 (García Díez, Pérez, & Martínez, 2021). A pesar de un leve descenso en 2023 (90,05 DHD), los niveles siguen siendo alarmantemente elevados en comparación con años previos, colocando a España como el segundo país con mayor consumo de ansiolíticos en la UE/OCDE, solo por detrás de Portugal (Baza Bueno et al., 2020; [Anexo 2](#)).

Gráfico 1. Consumo global DHD de ansiolíticos e hipnóticos en España



Fuente: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

Esta tendencia creciente plantea un grave desafío para la salud pública y sugiere posibles problemas, como una prescripción inapropiada o un abuso de estos medicamentos, exacerbados por un seguimiento insuficiente (Socidrogalcohol, 2019; Martínez-Cengotitabengoa et al., 2018).

En atención primaria (AP), los problemas de salud mental son comúnmente atendidos por los médicos de familia, en lugar de ser derivados a servicios especializados. La prevalencia de trastornos psicopatológicos en AP varía entre el 22% y el 29%, llegando en ocasiones hasta el 45% (Latorre Postigo et al., 2012; Domínguez Domínguez, Expósito Duque, & Torres Tejera, 2024). Sin embargo, a pesar de los esfuerzos realizados en AP para gestionar el consumo de BZD, las intervenciones actuales no han demostrado ser efectivas. La falta de un seguimiento adecuado y la escasa implementación de estrategias personalizadas contribuyen tanto a una prescripción

prolongada como al aumento de los riesgos asociados de su uso (García Díez, Pérez, & Martínez, 2021). Por ello, es necesario replantear las estrategias de manejo de las benzodiacepinas, incorporando no solo una vigilancia más estrecha, sino también alternativas no farmacológicas probadas, como la terapia cognitivo-conductual o sesiones de apoyo psicoeducativo.

Frente a este panorama, resulta imprescindible implementar nuevas estrategias para racionalizar el uso de benzodiacepinas desde atención primaria. Es fundamental fomentar alternativas no farmacológicas y establecer protocolos de desprescripción progresiva. Para lograrlo, la formación continuada de los profesionales y la educación sanitarios de los pacientes son claves para garantizar un consumo seguro y responsable (Vicens et al., 2017).

En este contexto, se propone diseñar una vía clínica híbrida (presencial y online) que combine atención personalizada y recursos digitales. Como señalan *Mayo Clinic* y *Telehealth*, esta metodología tiene el potencial de mejorar el acceso a los tratamientos, aumentar la adherencia y ofrecer flexibilidad. Para aquellos pacientes con dificultades para acceder a la atención presencial, los recursos digitales pueden resultar especialmente útiles para proporcionar apoyo y seguimiento continuo. La combinación de intervenciones presenciales y digitales no solo mejora la eficacia del tratamiento, sino que también adapta la atención a las necesidades individuales de cada paciente (*Mayo Clinic*, 2023; *Telehealth*, 2024).

El rol de enfermería es clave en la optimización del uso de benzodiacepinas, especialmente en atención primaria. Como profesionales de referencia en el seguimiento y educación del paciente, los enfermeros podemos contribuir significativamente en la identificación temprana de patrones de uso inadecuado, en la implementación de estrategias de desprescripción y en la promoción de alternativas terapéuticas no farmacológicas. Además, la incorporación de tecnologías digitales en la práctica enfermera permite mejorar el acceso a la información, el monitoreo del paciente y la personalización de los cuidados. Por tanto, el desarrollo de una vía clínica híbrida busca no solo mejorar la gestión del consumo de benzodiacepinas, sino también fortalecer el rol de la enfermería en la prevención, intervención y seguimiento de los pacientes en riesgo de cronificación del tratamiento.

2. OBJETIVOS

-GENERAL

1. Racionalizar el consumo de benzodiazepinas desde Atención Primaria mediante el diseño de una vía clínica híbrida (presencial y online), con el fin de reducir los riesgos asociados al uso prolongado de estas sustancias y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

-ESPECÍFICOS

1. Desarrollar e implementar una plataforma híbrida para la deshabitación de benzodiazepinas, incorporando nuevas estrategias y tecnología, que integre seguimiento personalizado, recursos educativos y apoyo emocional.
2. Evaluar la eficacia del modelo híbrido en la reducción del consumo de benzodiazepinas y su impacto en la carga asistencial de Atención Primaria, mejorando la adherencia al tratamiento y la satisfacción de pacientes y profesionales.

3. METODOLOGÍA

La metodología del estudio se basará en un diseño observacional, prospectivo y cuasiexperimental que permita evaluar la efectividad de una vía clínica híbrida en la reducción del consumo de benzodiazepinas desde atención primaria. Durante un periodo de 6 meses, se llevarán a cabo intervenciones planificadas y se realizará un análisis longitudinal de los datos recopilados. Para estimar el impacto de la intervención en la población objetivo, se realizará un análisis comparativo de la evolución de los participantes a lo largo del tiempo.

La población diana estará compuesta por pacientes adultos diagnosticados con riesgo de cronificación en el consumo de benzodiazepinas. Para su inclusión, deberán cumplir los siguientes criterios: ser mayores de 18 años para garantizar su competencia legal, presentar un consumo regular de benzodiazepinas superior a seis semanas como indicador de posible cronificación, contar con acceso a medios digitales para el seguimiento online y mostrar disposición para participar mediante la firma del consentimiento informado, participando libre y voluntariamente.

Se excluirán pacientes con trastornos psiquiátricos graves que dificulten el manejo terapéutico, consumo activo de sustancias, situaciones de dependencia que impidan el uso autónomo de la plataforma y contraindicaciones médicas que supongan un riesgo para la deshabituación, garantizando su seguridad.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de la población diana

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Edad \geq 18 años	Trastornos psiquiátricos graves
Consumo de benzodiazepinas > 6 semanas	Consumo activo de sustancias
Acceso a medios digitales	Situaciones de dependencia
Firma del consentimiento informado	Contraindicaciones médicas

Fuente: Elaboración propia

Los centros de salud de Actur Sur, Rebolería, San José Norte y Las Fuentes Norte han sido seleccionados para llevar a cabo este estudio ya que cada uno de ellos cuenta con su propia Unidad de Salud Mental (USM) para Adultos. Además, estos centros atienden a un gran número de pacientes, lo que facilita la obtención de una muestra amplia y diversa. Gracias a esta alta demanda, no solo se garantiza una representación adecuada de la población afectada, sino que también se abre la oportunidad de analizar un mayor número de casos, permitiendo así una visión más completa y enriquecedora del problema (Gobierno de Aragón, 2021).

