

Artículo Original

Programa de Deshabitación de Benzodiazepinas en Mayores Institucionalizados

María Dolores Cruz Martínez ^{1,*}

¹ idealab.tutorias@gmail.com;

* Autor correspondencia: idealab.tutorias@gmail.com

DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2023.8.1.362>

Resumen: Las benzodiazepinas (BZD) son uno de los fármacos más prescritos en los países desarrollados. En España en los últimos años ha habido un incremento en la prescripción y el consumo. Se utilizan principalmente en el tratamiento del insomnio y la ansiedad. Las BZD son un fármaco muy usado en personas mayores, sin embargo, es poco frecuente la revisión de la continuidad de estos tratamientos. Las personas mayores son más sensibles a los efectos terapéuticos y a las reacciones adversas de las BZD, por lo que es de suma importancia prestar atención a las dosis, tipo de BZD y tiempo de utilización, ya que pueden producir tolerancia y dependencia. A pesar de las consecuencias en personas mayores, sigue prescribiéndose con bastante frecuencia y son escasos los programas destinados a la deshabitación de las BZD. Basándonos en estudios que demuestran la relación entre BZD, deterioro cognitivo y demencia, así como en los que señalan que la mejor estrategia de deshabitación es la pauta combinada (retirada progresiva + terapia cognitivo-conductual), el presente proyecto tiene como objeto implementar un programa de deshabitación de BZD con apoyo de técnicas cognitivo-conductuales, en mayores que viven en residencia y que tienen un consumo de BZD de larga duración.

Palabras Clave: Benzodiazepinas, Deshabitación, Mayores institucionalizado, Terapia cognitivo-conductual, Pauta deshabitación combinada.

Abstract: Benzodiazepines are one of the most prescribed drugs in developed countries. In Spain in recent years there has been an increase in prescription and consumption. They are mainly used in the treatment of insomnia and anxiety. Benzodiazepines are a widely used drug in the elderly, however, review of the continuity of these treatments is infrequent. Elderly people are more sensitive to the therapeutic effects and adverse reactions of BZD, so it is very important to pay attention to the dose, type of BZD and time of use, since they can produce tolerance and dependence. Despite the consequences in older people, it continues to be prescribed quite frequently and there are few programs aimed at weaning from BZD. Based on studies that demonstrate the relationship between benzodiazepines, cognitive impairment and dementia, as well as those that indicate that the best detoxification strategy is the combined regimen (progressive withdrawal + cognitive-behavioral therapy), the present program has as its objective The objective is to implement a BZD cessation program with the support of cognitive-behavioral techniques, in elderly people who live in a residence and who have a long-term use of BZD.

Key words: Benzodiazepines, Withdrawal, Institutionalized elderly, Cognitive-behavioral therapy, Combined detoxification regimen.

1. Introducción

Las BZD actúan potenciando la acción inhibitoria del Gaba (neurotransmisor inhibitorio más importante del cerebro) y se utilizan principalmente en el tratamiento del insomnio y la ansiedad.

Para el tratamiento de la ansiedad, se usaron a lo largo de la historia los barbitúricos y el meprobamato, en el caso de los primeros, son ansiolíticos bastante peligrosos y con un elevado potencial para causar dependencia.

En 1957, se descubre la Primera BZD (Clordiazepóxido), con propiedades ansiolíticas, sedantes y relajantes musculares. Al año siguiente se desarrolló el Diazepam, convirtiéndose en los 70 en el fármaco más prescrito a nivel mundial. Al ser más seguro se favoreció su implantación. Durante los 70 y 80, las BZD fueron los fármacos más vendidos en gran parte de Europa y Estados Unidos (Gómez, D., comunicación personal, marzo de 2021).

El auge de los psicofármacos y la psicopatologización de la vida cotidiana, así como el escaso uso de las terapias psicológicas como tratamiento disponible en Atención Primaria, han llevado a que la prescripción de las BZD sea la primera opción de tratamiento desde la Atención Primaria.

Las BZD son sustancias depresoras del SNC con propiedades ansiolíticas a dosis relativamente bajas y con efecto sedativo- hipnótico a dosis altas. Las BZD deben usarse a la dosis mínima que sea eficaz, en monoterapia y solo en tratamientos cortos de trastornos agudos. La duración del tratamiento indicada en ficha técnica es de 2 a 4 semanas en el insomnio, y de 8 a 12 semanas en la ansiedad, incluyendo en ambos casos la retirada gradual.

En España, según la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios [1,2], las BZD son fármacos ampliamente prescritos. Hay informes que señalan que el consumo de ansiolíticos en España está por encima de la media europea y que sólo en España se da mayor uso de BZD ansiolítica que hipnótica. Las BZD son ampliamente usadas en toda la población, pero es mayor su uso en mujeres y personas mayores [3].

Según Andía [4] al menos un 50% de la población a partir de 85 años ha estado tratada con BZD alguna vez en su vida. Este resultado es relevante, dado que son mayores los riesgos del consumo de BZD en pacientes mayores [5], lo que plantea si es conveniente la prescripción de BZD en este grupo de edad (mayores de 85 años)[6].

Tras una década de moderación en el consumo de ansiolíticos para tratar la ansiedad y el insomnio, el 2020 ha dejado una cifra récord en España. El último informe del Centro Europeo de Monitoreo de Adicción apunta a que este crecimiento en el consumo “puede explicarse por la necesidad de los usuarios de combatir la ansiedad que sufren en respuesta a la pandemia y al confinamiento”. Antes de la pandemia, España junto con Portugal y Croacia, ya se situaba en el primer puesto en datos en consumo de ansiolíticos como el Diazepam o el Lorazepam. En 2017, el Lorazepam ya se encontraba en el séptimo puesto entre los medicamentos que más se vendían en España. Actualmente el consumo de ansiolíticos sigue creciendo. El hecho de consumir el ansiolítico en periodos más largos de lo aconsejado y la falta de acceso al tratamiento psicológico, contribuyen a que la situación empeore.

Las BZD provocan a corto y largo plazo una serie de efectos adversos que a continuación pasamos a enumerar:

- Efectos frecuentes: sedación, somnolencia, ataxia (descoordinación de movimientos)
- Ocasionalmente: mareos, cefalea, depresión, desorientación, disfasia o disartria, temblor, cambios en la libido, alteraciones urinarias, diarrea o estreñimiento.
- Excepcionalmente: hepatitis, ictericia (coloración amarillenta), dermatitis, urticaria, prurito, discrasias sanguíneas (alteración en los elementos sanguíneos) alteraciones de la visión y audición.
- Pueden producir: incoordinación motora con riesgo de caída, amnesia anterógrada, dificultad de concentración, conducta agresiva y hostil por desinhibición, hiperactividad o nerviosismo previo o efecto sedante.

La intensidad de los efectos depende de las dosis utilizadas y la duración del tratamiento. Un problema de especial importancia es la aparición de deterioro cognitivo grave en casos de consumo crónico, que en mayores pueden confundirse con un comienzo de demencia.

2. Material y Métodos

Pese a que, en las fichas técnicas de estos medicamentos, se recomienda no prolongar el tratamiento más de 4 semanas, incluyendo el tiempo de retirada del fármaco, para tratar el insomnio, y no más de 3 meses para ansiedad, incluyendo el tiempo de retirada gradual del medicamento; la realidad es que los tratamientos se prolongan en el tiempo y no se llevan a cabo seguimientos de los mismos. Estas recomendaciones, tienen como objetivo fundamental evitar el desarrollo de tolerancia y dependencia, y la aparición de efectos adversos; sin embargo, se ha visto que la duración de los tratamientos excede muy frecuentemente estas recomendaciones. Hay estudios que demuestran que un cuarto de los consumidores recibe tratamiento de más de tres meses creando dependencia a las BZD. Esta dependencia se manifiesta por la aparición de tolerancia a los efectos conductuales de las BZD, y la aparición de síntomas físicos o cambios del comportamiento tras la supresión de estos fármacos. Actualmente no hay ninguna indicación clínica que justifique la prescripción prolongada de BZD (más de 4 semanas), puesto que la práctica clínica de mantener el fármaco ininterrumpidamente genera los fenómenos de tolerancia y dependencia. Hay estudios que demuestran que los pacientes que recibieron tratamientos largos mejoran su salud tras abandonar el consumo, sobre todo en cuanto a las dificultades motoras o cognitivas [7]. La relación entre el uso de BZD y demencia, es una de las que más interés tiene para los objetivos propuestos en este programa, ya que la población a la que va dirigido es personas mayores institucionalizadas y en su gran mayoría con múltiples problemas cognitivos.

Las personas mayores constituyen una población de riesgo en relación al uso de BZD por numerosas razones. Por una parte, presentan patologías asociadas, polifarmacia, y sobre todo porque la mayoría presentan alteraciones en el metabolismo hepático. Los cambios fisiológicos que afectan a la farmacocinética llevan a la acumulación de fármacos en el organismo y potencian el efecto y las reacciones adversas. Además de los efectos adversos más frecuentes (debilidad muscular, ataxia, sedación, aparición de reacciones paradójicas y alteraciones de la memoria y la atención), debe tenerse especial precaución en ancianos (de 75 a 90 años, según la clasificación por edades de La Organización Mundial de la Salud) por otros efectos añadidos como [8]:

- Retraso psicomotor y alteraciones de la coordinación (al inicio del tratamiento o al incrementar la dosis de forma rápida).
- Problemas cognitivos y riesgo de demencia: numerosos estudios han puesto de manifiesto que el uso de BZD e hipnóticos Z se asocia con un incremento en el riesgo de demencia y enfermedad de Alzheimer.
- Riesgo de caídas y fracturas: los fármacos agonistas de los receptores de BZD aumentan el riesgo de fracturas en personas mayores de 65 años.
- Los efectos anticolinérgicos de las BZD, tales como sequedad de boca, estreñimiento, retención urinaria, así como la sedación, somnolencia, enlentecimiento del pensamiento y amnesia anterógrada, pueden ser más intensos en los pacientes ancianos.
- El uso continuado puede generar abuso. El consumo abusivo en ancianos es raro, pero es común aumentar las dosis y/o prolongarlas en el tiempo.