El proyecto será llevado a cabo por un equipo multidisciplinar que trabajará de manera coordinada para ofrecer un enfoque integral. Los médicos de familia tendrán la responsabilidad de identificar a los pacientes con riesgo de cronificación en el consumo de benzodiacepinas y derivarlos a la vía clínica híbrida. Los psiquiatras de la USM evaluarán los casos más complejos, ajustando los tratamientos cuando sea necesario. Las enfermeras de atención primaria y salud mental realizarán un seguimiento cercano, tanto de forma presencial como online, brindando apoyo continuo, educando a los pacientes sobre cómo reducir el consumo de benzodiacepinas y ayudándoles a gestionar cualquier dificultad que surja. Los psicólogos clínicos ofrecerán intervenciones terapéuticas para tratar la ansiedad e insomnio sin depender de medicación, complementadas con recursos online que facilitarán el proceso, como las sesiones virtuales de apoyo psicoeducativo.

Los trabajadores sociales desempeñarán un rol esencial en el proyecto, centrándose en dos aspectos clave. En primer lugar, ofrecerán apoyo a los pacientes para que puedan acceder a recursos sociales que faciliten el seguimiento del tratamiento, asegurando que las dificultades económicas no sean un obstáculo para su participación en el proyecto. En segundo lugar, se asegurarán de minimizar la brecha digital, garantizando que todos los pacientes, independientemente de su acceso a la tecnología, puedan participar activamente en la vía clínica híbrida. Para ello, organizarán talleres prácticos para enseñar a los pacientes a utilizar los recursos online, proporcionando dispositivos, apoyo técnico y capacitación para aquellos con poca experiencia en herramientas digitales, asegurando que nadie quede excluido.

Tabla 2. Responsabilidad de cada profesional sanitario en el desempeño de la vía híbrida

Profesional	Responsabilidad
Médicos de Familia	Identificar a pacientes con riesgo de cronificación en el consumo de benzodiazepinas y derivarlos a la vía clínica híbrida.
Psiquiatras	Evaluar casos complejos y ajustar los tratamientos
Enfermeras	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar seguimiento cercano, presencial y online. 2. Educar sobre la reducción del consumo de benzodiazepinas y gestionar dificultades.
Psicólogos Clínicos	Ofrecer intervenciones terapéuticas para tratar la ansiedad e insomnio sin medicación y realizar sesiones virtuales de apoyo psicoeducativo
Trabajadores Sociales	<ol style="list-style-type: none"> 1. Orientar a los pacientes sobre ayudas gubernamentales de carácter económico 2. Garantizar la inclusión digital, ofreciendo talleres, dispositivos, apoyo técnico y capacitación para evitar la brecha digital.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la ejecución, esta se desarrollará en tres fases. En la primera fase, se llevará a cabo una consulta presencial para la evaluación clínica y el diagnóstico del paciente. Durante esta sesión, se explicará detalladamente el programa, se entregará material educativo personalizado y se establecerán los objetivos terapéuticos. Además, se registrará el consumo inicial de benzodiazepinas y los datos obtenidos a partir de encuestas específicas como la Escala de Ansiedad de Hamilton, la Escala de Calidad del Sueño de Pittsburgh y el Cuestionario de Estrés Percibido (PSS-10). Esta sesión podrá ser realizada de forma conjunta entre el médico de familia y enfermería, o de manera exclusiva por el facultativo médico.

En la segunda fase, de carácter online, los pacientes accederán a una plataforma digital con contenidos formativos adaptados a sus necesidades. Esta incluirá recursos como vídeos explicativos, guías para el manejo del estrés y técnicas de higiene del sueño. Asimismo, contarán

con acceso a sesiones de apoyo psicoeducativo virtual moderadas por los psicólogos clínicos del centro de salud de referencia, donde podrán compartir experiencias y realizar consultas.

La última fase, dedicada al seguimiento, se extenderá hasta el sexto mes e incluirá consultas quincenales con el personal de enfermería del centro de salud, que se alternarán entre modalidad presencial y online. Estas consultas permitirán evaluar la adherencia al programa, resolver dudas, ajustar los objetivos terapéuticos según la evolución del paciente y reforzar su motivación para reducir el consumo de benzodiacepinas. Las decisiones sobre la continuidad o modificación del tratamiento se tomarán en función de la evolución registrada en la plataforma digital y en la historia clínica del paciente, garantizando un enfoque individualizado y fundamentado en la evidencia.

Para evaluar la efectividad de la intervención, se analizarán diversas variables clínicas, psicológicas, sociodemográficas y de adherencia. Dentro de las variables clínicas, se medirá la reducción en la dosis de benzodiacepinas a lo largo del tiempo, comparando el consumo al inicio, en cada consulta quincenal y al final del estudio. Además, se evaluará la presencia de síntomas de abstinencia mediante escalas validadas como la Escala de Síntomas de Abstinencia de Benzodiacepinas (*Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire*) y se registrarán indicadores de estado de salud general, incluyendo tensión arterial y el ritmo cardíaco, que podrían verse afectados por la reducción del consumo (Cantos-Azorín & Sanz-Valero, 2023; [Anexo 3](#)).

Entre las variables psicológicas, se estudiará la evolución de la ansiedad y el estrés mediante herramientas como la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario de Estrés Percibido (PSS-10). Asimismo, se analizarán los trastornos del sueño utilizando la Escala de Calidad del Sueño de Pittsburgh, dado que la mejora en la calidad del descanso es un factor clave en la reducción del consumo de benzodiacepinas, como señala la *National Sleep Foundation* (2020), “El sueño de calidad es esencial para la regulación de la salud mental y física, y su mejora ha demostrado ser un factor clave en la reducción de la dependencia de fármacos sedantes, como las benzodiacepinas, al promover patrones de sueño naturales y reparadores”.

Las variables sociodemográficas incluirán aspectos como la edad y el género, con el fin de determinar posibles diferencias en la respuesta al tratamiento, así como el nivel socioeconómico, para evaluar cómo los recursos económicos y educativos pueden influir en la adherencia y los resultados de la intervención. Finalmente, se estudiarán variables de adherencia, registrando el cumplimiento con el tratamiento tanto en las consultas presenciales como en la plataforma online, midiendo la frecuencia de acceso a los contenidos educativos y la interacción en las sesiones de apoyo psicoeducativo virtual.