Las personas mayores tienen mayor sensibilidad a los receptores de las BZD, lo que se traduce en una acción farmacológica potenciada y a dosis más bajas consiguen la misma eficacia, con una mayor seguridad.

A continuación, expongo una serie de recomendaciones en el caso de que fuese necesaria la prescripción de BZD en personas mayores. Es importante tener en cuenta que nunca debería ser la primera opción de tratamiento, y que previamente es importante trabajar hábitos de sueño y técnicas cognitivas conductuales:

- Comprobar que el paciente no esté tomando medicamentos o sustancias que le provoquen ansiedad.

- No usar BZD para el insomnio si duerme más de 6 horas.
- Utilizar BZD de semivida intermedia o corta que no sufren metabolismo hepático.
- Evitar las BZD de vida media larga por riesgo de sedación diurna, con caídas y fracturas de cadera. También presentan mayor riesgo de trastornos de memoria que pueden confundirse con demencias.
- Utilizar el Lorazepam por su mejor eliminación.
- Utilizar dosis bajas de BZD. Una buena regla es emplear la mitad de la dosis del adulto.

La relación entre el uso de BZD y las demencias es de suma importancia para comprender el presente programa. Se han llevado a cabo numerosos estudios que apuntan la existencia de esta relación. Entre ellos destaca un metaanálisis [9] basado en el estudio de casos y controles anidados y cohortes prospectivas, en el que pacientes que habían sido tratados con BZD durante periodos prolongados de tiempo, tenían un riesgo incrementado de demencia frente a individuos que no habían recibido BZD. Además, el empleo de dosis más altas aumentaba el riesgo. Otros estudios llegan a la misma conclusión en cuanto a la asociación entre consumo de BZD y demencia, pero destacan otros aspectos:

Wu y cols. [10], destacan la existencia de riesgo incrementado de demencia por el uso prolongado de BZD. Realizaron un estudio de casos y controles equiparados que incluían 779 individuos mayores de 45 años diagnosticados de demencia a los que se realizó un seguimiento de entre 4 y 8 años. Gage y colaboradores [11] seleccionaron 1796 casos de pacientes con Alzheimer y 7184 controles mayores de 66 años. Valorando el uso de BZD durante 5-10 años previos a la fecha de inicio del estudio. Los autores concluyen que no existe riesgo incrementado de demencia en los tratamientos que no superan la duración máxima recomendada, mientras que sí se veía incrementado para el uso continuado de 3 a 6 meses y para más de 6 meses.

En otro estudio de Wu y cols. [12] realizado también con estudios de casos y controles equiparados, y que contó con 16706 individuos mayores de 45 años a los que se realizó un seguimiento medio de 9,1 años. Se observa una disminución del riesgo de demencia pasado cierto tiempo después de la interrupción del consumo de BZD, si la duración del tratamiento ha sido la adecuada, pero en el caso de tratamientos prolongados el riesgo de demencia seguía aumentando un 65% tras más de tres años del cese de la medicación.

Arrizabalaga concluye en su estudio de 2017 que el consumo prolongado de BZD incrementa el riesgo de padecer deterioro cognitivo afectando principalmente a la atención y la memoria del individuo. Además, el riesgo de desarrollar demencia aumenta cuando el tratamiento es instaurado para tratar los síntomas iniciales de otras patologías como ansiedad, insomnio y depresión [13].

Un metaanálisis de estudios comparativos de Liu [14], sobre los efectos del uso y abuso de BZD en la cognición de las personas mayores, probó que la velocidad de procesamiento y la cognición global estaban significativamente afectadas en los usuarios de realizaban un mal uso de BZD, pero no en los usuarios que respetaban las dosis indicadas dentro de los márgenes terapéuticos establecidos.

Como hemos señalado en el apartado anterior, el consumo de BZD tiene consecuencias negativas, pero también es importante señalar que su retirada hace que las personas mejoren. En un grupo de personas mayores de 65 años en el que el 60% habían tomado BZD durante más de 10 años, se comprobó que la deshabitación mejoraba los aspectos cognitivos y psicomotores, con pocas molestias debidas a síntomas de retirada.

También se vio una falta de eficacia de las BZD como hipnótico debido a los problemas de tolerancia. El 80% de los pacientes consiguieron dejar las BZD a los 6 meses.

Actualmente existen diferentes opciones para ayudar a las personas a abandonar el tratamiento con BZD y evitar que se desencadene un síndrome de abstinencia, las cuales se pueden aplicar de forma única o combinada y pueden ir desde una intervención "mínima" a una intervención "reforzada", pasando por una intervención "estructurada". La intervención "mínima" se lleva a cabo mediante una carta al paciente, en el que se informa de la necesidad de reducir la BZD, de los efectos desfavorables del consumo a largo plazo y se le indica una pauta de descenso. El propio paciente

realiza la retirada gradual sin más apoyo ni contacto con el personal sanitario. La intervención “estructurada”, consiste en una entrevista con el médico o personal sanitario dónde se abordan aspectos como la temporalidad de los beneficios a corto plazo, los conceptos de dependencia y tolerancia, síndrome de abstinencia y las consecuencias de pautar visitas de seguimiento y garantizar apoyo durante todo el proceso. La intervención “reforzada” consiste en una entrevista estructurada y apoyo psicológico y/o fármacos; se trata de añadir a una estrategia de retirada con apoyo basado en terapia cognitivo-conductual. Incluye identificar y corregir patrones de conducta inadecuados y aprender habilidades relativas a la higiene del sueño, control de estímulos o técnicas de relajación [15].