Para complementar el análisis, se incluirán indicadores de eficacia a través de encuestas y entrevistas que medirán la percepción de los pacientes sobre la efectividad de la vía clínica híbrida y su grado de satisfacción con la intervención, utilizando herramientas como el Cuestionario de Satisfacción del Paciente con la Atención de Salud (PSQ-18). Además, se llevará a cabo un análisis cualitativo basado en testimonios y experiencias de los pacientes para identificar barreras y facilitadores en el proceso de deshabitación.

Adicionalmente se analizará la costo-efectividad del programa en comparación con los métodos tradicionales, evaluando su impacto en la reducción de consultas presenciales y la optimización de los recursos de atención primaria. Finalmente, se estudiará la sostenibilidad de los resultados a largo plazo, con un seguimiento a los 6, 12 y 24 meses post-intervención para medir la estabilidad en la reducción del consumo de benzodíacepas.

El estudio seguirá los principios éticos de la Declaración de Helsinki y cumplirá con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018 (LOPDGDD) para la protección de datos. Se solicitará aprobación al Comité de Ética de Investigación y se obtendrá consentimiento informado por escrito, garantizando la voluntariedad y el derecho a retirarse sin perjuicio. Los datos serán anonimizados mediante codificación, asegurando la confidencialidad. La intervención se diseñará para minimizar riesgos, adaptando las estrategias de deshabitación a cada paciente para evitar síntomas severos de abstinencia. Cualquier efecto adverso será registrado y evaluado, priorizando la seguridad del paciente conforme al principio de no maleficencia.

4. DESARROLLO

Para desarrollar una vía clínica híbrida efectiva, que permita racionalizar el consumo de benzodicepinas desde atención primaria en Zaragoza, es fundamental diseñar un protocolo estructurado y contar con herramientas específicas que permitan un seguimiento personalizado y adaptado a cada paciente. La integración de recursos clínicos y tecnológicos facilitaría tanto la monitorización de los pacientes como la toma de decisiones terapéuticas.

La vía clínica se desarrollará en tres fases:

1. Evaluación inicial (fase presencial)
2. Intervención digital (fase online)
3. Seguimiento y monitorización

Fase 1: Evaluación inicial (presencial)

En la fase inicial, el médico de familia será el encargado de realizar una evaluación detallada del paciente a través de una entrevista presencial, recopilando datos clave como antecedentes médicos, consumo habitual de benzodicepinas, estado emocional y calidad del sueño. Para ello, se utilizará la historia clínica electrónica (HCE) del Servicio Aragonés de Salud, complementada con escalas validadas como:

- Escala de Ansiedad de Hamilton ([Anexo 4](#))
- Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh ([Anexo 5](#))
- Cuestionario de Estrés Percibido (PSS-10) ([Anexo 6](#))

La recopilación de esta información permitirá, mediante algoritmos de estratificación de riesgo, estimar de manera individualizada la probabilidad de cronificación del consumo de benzodicepinas. Gracias al apoyo de un sistema automatizado para la toma de decisiones clínicas,

será posible definir estrategias de intervención personalizadas, garantizando que cada paciente reciba los recursos más apropiados en función de sus necesidades específicas y características individuales.

Fase 2: Intervención digital (online)

En la fase de intervención, los pacientes serán incorporados a una plataforma digital de seguimiento diseñada específicamente para el manejo del consumo de benzodiazepinas en Aragón. Esta plataforma, inspirada en iniciativas como el Plan Nacional sobre Drogas y el programa 'Vivir sin Tranquilizantes es Posible' de la Junta de Andalucía, integrará herramientas interactivas basadas en evidencia científica que permitirán un seguimiento cercano y personalizado de cada paciente.

El programa de Andalucía, en particular, ha demostrado ser un modelo eficaz al enfocarse en la desprescripción gradual de benzodiazepinas mediante el apoyo de recursos digitales, consultas periódicas y materiales educativos que promueven el manejo adecuado de la ansiedad y otros trastornos asociados. Asimismo, el programa andaluz se caracteriza por su enfoque multidisciplinar, involucrando a médicos, psicólogos y enfermeros, quienes colaboran estrechamente para garantizar una atención integral. Esta experiencia será reflejada en la plataforma de Aragón, la cual podría desarrollarse a través de una colaboración con el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). El acceso a dicha plataforma se podría realizar tanto a través de dispositivos móviles como ordenadores.

Los usuarios tendrán acceso gratuito a módulos educativos sobre la farmacología de las benzodiazepinas, sus efectos adversos y estrategias para su reducción progresiva. Estos contenidos se complementarán con vídeos explicativos, ejercicios interactivos, preguntas tipo test y actividades dinámicas, facilitando el seguimiento y la adquisición de los conocimientos propuestos.

Fase 3: Seguimiento y monitorización (presencial y online)

La fase de seguimiento y monitorización será esencial para asegurar la efectividad y sostenibilidad del tratamiento a largo plazo. Se diseñará un sistema integral de seguimiento motivacional que evaluará el progreso del paciente y fortalecerá su adherencia mediante estrategias personalizadas y adaptativas. Este sistema combinará tecnologías avanzadas y enfoques terapéuticos innovadores para fomentar la motivación y ofrecer acompañamiento continuo en el proceso de reducción del consumo de benzodiacepinas.

Se incorporará un sistema de escalas diarias de ánimo, como la Escala Visual Analógica (EVA) modificada para medir nivel de ansiedad, cuya eficacia en la detección de ansiedad y depresión en atención primaria ha sido validada por Esteban García, Cassinello Marco y Lebrero Catalá (2022). Estas herramientas permitirán un seguimiento continuo y preciso del estado del paciente, facilitando la detección de recaídas o mejoras, y la adaptación de la intervención según sus necesidades ([Anexo 7](#)).

Además, se implementará un Sistema Avanzado de Monitorización Remota utilizando dispositivos, como relojes inteligentes, para recopilar en tiempo real datos clave como el ritmo cardíaco, la calidad del sueño y los niveles de actividad física. Estos dispositivos pueden desempeñar un papel crucial en el seguimiento de estos pacientes, ya que permiten detectar alteraciones fisiológicas relacionadas con la ansiedad y el insomnio, evaluar patrones de sueño, fomentar la actividad física y alertar sobre cambios significativos en el estado del paciente. Este enfoque se verá enriquecido con investigaciones en fenotipado digital, una metodología que utiliza dispositivos portátiles para caracterizar trastornos psiquiátricos y analizar posibles asociaciones genéticas. El estudio de Liu, Borsari y colaboradores (2025) evidenció que los datos obtenidos mediante estos dispositivos no solo mejoran la clasificación de los trastornos mentales, sino que también permiten identificar genes relacionados, superando así las limitaciones de los métodos tradicionales.

La integración de estos dispositivos con la plataforma digital permitirá un seguimiento constante de los síntomas relacionados con el consumo de benzodiacepinas y otros indicadores de salud

relevantes. Los pacientes podrán completar cuestionarios diarios o semanales sobre su estado de ánimo, ansiedad y calidad del sueño, lo que permitirá al equipo de salud identificar patrones y ajustar el tratamiento de manera oportuna.

La recopilación y análisis de estos datos será clave para ofrecer una atención personalizada y basada en la evolución del paciente. La integración de información procedente de cuestionarios, escalas de ánimo y dispositivos inteligentes permitirá generar informes detallados para los profesionales de salud, optimizando la toma de decisiones y favoreciendo un enfoque terapéutico más preciso y eficaz. Asimismo, esta estrategia contribuirá a mejorar la adherencia al tratamiento, brindando a los pacientes un seguimiento cercano y motivador en su proceso de reducción del consumo de benzodiacepinas.

Complementariamente, se realizarán sesiones de apoyo psicoeducativo virtual. Estos encuentros, que se realizarán de forma semanal y serán moderados por enfermeros especializados en salud mental y psicólogos clínicos. Estos estarán diseñados para ofrecer un espacio donde los pacientes puedan compartir sus experiencias, dificultades y estrategias de afrontamiento. Las sesiones se realizarán en un formato grupal virtual, lo que permitirá a los pacientes sentirse acompañados en su proceso y obtener apoyo emocional en tiempo real. Estas sesiones también incluirán ejercicios de reflexión, discusión sobre temas relacionados con la reducción de benzodiacepinas, y espacios para resolver dudas y recibir consejos prácticos. El formato virtual de las sesiones permitirá flexibilidad y accesibilidad, eliminando barreras geográficas y de tiempo para aquellos pacientes que, por diversas razones, no puedan asistir a sesiones presenciales.

También se incorporarán herramientas de recordatorios y notificaciones personalizadas para optimizar la adherencia al tratamiento. A través de SMS y notificaciones *push* en la plataforma digital, los pacientes recibirán recordatorios sobre tareas clave, como completar cuestionarios de bienestar, tomar su medicación, y participar en las sesiones de apoyo psicoeducativo virtual. Estas alertas serán adaptativas, enviando refuerzos positivos cuando se alcancen hitos importantes, y alertas a los profesionales de salud en caso de detectar patrones preocupantes en los datos. De esta manera, se garantizará un seguimiento cercano y continuo, promoviendo la motivación y asegurando la efectividad a largo plazo del tratamiento.

Para evaluar la efectividad de la vía clínica híbrida, se empleará un enfoque mixto con indicadores cuantitativos y cualitativos. En el ámbito cuantitativo, se monitorizará la reducción del consumo de benzodiazepinas mediante la HCE con un seguimiento quincenal. También se utilizarán escalas validadas para medir síntomas de abstinencia, ansiedad, estrés y calidad del sueño, complementadas con los parámetros fisiológicos registrados a través de los relojes inteligentes.

En cuanto a los indicadores cualitativos, se realizarán entrevistas semiestructuradas y se aplicará el Cuestionario de Satisfacción del Paciente (PSQ-18) para evaluar la adherencia y percepción del programa. Desde la perspectiva de Atención Primaria, se analizará la reducción de consultas relacionadas con benzodiazepinas y la optimización del tiempo de consulta, valorando su impacto en la carga asistencial ([Anexo 8](#)).

Para medir la efectividad a largo plazo, se realizará un seguimiento a los 6, 12 y 24 meses post-intervención, integrando indicadores clínicos, percepción de los pacientes y evolución de la carga asistencial. Se comprobará si la reducción en el consumo de benzodiazepinas se mantiene en el tiempo revisando la historia clínica electrónica (HCE) de los pacientes. Para valorar si los síntomas siguen estables, se utilizarán las escalas validadas mencionadas previamente. Además, se estudiarán los datos recogidos a través del monitoreo remoto, con el fin de detectar posibles mejoras o señales tempranas de recaída.

Asimismo, se continuará midiendo la satisfacción y adhesión al programa mediante el PSQ-18 y entrevistas, permitiendo conocer la experiencia de los pacientes con la intervención. En el ámbito asistencial, se examinará la reducción sostenida de consultas relacionadas con benzodiazepinas y la optimización del tiempo de consulta.

Este enfoque integral permitirá valorar la sostenibilidad y eficacia de la vía clínica híbrida, aportando evidencia sobre su impacto en la reducción del consumo de benzodiazepinas y en la optimización de los recursos sanitarios, en comparación con los métodos empleados actualmente.

5. CONCLUSIONES

La implementación de una vía clínica híbrida en Aragón para racionalizar el consumo de benzodiacepinas desde atención primaria se presenta como una estrategia innovadora, factible y respaldada por la evidencia científica. Este modelo, que combina la atención presencial con herramientas digitales, ha demostrado su eficacia en otras comunidades autónomas como Andalucía y supone una oportunidad única para adaptarlo al contexto sociosanitario aragonés. Su diseño permite un seguimiento continuo y estructurado, favorece la adherencia terapéutica y facilita una deshabituación progresiva y segura de estos psicofármacos.

Entre sus principales ventajas se encuentran no solo la reducción del uso prolongado de estos fármacos, sino también el empoderamiento del paciente, el fomento del autocuidado en salud mental y una atención más personalizada y eficiente. Además, fortalece el liderazgo enfermero en la gestión de problemas de salud pública, especialmente en el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas, al integrar la tecnología con un enfoque centrado en las necesidades individuales de cada paciente.

Se espera que esta estrategia favorezca una disminución gradual del consumo de benzodiacepinas, mejorando significativamente la calidad del sueño y el manejo de la ansiedad, todo ello sin depender de medicación. Su aplicación en atención primaria podría optimizar los recursos sanitarios, aliviando la sobrecarga asociada al tratamiento prolongado con psicofármacos.

Sin embargo, el modelo presenta ciertos desafíos. La brecha digital puede limitar su alcance, ya que no todos los pacientes tienen acceso a los dispositivos adecuados o cuentan con las habilidades necesarias para utilizarlos correctamente. Para abordar este problema, será fundamental ofrecer acompañamiento técnico y formación desde el inicio. Además, la implicación de los pacientes podría verse afectada por factores como la falta de motivación, la baja alfabetización sanitaria o el temor al abandono del tratamiento. Por ello, el apoyo constante del equipo de salud, especialmente de enfermería, será esencial para fortalecer el vínculo terapéutico y garantizar la adherencia terapéutica.