En la revisión sistemática realizada en 2018 por Baandrup y cols. [16] se confirma que el cese abrupto del tratamiento es traumático para el paciente, y refuerza rápidamente en éste la sensación de no poder prescindir del fármaco, incrementando así su dependencia. Así mismo, Pottie y cols. [17] consideran imprescindible individualizar cada caso, incorporar estrategias terapéuticas complementarias y adecuarse a las situaciones de los pacientes.

Si tenemos en cuenta los datos encontrados en el estudio de Muñoz Oliva [18], y en función del tipo de intervención, podemos decir que las personas mayores consiguieron una tasa de abandono de BZD que osciló entre 18% y 22% [19]. La intervención estructurada, propuesta por Domínguez y cols. en 2016, evidenció una tasa de abandono de la BZD que osciló entre el 24% y el 64%.

El centro Cochrane revisó en 2006 todos los estudios publicados sobre intervenciones farmacológicas para reducir las dependencias a BZD en pacientes no ingresados. Los resultados de la revisión apoyan a las políticas de desprescripción gradual (más de 10 semanas) y no brusca de la BZD, puesto que con estas el número de abandonos del tratamiento de deshabitación fue más bajo y los participantes considerando que el procedimiento era más favorable.

A continuación, se describen las estrategias de deshabitación que tienen un mejor resultado clínico [20]:

- La programación de un calendario para disminuir la dosis, supervisado por un médico (con índice de éxito del 24% al 51%).
- Aviso por escrito al paciente, informándolo de la necesidad de interrumpir la administración de BZD (un 18% de los pacientes lo consiguen).
- Un cambio de una BZD de acción corta por una de acción larga para evitar fluctuaciones de la dosis antes de empezar la reducción (no recomendado en el caso de las personas mayores).
- El apoyo psicológico con terapia cognitivo conductual, que puede acompañar a la primera estrategia o la segunda.

Si nos centramos en la población geriátrica, Chang propone diferentes estrategias para reducir el consumo de BZD:

- A usuarios que toman dosis baja: reducir la dosis un 20% semanal durante 4 semanas.
- Reducción directa: reducir un 25% a la semana hasta que el paciente reciba el 50% de la dosis, y después reducir 1/8 parte de las dosis cada 4-7 días.
- Cambio a la dosis equivalente de Diazepam: reducir un 25% la primera semana, un 25% más la segunda semana y 1/8 parte cada una de las 4 semanas siguientes hasta un total de 6 semanas.
- Cambio del 50%: de la dosis diaria al equivalente de Diazepam: reducir entre el 10 y 20% diario hasta interrumpir el tratamiento completo.
- Reducción lenta: reducir la dosis diaria equivalente a 2 mg de Diazepam cada 1-2 semanas hasta llegar a la mitad de la dosis inicial. Después hacer la misma reducción, pero con el equivalente a 1 mg hasta la suspensión total.

Durante el proceso de deshabitación pueden aparecer síndromes derivados del consumo crónico. Según Domínguez y cols. [21], cuando se interrumpe el consumo crónico de BZD se pueden desencadenar 3 situaciones clínicamente diferentes: síndrome de retirada o rebote, síndrome de recurrencia o recaída y síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia está descrito como el conjunto de síntomas que aparecen al frenar el consumo de medicamentos a los cuales se es adicto o dependiente.

Entre los síntomas psíquicos y psicomotores destacan el insomnio, palpitaciones, ansiedad, reducción del apetito y temblores. Lee (2019), afirma que la mayoría de estos síntomas de abstinencia, a excepción del insomnio por rebote y la ansiedad, rara vez se presentan en personas que decidieron reducir gradualmente la dosis de BZD. Informaron de pocos síntomas de abstinencia, y si se desarrollan son transitorios y manejables.

Loscertales y cols. en 2017 [22], recomiendan que en el caso de que los síntomas de abstinencia sean de gravedad inaceptable para el paciente, se continúe el tratamiento con la dosis actual de BZD durante una a dos semanas, y después se vuelva a la estrategia de reducción gradual, pero de forma más lenta.

Las terapias cognitivo-conductuales consideran los síntomas como un aprendizaje de patrones de conducta mal adaptados y trata de corregirlos con terapias cognitivas que abordan los procesos cognitivos (pensamientos, expectativas, creencias) cuya distorsión sería la causa de la sintomatología.

La estrategia consistiría en añadir a la retirada progresiva del fármaco un apoyo basado en la terapia cognitivo conductual (TCC) [15]. A medida que el paciente vaya reduciendo la dosis de BZD, irá cambiando patrones de conducta inadecuados e irá adquiriendo estrategias cognitivo-conductuales que sustituyan a la BZD.