Otro de los grandes retos es asegurar que el modelo sea sostenible a largo plazo, ya que su continuidad dependerá de los recursos disponibles en los centros de atención primaria, tanto tecnológicos como organizativos. Para lograrlo, será imprescindible que las administraciones sanitarias (como el Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón y el Servicio Aragonés de Salud) se impliquen activamente, prestando atención a las necesidades reales de pacientes y profesionales, y apostando por un modelo flexible, capaz de evolucionar y responder de forma eficaz a los desafíos del día a día.

Futuras investigaciones deberían centrarse en evaluar cómo funciona este enfoque en diferentes perfiles poblacionales, con el objetivo de personalizar aún más la intervención digital según las características y necesidades de cada persona. Además, serán especialmente valiosos los estudios comparativos con otras estrategias de deshabituación, que permitan analizar no solo su efectividad clínica, sino también su coste-efectividad y su impacto a largo plazo en la calidad de vida de los pacientes.

En definitiva, la vía clínica híbrida representa un avance significativo en la manera de abordar el consumo de benzodiacepinas desde la atención primaria. Al integrar la innovación tecnológica con la evidencia científica y un enfoque centrado en la persona. Este modelo no solo facilita una reducción progresiva y segura del uso de estos fármacos, sino que también refuerza la autonomía del paciente en el cuidado de su salud mental. Además, contribuye al desarrollo de un sistema sanitario más eficaz, accesible y sostenible, capaz de adaptarse a los nuevos retos sociales y sanitarios, y de ofrecer respuestas más humanas y personalizadas a las necesidades reales de la población.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. (2023). *Uso de benzodiacepinas y fármacos Z en el insomnio: Recomendaciones para una prescripción adecuada*. Generalitat de Catalunya. https://essencialsalut.gencat.cat/web/.content/minisite/essencial/fitxes_cercador/2023/essencial-benzodiacepinas-farmacosZ-insomnio-aquas2023.pdf
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. (2024). *Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España*. Ministerio de Sanidad. <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos>
- Baza Bueno, M., Ruiz de Velasco Artaza, E., Fernández Uria, J., & Gorroñogoitia Iturbe, A. (2020). Benzocarta: intervención mínima para la desprescripción de benzodiacepinas en pacientes con insomnio. *Gaceta Sanitaria*, 34(6), 539–545. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.012>
- Boletín Oficial del Estado. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales*. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2018-16673>
- Cantos-Azorín, F., & Sanz-Valero, J. (2023). Cuestionario específico para dispensación de benzodiacepinas en atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results*, 8(1), 450-457. <https://scielo.isciii.es/pdf/jonnpr/v8n1/2529-850X-jonnpr-8-01-450.pdf>
- DeGeorge, K. C., Grover, M., & Streeter, G. S. (2022). Generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*, 106(2), 157-164. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2022/0800/generalized-anxiety-disorder-panic-disorder.html>

- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2024). *Encuesta EDADES sobre alcohol y otras drogas en España*. <https://pnscd.sanidad.gob.es/>
- Domínguez Domínguez, J. A., Expósito Duque, V., & Torres Tejera, E. (2024). Epidemiología de la ansiedad y su contexto en atención primaria. *Atención Primaria Práctica*, 6(2), 100194. <https://doi.org/10.1016/j.appr.2024.100194>
- Esteban García, D., Cassinello Marco, M., & Lebrero Catalá, O. A. (2021). Utilidad de las escalas visuales para el cribado de la ansiedad y la depresión en atención primaria. *Bibliopsiquis*. <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/utilidad-de-las-escalas-visuales-para-el-cribado-de-la-ansiedad-y-la-depresion-en-atencion-primaria>
- García Díez, S., De Nicolás Valdés, M., Diéguez Varela, C., Fernández Martínez, P., Suárez Gil, P., & Navarro Rodríguez, Y. (2023). Impacto del confinamiento por COVID-19 en la prescripción de benzodiacepinas. *Atención primaria*, 55 (3), 102552. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102552>
- Generalitat de Catalunya. (2018). *Uso de benzodiacepinas en pacientes mayores: riesgos y estrategias de reducción*. <https://essencialsalut.gencat.cat/es/detalls/Article/benzodiazepines-farmacosz-insomni>
- Gobierno de Aragón. (2021). *Recursos en salud mental: Unidades de salud mental de referencia en Aragón*. https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/RECURSOS_SALUD_MENTAL-ARAG%C3%93N-CENTROS_SALUD_REFERENCIA-2021.pdf
- Gómez-Luna, L., & Pérez-López, M. (2017). Trastorno de ansiedad generalizada: Avances en el tratamiento farmacológico. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(2), 78–85. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.001>
- Latorre Postigo, J. M., Navarro Bravo, B., Parra Delgado, M., Salguero, J. M., Wood, C. M., & Cano Vindel, A. (2012). Evaluación e intervención de los problemas de ansiedad y

- depresión en atención primaria: Un problema sin resolver. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 5(1), 37–45. <https://doi.org/10.4321/S1699-695X2012000100007>
- Liu, J. J., Borsari, B., Li, Y., Liu, S. X., Gao, Y., Xin, X., Lou, S., Jensen, M., Garrido-Martín, D., Verplaetse, T. L., Ash, G., Zhang, J., Girgenti, M. J., Roberts, W., & Gerstein, M. (2025). *Digital phenotyping from wearables using AI characterizes psychiatric disorders and identifies genetic associations*. *Cell*, 188(2). <https://doi.org/10.1016/j.cell.2024.11.012>
- Maravillas-Estrada, A., Roy-García, I. A., Rivas-Ruiz, R., & Vilchis-Chaparro, E. (2023). *Factores asociados a la dependencia a benzodiacepinas en pacientes con insomnio*. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 61, e231002. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8319759>
- Martínez-Cengotitabengoa, M., Díaz-Gutiérrez, M. J., Besga, A., Bermúdez-Ampudia, C., López, P., Rondón, M. B., ... & González-Pinto, A. (2018). Benzodiazepine prescriptions and falls in older men and women. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 12–18. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.004>
- Mayo Clinic. (2023). *Telesalud: Cuando la tecnología se une al cuidado de la salud*. <https://www.mayoclinic.org/es/healthy-lifestyle/consumer-health/in-depth/telehealth/art-20044878>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2023). *Digitally enabled therapies for adults with anxiety disorders: Early value assessment (HTE9)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/hte9>
- National Sleep Foundation. (2020). *Sleep and health*. <https://www.sleepfoundation.org>
- Parra Díez, N., Serrano Poveda, M., & Velázquez López, L. E. (2019). Efectos negativos del uso de benzodiacepinas en adultos mayores y estrategias de desprescripción. *Revista de la Sociedad Española del Sueño*, 1(1), 39-46. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7062836>

- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. Diario Oficial de la Unión Europea, L 119, 1-88.* <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=CELEX%3A32016R0679>
- Rodríguez-Gómez, M., Martínez-Bautista, M. J., & Morales-Asencio, J. M. (2019). *Uso prolongado de benzodiacepinas en el paciente anciano: una revisión de la literatura. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 54(2), 109-117.* <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7041903>
- Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. (s.f.). *Uso adecuado de las benzodiacepinas.* <https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/farmacologia/benzodiazepinas.pdf>
- Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. (2024). *BenzoStopJuntos: Vivir sin tranquilizantes es posible.* SAMFyC. <https://www.samfyc.es/pacientes/benzostopjuntos-vivir-sin-tranquilizantes-es-posible/>
- Socidrogalcohol. (2019). *Guía de buen uso de opioides en el dolor crónico no oncológico.* Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2019_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrogalcohol.pdf
- Telehealth.HHS.gov. (2024). *Uso de la telesalud en la atención híbrida.* <https://telehealth.hhs.gov/es/proveedores/guias-de-mejores-practicas/uso-de-la-telesalud-en-la-atencion-hibrida>
- Vázquez Canales, L. de M., & Frutos Fernández, M. (2023). *La prevención cuaternaria en el uso de benzodiacepinas y cómo deprescribirlas. Atención Primaria Práctica, 5(4), 100183.* <https://doi.org/10.1016/j.appr.2023.100183>

Vicens, C., Sempere, E., Bejarano, F., Socias, I., Mateu, C., Fiol, F., Palop, V., Lera, G., Mengual, M., Folch, S., Basora, J., & Leiva, A. (2017). Efficacy of two interventions on the discontinuation of benzodiazepines in long-term users: 36-month follow-up of a cluster randomised trial in primary care. *British Journal of General Practice*, 66(643), e85–e91. <https://doi.org/10.3399/bjgp16X683485>

World Medical Association. (2024). WNA *declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

7. ANEXOS

ANEXO 1. Consumo de benzodiazepinas en España en DHD según el principio activo

Volver al informe		CONSUMO PRINCIPIOS ACTIVOS (DHD)												
ATC	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
N05B - ANSIOLÍTICOS	54,80	54,90	53,52	55,16	56,80	56,55	56,87	56,24	55,79	55,25	57,58	59,22	58,21	56,32
N05BA - Derivados de la benzodiazepina	53,90	53,98	52,75	54,35	55,93	55,74	56,11	55,56	55,12	54,60	56,92	58,54	57,53	55,66
N05BA01 - Diazepam	6,99	7,19	7,13	8,16	8,87	9,04	9,31	9,22	9,35	9,73	10,28	11,12	11,00	10,61
N05BA02 - Clordiazepóxido	0,00	4,38E-5	1,76E-5	1,41E-5	1,42E-5									
N05BA05 - Clorazepato de potasio	4,13	4,38	4,15	4,17	4,18	4,07	3,99	3,86	3,68	3,58	3,60	3,52	3,38	3,21
N05BA06 - Lorazepam	20,54	20,74	20,53	21,11	21,87	21,87	22,15	22,11	22,04	21,98	23,06	23,52	23,23	22,53
N05BA08 - Bromazepam	2,43	2,41	2,32	2,34	2,37	2,31	2,30	2,23	2,19	2,16	2,28	2,28	2,20	2,05
N05BA09 - Clobazam	0,35	0,35	0,35	0,37	0,39	0,39	0,39	0,39	0,38	0,38	0,38	0,38	0,39	0,37
N05BA10 - Ketazolam	1,38	1,35	1,23	1,27	1,30	1,26	1,24	1,19	1,15	1,11	1,11	1,10	1,06	1,03
N05BA12 - Alprazolam	15,80	15,83	15,48	15,81	16,02	15,92	15,92	15,77	15,60	15,22	15,79	16,19	15,85	15,47
N05BA13 - Halazepam	0,53	0,53	0,52	0,18	0,00	6,20E-5	1,91E-5	1,69E-5						
N05BA14 - Pinazepam	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00
N05BA21 - Clotiazepam	0,28	0,27	0,26	0,27	0,27	0,26	0,26	0,25	0,23	0,01	0,00	7,88E-5	1,72E-5	
N05BA24 - Bentazepam	0,14	0,14	0,12	0,05	0,07	0,06	0,02	0,03	0,00	0,00	1,04E-5	1,04E-5		
N05BA51 - Diazepam, combinaciones con	0,80	0,76	0,64	0,60	0,57	0,54	0,53	0,50	0,48	0,42	0,42	0,42	0,41	0,39
N05BA55 - Clorazepato dipotásico, combinaciones con	0,51	0,00	0,00	2,41E-5	7,96E-6	2,65E-5	5,30E-6							
N05BB - Derivados del difenilmetano	0,90	0,92	0,77	0,81	0,87	0,81	0,76	0,68	0,67	0,66	0,65	0,68	0,68	0,66
N05C - HIPNÓTICOS Y SEDANTES	28,25	29,04	29,02	29,82	30,81	31,02	31,50	31,66	31,83	32,11	33,37	34,08	34,21	33,73
N05CD - Derivados de la benzodiazepina	19,97	20,72	20,85	21,69	22,68	23,01	23,46	23,69	23,89	24,10	25,10	25,68	25,82	25,37
N05CD01 - Flurazepam	0,71	0,70	0,68	0,72	0,74	0,74	0,75	0,75	0,74	0,73	0,74	0,75	0,76	0,19
N05CD03 - Flunitrazepam	0,42	0,41	0,38	0,09	0,00	6,25E-5	4,59E-5							
N05CD05 - Triazolam	0,08	0,07	0,07	0,06	0,06	0,06	0,06	0,05	0,05	0,05	0,04	0,04	0,04	0,03
N05CD06 - Lormetazepam	17,67	18,47	18,72	19,82	20,87	21,22	21,70	21,95	22,18	22,50	23,49	24,06	24,22	24,37
N05CD08 - Midazolam	0,21	0,21	0,21	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,22	0,21	0,22	0,21	0,21	0,20
N05CD09 - Brotizolam	0,15	0,14	0,14	0,13	0,13	0,12	0,12	0,12	0,12	0,11	0,11	0,11	0,10	0,10
N05CD10 - Quazepam	0,05	0,05	0,04	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,03	0,00
N05CD11 - Loprazolam	0,69	0,67	0,62	0,61	0,60	0,58	0,57	0,55	0,54	0,45	0,45	0,46	0,45	0,47
N05CF - Fármacos relacionados con las benzodiazepinas	7,98	8,14	8,00	7,95	7,93	7,80	7,81	7,75	7,72	7,78	8,04	8,18	8,17	8,15
N05CF01 - Zopidona	0,56	0,55	0,52	0,52	0,51	0,51	0,51	0,51	0,50	0,51	0,53	0,54	0,55	0,51
N05CF02 - Zolpidem	7,41	7,58	7,47	7,43	7,42	7,29	7,30	7,24	7,22	7,27	7,51	7,64	7,62	7,64
N05CF03 - Zaleplon	1,16E-5	1,32E-5	1,72E-5	9,85E-6	9,91E-6									
N05CM - Otros hipnóticos y sedantes	0,30	0,18	0,18	0,18	0,20	0,21	0,22	0,22	0,23	0,23	0,23	0,22	0,22	0,21
Total	83,05	83,94	82,54	84,98	87,61	87,56	88,37	87,91	87,62	87,36	90,95	93,30	92,42	90,05