Azparren en 2014 considera añadir la estrategia de deshabitación, la TCC. Este autor observó que la psicoterapia resulta ser beneficiosa para personas mayores que sufren de insomnio crónico, aunque su eficacia puede empezar a constatarse a los meses de iniciada la retirada.

Para el trastorno de ansiedad generalizada y el insomnio, se ha demostrado la superioridad del tratamiento combinado de reducción gradual + TCC [23,24].

A pesar de que los datos presentados constatan la eficacia de la utilización de TCC en el contexto del consumo de BZD. En la actualidad, hay una carencia importante de programas estructurados y protocolizados orientados a la deshabitación de BZD aplicables al contexto de residencias de personas mayores.

En 2012 se realizó un programa de deshabitación en dos centros de Atención Primaria de Barcelona. Lo llevaron a cabo enfermeras que citaban a los pacientes y mantenían con ellos una entrevista estandarizada. Se comentaba y aclaraba la idea que tenían del sueño y de las BZD, se les informaba de los riesgos y beneficios de su consumo a largo plazo, los efectos adversos y la posibilidad de desarrollar dependencia. Al cabo de un año, el 64,7 % mantenía la abstinencia. Todos los participantes contestaron un cuestionario validado de Salud SF-132, al inicio y a las 24 semanas. Se mostró una mejora en el componente mental, aunque no en el físico, en el grupo que consiguió la deshabitación. También se mostró una mejoría estadísticamente significativa en la ansiedad y la depresión de los pacientes, valorados según la escala de Goldberg (GADS).

Hace unos años comenzaron a emerger los programas con abordaje psicológico y TCC en el tratamiento del consumo de BZD. Ejemplos de ello son el "Programa para el buen uso de psicofármacos. Grupos de terapia para mejorar la ansiedad, el estado de ánimo y el insomnio" [25].

En marzo de 2015 nació en Molina de Segura (Murcia) el programa YONOMBENZO [26] tras el encargo por parte del Consejo de salud municipal. Sus objetivos fueron iniciar una estrategia comunitaria de desmedicalización desde escenarios de desprescripción, y la prevención primaria en el uso inadecuado de BZD. Para ello se trabajó sensibilizando a la población sobre sus riesgos y se han ofrecido herramientas alternativas al consumo de BZD en el manejo de situaciones cotidianas de la vida. La población con la que se inició el programa fue seleccionada en función de los resultados de los estudios descriptivos realizados, que mostraron que las mujeres adultas y las personas mayores eran los grupos poblacionales sobre los que prioritariamente se debía intervenir. Se consideró a la mujer adulta como el perfil de consumidor más frecuente y la población anciana como grupo más

vulnerable a los posibles efectos adversos. El programa constaba de 2 fases: la *fase informativa* de sensibilización social (conferencias, prensa, radio local, reuniones de asociaciones ciudadanas) y *fase de intervención* ofreciendo alternativas al fármaco.

En la última evaluación completa de 2018 (realizada antes de la pandemia), se confirmó que al comparar la evaluación de consumo desde 2015, en Molina de Segura hubo un descenso del consumo en mayores de 65 años de un 7%, en población adulta general el descenso fue de un 4%.

En la misma línea, diferentes estrategias educativas, han demostrado ser efectivas para reducir el consumo en las personas de más edad [27]. Actualmente las actuaciones con programas destinados a un consumo razonable y/o mejorar la calidad de uso de BZD, en la población de personas mayores son un campo de trabajo importante.

Teniendo en cuenta los efectos que la experiencia de cuarentena y aislamiento social prolongado por la Covid-19, han producido múltiples consecuencias psicológicas [28], cabe reflexionar sobre el aumento del consumo de medicamentos para la ansiedad que se registró en 2020 y que también afectó a la población que ya de partida es más vulnerable a los efectos de las BZD.

El objetivo del presente programa es reducir y/o eliminar el consumo de BZD en mayores institucionalizados mediante una estrategia combinada de reducción gradual de la dosis de BZD y TCC.

La creación de este programa surge de una necesidad detectada en el centro residencial "La Milagrosa". Hace un par de años y tras un trabajo arduo y riguroso por parte de todo el personal del centro, conseguimos que la residencia fuese un centro *libre de sujeciones mecánicas*. Durante este proceso y a medida que fuimos retirando cinturones, barandillas... y demás medidas de contención mecánica, observamos que había un gran número de caídas en aquellas personas que tenían prescritas BZD, de ahí que ahora nos planteemos comenzar un nuevo proceso para que el centro pase a ser *libre de sujeciones farmacológicas* (aquí se engloba el presente proyecto). A esta necesidad, añadimos la gran cantidad de estudios que han demostrado los múltiples efectos secundarios y reacciones adversas (deterioro cognitivo, desorientación, caídas...) que tienen las BZD en personas mayores (más sensibles a efectos terapéuticos); así como las recomendaciones de la Agencia Española del medicamento en las que se señalan que no deben utilizarse BZD más de un mes para el insomnio ni más de tres para la ansiedad. También es conocido que exceder el tiempo de utilización aconsejado puede crear tolerancia y dependencia, con una pérdida de eficacia terapéutica.

Con respecto al tiempo de prescripción del medicamento, se revisaron los tratamientos en enfermería y se comprobó que había usuarios que tenían prescritas BZD desde hacía años (algunos desde 2014) sin modificaciones en la dosis prescrita. La evidencia en el centro residencial destinatario del programa corrobora estudios que muestran que, a pesar de las recomendaciones de la Sociedad Americana de Geriátrica, y de los criterios españoles STOPP-START [29], existe una práctica habitual de uso prolongado superior a 6 meses [30]. Estos datos no siguen las actuales recomendaciones para personas en edad avanzada, que recomiendan las BZD en tratamientos agudos y periodos cortos de duración.

Los Psicofármacos constituyen uno de los grupos farmacológicos más prescritos en la práctica médica, solo superados por los AINEs (antiinflamatorios no esteroideos), lo que se relaciona con la elevada prevalencia en la población de los trastornos de ansiedad, depresión y de insomnio. Dentro de este grupo resaltan, por su uso frecuente las BZD. Su uso se ha extendido de tal manera que, ante un escenario diferente que el que tuvo en sus comienzos en los años 60 (sustituyó a los barbitúricos y con menos riesgos), se hace necesario revisar su patrón de consumo [31]. El uso inadecuado de psicofármacos es un problema de salud pública a nivel mundial. El observatorio español de las drogas y toxicomanías informó que el 2% de la población encuestada había consumido hipnóticos sin receta el último año [32].

Atendiendo a esta realidad, dónde las BZD se utilizan de forma inadecuada en las personas de edad avanzada [33], los tratamientos son prolongados, y lo más importante, sin una supervisión adecuada, se plantea este programa, con la intención de paliar en parte los efectos de esta mala praxis y comenzar un proceso en el que, a largo plazo, nos permita disfrutar de un centro residencial de personas mayores libres de sujeciones farmacológicas.

El objetivo general del presente programa es la reducción y/o eliminación del consumo de BZD en un grupo de residentes del centro Residencial “la Milagrosa” de Alcalá de Guadaíra (Sevilla). Se trata de un programa que combina la reducción gradual de las BZD por parte del MAP y talleres basados en la terapia cognitivo-conductual por parte de la psicóloga del centro residencial.

El programa se llevará a cabo en coordinación con el MAP, el cuál irá aplicando pautas de reducción gradual del medicamento (en función de la dosis de partida y del progreso del paciente durante la implementación del programa). De forma paralela llevaremos a cabo en el centro un conjunto de talleres grupales en los que trabajaremos 7 módulos (divididos en 20 sesiones) con la intención de que estos aprendizajes y su utilización en el día a día sustituyan o en su defecto reduzcan el consumo de BZD. Los 7 módulos que conforman el programa son:

1. Psicoeducación: Uso adecuado de BZD
2. Potencia tu comunicación: trabajando las habilidades sociales
3. Taller de relajación
4. ¿Conozco mis emociones?
5. Controlando mis pensamientos
6. Normalizo mi ansiedad
7. Hábitos de vida saludables
8. Valoramos la experiencia

A pesar de que el formato del programa es grupal, habrá un seguimiento psicológico a nivel individual del paciente, para ir valorando el plan de retirada del fármaco. Para ello nos serviremos de las escalas aplicadas durante el proceso y de las sesiones terapéuticas individuales.

El objetivo general del programa es reducir y/o eliminar el consumo de BZD (ansiolíticos y/o hipnóticos) en las personas usuarias del programa. Y los objetivos específicos: Mejorar capacidades cognitivas de los participantes, Mantener control de sintomatología ansiosa, Mantener calidad del sueño

La población a la que va destinada la propuesta son personas mayores institucionalizadas que cumplen los siguientes criterios de inclusión/exclusión.

Criterios de inclusión:

- Mujeres y/o hombres mayores de 65 años institucionalizados que llevan consumiendo una o más BZD diarias de forma crónica (más de 1 año de tratamiento).
- Presentan signos de ansiedad sin llegar a constituir un trastorno de ansiedad.
- Que no exista deterioro cognoscitivo o que éste sea leve. (Puntuación MMSE >24)
- Motivación para reducir y/o eliminar el consumo de BZD e hipnóticos.
- Aceptar la participación en el programa de forma voluntaria.

Criterios de exclusión:

- Usuarios con diagnóstico de enfermedad mental grave (esquizofrenia, Trastorno (T.) bipolar, T. maniaco, T. de personalidad, TOC o T. depresivo mayor)
- Usuarios con discapacidad intelectual
- Usuarios con “deterioro cognitivo (puntuación en Mini-Mental State Examination de 15-19)”
- Usuarios con diagnóstico de algún T. de ansiedad (T. ansiedad generalizada (TAG), T. pánico, fobia social, fobia específica). Se revisan diagnósticos anteriores para evaluar si permanecen en el tiempo.