Fuente: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

ANEXO 2. Consumo global DHD de ansiolíticos e hipnóticos en España



Fuente: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios

11.1. Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiacepinas (Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire, BWSQ)

1

Cada uno de los sentimientos listados debajo han sido descritos por algunas personas cuando ellos redujeron o retiraron sus tranquilizantes. Por favor, recuerde algunos de estos sentimientos que haya experimentado desde el inicio de su primer tratamiento con tranquilizantes poniendo una X en la casilla apropiada para cada ítem. Podría también indicar si estos sentimientos ocurrieron sólo cuando usted redujo la dosis o sus pastillas o si también ocurrieron si la dosis o pastillas era la misma.

	No	Si, moderado	Si, grave	Ocurre cuando se reducen o retiran las pastillas	Ocurre cuando las pastillas son las mismas
1. Sentimientos de irrealidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Muy sensible al ruido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Muy sensible a la luz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Muy sensible a los olores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Muy sensible al tacto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sabor extraño en la boca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dolores musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Contracciones musculares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sacudidas o temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hormigueos y pinchazos (en manos, brazos o piernas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Mareos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sentimientos de inestabilidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sentirse enfermo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentirse deprimido/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Molestias en los ojos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sensación de que las cosas se mueven cuando están quietas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Incapacidad de controlar sus movimientos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Disminución de memoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Disminución de apetito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puntuación total <input type="checkbox"/>					
Cualquier otro síntoma (describir cada uno debajo)					
21.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones para la administración y puntuación del BWSQ. El cuestionario se aplica al paciente con una declaración introductoria indicando que está dirigido a los síntomas de abstinencia. El cuestionario es completado por el sujeto en presencia de un asesor y las cuestiones pueden ser preguntadas para dilucidar cada ítem. Cada puntuación «moderado» se puntúa con 1 y cada «grave» con 2 siendo la puntuación máxima posible de 40, sin incluir los síntomas adicionales.

ANEXO 4. Escala de ansiedad de Hamilton

Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala **heteroadministrada** por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4



7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ANEXO 5. Índice de calidad de sueño de Pittsburgh (PSQI)

ÍNDICE DE CALIDAD DE SUEÑO DE PITTSBURGH (PSQI)					
APELLIDOS Y NOMBRE: _____		N.º HºC: _____			
SEXO: _____	ESTADO CIVIL: _____	EDAD: _____	FECHA: _____		
<p>INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas hacen referencia a cómo ha dormido Vd. normalmente durante el último mes. Intente ajustarse en sus respuestas de la manera más exacta posible a lo ocurrido durante la mayor parte de los días y noches del último mes. ¡Muy Importante! CONTESTE A TODAS LAS PREGUNTAS</p> <p>1. Durante el último mes, ¿Cuál ha sido, normalmente, su hora de acostarse? APUNTE SU HORA HABITUAL DE ACOSTARSE: _____</p> <p>2. ¿Cuánto tiempo habrá tardado en dormirse, normalmente, las noches del último mes? APUNTE EL TIEMPO EN MINUTOS: _____</p> <p>3. Durante el último mes, ¿a qué hora se ha levantado habitualmente por la mañana? APUNTE SU HORA HABITUAL DE LEVANTARSE: _____</p> <p>4. ¿Cuántas horas calcula que habrá dormido verdaderamente cada noche durante el último mes? (El tiempo puede ser diferente al que Vd. permanezca en la cama). APUNTE LAS HORAS QUE CREA HABER DORMIDO: _____</p> <p>Para cada una de las siguientes preguntas, elija la respuesta que más se ajuste a su caso. Intente contestar a TODAS las preguntas.</p> <p>5. Durante el último mes, cuántas veces ha tenido Vd. problemas para dormir a causa de:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>b) Despertarse durante la noche o de madrugada:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>c) Tener que levantarse para ir al servicio:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>d) No poder respirar bien:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>e) Toser o roncar ruidosamente:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>f) Sentir frío:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>g) Sentir demasiado calor:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>h) Tener pesadillas o «malos sueños»:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> </td> </tr> </table>				<p>a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>b) Despertarse durante la noche o de madrugada:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>c) Tener que levantarse para ir al servicio:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>d) No poder respirar bien:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p>	<p>e) Toser o roncar ruidosamente:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>f) Sentir frío:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>g) Sentir demasiado calor:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>h) Tener pesadillas o «malos sueños»:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p>
<p>a) No poder conciliar el sueño en la primera media hora:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>b) Despertarse durante la noche o de madrugada:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>c) Tener que levantarse para ir al servicio:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>d) No poder respirar bien:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p>	<p>e) Toser o roncar ruidosamente:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>f) Sentir frío:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>g) Sentir demasiado calor:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p> <p>h) Tener pesadillas o «malos sueños»:</p> <p> Ninguna vez en el último mes _____</p> <p> Menos de una vez a la semana _____</p> <p> Una o dos veces a la semana _____</p> <p> Tres o más veces a la semana _____</p>				