En el programa se medirán cuatro variables, siendo tres de ellas los objetivos específicos del programa. Las variables que se van a medir son:

- *Calidad del sueño:* Se aplicará el Índice de gravedad del insomnio ISI (Fernández-Mendoza et al, 2012) antes y después de la aplicación del programa (pre y post). Este instrumento fue desarrollado con el objetivo de crear un cuestionario breve para evaluar la gravedad de los componentes diurno y nocturno del insomnio. Está compuesto por 7 ítems que evalúan la naturaleza, gravedad y el impacto del insomnio. Se responde con una escala tipo Likert que va desde 0 a 4, teniendo en cuenta el último mes.

Para su corrección se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 28. Los puntos de corte propuestos de la versión original son:

- 0-7: no insomnio
- 8-14: insomnio por debajo del umbral
- 15-21: insomnio clínico de gravedad moderada
- 22-28: insomnio clínico grave.

Se trata de una prueba autoaplicada y la población destinataria son adultos y ancianos. La intención de medir esta variable, que además es uno de los objetivos específicos del programa, es la de valorar si se mantienen los niveles en la calidad del sueño a pesar de la retirada de la BZD. Esto demostraría de manera indirecta que las técnicas cognitivas conductuales que han aprendido en el programa han servido para proporcionar una serie de estrategias comportamentales que han sustituido al fármaco. A pesar de que se trata de una escala autoaplicada, en el caso de este programa se ha hecho en grupo, donde cada uno contestaba sus ítems y el coordinador del taller iba leyendo y aclarando las instrucciones para asegurar la correcta cumplimentación.

- *Evaluación del nivel cognitivo:* Se aplicará Examen cognoscitivo MINIMENTAL adaptación española (MEC-30) [34] antes y después del programa (pre y post). Se trata de una prueba heteroaplicada para adultos y ancianos que se utiliza como cribado para detectar el deterioro cognitivo y permite hacer un seguimiento en la progresión del estado cognoscitivo. Se trata de un cuestionario de 30 preguntas agrupadas en 10 sesiones dónde se evalúan: orientación espacio-temporal, capacidad de atención, memoria, abstracción, lenguaje y percepción viso-espacial. Se establece el punto de corte en 27 y a partir de ahí se considera que no existe deterioro cognitivo. Entre 26 y 25: Dudosos o Posible Deterioro, entre 24 y 10: Demencia Leve a Moderada, entre 9 y 6: Demencia Moderada a Severa, menos de 6: Demencia Severa (ver anexo II). Es importante señalar que se trata de una prueba de cribado que no puede definir un diagnóstico, debe ir acompañada de pruebas complementarias. La evaluación pre y post de esta variable nos permitirá comprobar si al reducir y/o eliminar el consumo de BZD mejora el rendimiento cognoscitivo (objetivo específico).
- *Evaluación de los síntomas de la retirada de las BZD:* Se aplicará el cuestionario de síntomas de retirada de BZD (Benzodiazepine withdrawal Symptom Questionnaire, BWSQ) [35]. Es una escala de 20 ítems que evalúan los síntomas que aparecen más frecuentemente ante la retirada de BZD (Ver anexo III). El cuestionario es autoaplicado, con una escala tipo Likert de 3 grados de intensidad. La aplicación de esta escala se llevará a cabo en sesiones de terapia individual durante el programa, Se pueden usar las sesiones que se ofertan a nivel individual.
- *Evaluación del nivel de ansiedad de una forma global.* La escala utilizada para ello es la Escala de Ansiedad de Hamilton [34]. Se trata de una escala semiestructurada y heteroaplicada para adultos y evalúa la severidad de la ansiedad en pacientes que reúnen criterios de ansiedad. Está compuesto por 14 ítems, siendo 13 referidos a signos y síntomas ansiosos, y el último que valora

el comportamiento del paciente durante la entrevista. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. 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). No existen puntos de corte para distinguir población con y sin ansiedad y el resultado debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento. Esta escala se administrará a través de una entrevista previa y posterior al programa con la intención de comprobar si se mantienen los niveles de ansiedad al retirar el fármaco (objetivo específico). No tendría ningún sentido el programa si retiramos el fármaco y a pesar de los talleres, se elevan los síntomas de ansiedad. Sin embargo, si vamos reduciendo el fármaco y no aumentan los niveles de ansiedad, podemos pensar que los talleres están sustituyendo al fármaco de manera adecuada. La elección de esta escala de ansiedad y no otra, fue porque los participantes del programa solicitaron al médico la prescripción de ansiolíticos por síntomas de ansiedad y según el MAP, reunían estos criterios.

Al final del programa se aplicará un cuestionario de elaboración propia para valorar cómo ha transcurrido y los resultados que según los participantes les ha aportado el programa. Se trata de un cuestionario autoaplicado que evalúa aspectos del desarrollo del programa, las capacidades del formador, el proceso de evaluación del programa, la utilidad del mismo y por último una valoración general. Consta de 14 preguntas de valoración tipo Likert y 4 dónde tiene que contestar con Si/No.

En principio se presentaron voluntarias 18 personas usuarias del centro, de las cuales solo 10 cumplían los criterios de inclusión. Con esta lista de 10 residentes comenzamos el primer contacto con el MAP. Una vez seleccionamos los participantes (consentimientos firmados y familiares informados), acuden a consulta individual para la aplicación de pruebas pretratamiento. Se administraron los siguientes instrumentos:

- Examen cognoscitivo MINI-MENTAL adaptación española (MEC-30) [34].
- Escala de Ansiedad de Hamilton versión española [34].
- Índice de gravedad del insomnio ISI.