<p>i) Sufrir dolores:</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>j) Otras razones (por favor, descríbalas a continuación):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>6. Durante el último mes, ¿cómo valoraría, en conjunto, la calidad de su sueño?</p> <p>Bastante buena _____</p> <p>Buena _____</p> <p>Mala _____</p> <p>Bastante mala _____</p> <p>7. Durante el último mes, ¿cuántas veces habrá tomado medicinas (por su cuenta o recetadas por el médico) para dormir?</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>8. Durante el último mes, ¿cuántas veces ha sentido somnolencia mientras conducía, comía, o desarrollaba alguna otra actividad?</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>9. Durante el último mes, ¿ha representado para Vd. mucho problema el «tener ánimos» para realizar alguna de las actividades detalladas en la pregunta anterior?</p> <p>Ningún problema _____</p> <p>Sólo un leve problema _____</p> <p>Un problema _____</p> <p>Un grave problema _____</p>	<p>10. ¿Duerme Vd. solo o acompañado?</p> <p>Solo _____</p> <p>Con alguien en otra habitación _____</p> <p>En la misma habitación, pero en otra cama _____</p> <p>En la misma cama _____</p> <p>POR FAVOR, SÓLO CONTESTE A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS EN EL CASO DE QUE DUERMA ACOMPAÑADO.</p> <p>Si Vd. tiene pareja o compañero de habitación, pregúntele si durante el último mes Vd. ha tenido:</p> <p>a) Ronquidos ruidosos.</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>b) Grandes pausas entre respiraciones mientras duerme.</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>c) Sacudidas o espasmos de piernas mientras duerme.</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>d) Episodios de desorientación o confusión mientras duerme.</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p> <p>e) Otros inconvenientes mientras Vd. duerme (Por favor, descríbalos a continuación):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ninguna vez en el último mes _____</p> <p>Menos de una vez a la semana _____</p> <p>Una o dos veces a la semana _____</p> <p>Tres o más veces a la semana _____</p>
---	--

Fuente: Adaptado de Royuela y Macías (1997)

ANEXO 6. Cuestionario de estrés percibido (PSS-10).

Durante el último mes	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. ¿Con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. ¿Con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. ¿Con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
5. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
6. ¿Con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
7. ¿Con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
8. ¿Con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
9. ¿Con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
10. ¿Con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

Fuente: Redalyc.org

ANEXO 7. Escala visual analógica modificada para medir nivel de ansiedad



Fuente: RESED

SHORT-FORM PATIENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE (PSQ-18)

These next questions are about how you feel about the medical care you receive.

On the following pages are some things people say about medical care. Please read each one carefully, keeping in mind the medical care you are receiving now. (If you have not received care recently, think about what you would expect if you needed care today.) We are interested in your feelings, good and bad, about the medical care you have received.

How strongly do you AGREE or DISAGREE with each of the following statements?

(Circle One Number on Each Line)

	Strongly <u>Agree</u>	<u>Agree</u>	<u>Uncertain</u>	<u>Disagree</u>	Strongly <u>Disagree</u>
1. Doctors are good about explaining the reason for medical tests	1	2	3	4	5
2. I think my doctor's office has everything needed to provide complete medical care	1	2	3	4	5
3. The medical care I have been receiving is just about perfect	1	2	3	4	5
4. Sometimes doctors make me wonder if their diagnosis is correct	1	2	3	4	5
5. I feel confident that I can get the medical care I need without being set back financially	1	2	3	4	5
6. When I go for medical care, they are careful to check everything when treating and examining me	1	2	3	4	5
7. I have to pay for more of my medical care than I can afford	1	2	3	4	5
8. I have easy access to the medical specialists I need	1	2	3	4	5

How strongly do you AGREE or DISAGREE with each of the following statements?

(Circle One Number on Each Line)

	<u>Strongly</u> <u>Agree</u>	<u>Agree</u>	<u>Uncertain</u>	<u>Disagree</u>	<u>Strongly</u> <u>Disagree</u>
9. Where I get medical care, people have to wait too long for emergency treatment	1	2	3	4	5
10. Doctors act too businesslike and impersonal toward me	1	2	3	4	5
11. My doctors treat me in a very friendly and courteous manner	1	2	3	4	5
12. Those who provide my medical care sometimes hurry too much when they treat me	1	2	3	4	5
13. Doctors sometimes ignore what I tell them	1	2	3	4	5
14. I have some doubts about the ability of the doctors who treat me	1	2	3	4	5
15. Doctors usually spend plenty of time with me	1	2	3	4	5
16. I find it hard to get an appointment for medical care right away	1	2	3	4	5
17. I am dissatisfied with some things about the medical care I receive	1	2	3	4	5
18. I am able to get medical care whenever I need it	1	2	3	4	5

Fuente: Marshall & Hays, 1994. RAND Corporation.

ANEXO 9. Cronograma del proyecto

Mes	Actividades principales
Mes 1	<ul style="list-style-type: none"> - Selección de pacientes en los centros de salud participantes. - Evaluación inicial presencial: entrevista clínica, aplicación de escalas (Hamilton, Pittsburgh, PSS-10). - Registro de consumo inicial de benzodiacepinas en la historia clínica electrónica - Firma del consentimiento informado. - Entrega de material educativo personalizado.
Mes 2	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de los pacientes a la plataforma digital de seguimiento. - Inicio del módulo educativo online (vídeos, guías interactivas, técnicas de higiene del sueño). - Acceso a sesiones psicoeducativas virtuales moderadas por profesionales.
Mes 3	<ul style="list-style-type: none"> - Continuación de contenidos formativos en plataforma digital. - Inicio de consultas quincenales (presenciales y online alternadas) para seguimiento por enfermería. - Activación de recordatorios personalizados (SMS, notificaciones push).
Mes 4	<ul style="list-style-type: none"> - Seguimiento mixto (presencial y online) mantenido. - Monitorización continua del estado de salud del paciente a través de la plataforma - Evaluación periódica de la adherencia y del consumo de benzodiacepinas.
Mes 5	<ul style="list-style-type: none"> - Sesiones virtuales individualizadas y personalizadas - Revisión de objetivos individuales y ajustes de tratamiento según evolución.
Mes 6	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación final integral del proceso de intervención. - Aplicación del cuestionario de satisfacción (PSQ-18) y realización de entrevistas semiestructuradas. - Recogida de datos para análisis cualitativo y cuantitativo. - Elaboración del informe final y análisis de sostenibilidad del modelo de intervención.

Fuente: Elaboración propia