Se realizaron en 2 sesiones diferentes a modo de entrevista en dos días consecutivos, y a pesar de que algunas de las pruebas eran autoaplicadas, debido a las características de la población (personas mayores con estudios básicos), se consideró conveniente leerlos conjuntamente y ayudar durante todo el proceso de aplicación de la prueba.

A pesar de que el formato es grupal, el programa ofrece la posibilidad a los usuarios de solicitar consulta individualizada a la psicóloga en caso de necesitar intervención psicológica (aquellos temas que no quieran tratar en grupo). Estas sesiones individuales también se usaron para aplicar la escala BWSQ y trabajar el control de síntomas de retirada de BZD (evaluación durante el proceso).

Con respecto a la parte de desprescripción gradual del fármaco, llevada a cabo por el MAP, se realizada con una pauta semanal que él mismo enviaba al departamento de enfermería del centro por correo electrónico, tras conocer los resultados de la escala de BWSQ y de cómo se encontraba el residente durante esa semana. Esta información era remitida por la psicóloga encargada del programa.

Contenido de las sesiones:**MÓDULO 1: PSICOEDUCACIÓN: USO ADECUADO DE LAS BENZODIACEPINAS**

Para la elaboración de este segundo módulo de habilidades sociales, nos hemos guiado por el *Diseño de un programa formativo para la mejora de las habilidades sociales en personas mayores* [36] (sesiones 1 y 2).

Sesión 1

Objetivos: comprender la ansiedad y mejorar el conocimiento del uso de las BZD

Contenidos:

- ¿Qué entendemos por ansiedad?
- Información sobre los efectos del consumo de BZD en personas mayores
- Mecanismos que mantienen el consumo y que actúan en el origen del mismo.

Actividades:

1. Trabajamos la guía de autoayuda de la Junta de Andalucía: “comprendiendo la ansiedad”
2. Trabajamos la guía de autoayuda:” ¿Qué son los tranquilizantes?”
3. Comentamos experiencias personales, y analizamos cuando se inició el consumo, motivos que llevaron al mismo, revisiones del mismo por parte del MAP, etc.

Tareas para casa:

Lectura individual de las dos guías trabajadas en la sesión 1 y traer anotadas dudas para la próxima sesión.

Sesión 2

Objetivos:

- Concienciar de los riesgos del consumo de BZD en general y de la persona mayor en particular
- Explicar el concepto de tolerancia al fármaco.
- Concienciar de la poca efectividad de la BZD en los consumos prolongados.
- Motivar al cambio y animar para el programa que han iniciado.

Contenidos:

1. Exposición de riesgos y efectos adversos del consumo de benzodiazepinas en personas mayores.
2. Efectos secundarios a corto y largo plazo del consumo de benzodiazepinas.
3. Riesgos del consumo prolongado.
4. Distintos tipos de motivación al cambio (intrínseca, extrínseca).

Actividades:

5. Analizamos los síntomas (síndrome de abstinencia) que en alguna ocasión hayan podido sentir al reducir y/o eliminar el fármaco.
6. ¿Qué tipo de motivación es la mía?
7. Cinco pasos para trabajar mi motivación: La actividad consistirá en trabajar estos 5 pasos necesarios para que a cada participante le queden claros los motivos por los que llevan a cabo el programa.
 - a. Objetivo
 - b. Busca una motivación para el cambio.

- c. Crea una rutina para el cambio.
- d. Meta clara.
- e. Recuerda por qué comenzó todo.

A grandes rasgos la sesión 1 y 2 pretende dar a conocer al participante las BZD, sus efectos en personas mayores, las ventajas de ir abandonando el tratamiento farmacológico progresivamente e ir aprendiendo técnicas cognitivo-conductuales que sustituyan al fármaco, etc. En definitiva, se trata de que las personas participantes del programa conozcan y tengan información sobre las BZD y se sientan motivadas para formar parte del programa de deshabitación presente.

MÓDULO 2: "POTENCIA TU COMUNICACIÓN" (Sesiones 3, 4, 5 y 6)

Sesión 3

Objetivos:

- Conocer las Habilidades Sociales y su funcionamiento.
- Conocer la relación entre el déficit de HHSS y los problemas emocionales.
- Conocer y practicar los tres estilos de comunicación: Asertivo, pasivo y agresivo. Derechos asertivos.

Contenidos:

Para el contenido nos guiaremos por: "Cómo mejorar tus habilidades sociales" [37].

1. Información sobre la relación existente entre la escasez de habilidades Sociales y los problemas emocionales y/o conflictos psicosociales.
2. Habilidades sociales: definición según Caballo (1986), Necesidad de estas habilidades, beneficios de estas habilidades para las relaciones interpersonales de las personas mayores.
3. Exposición y técnicas de role-playing de los tres estilos de comunicación: Asertivo, pasivo y agresivo, cómo nos comunicamos, diferenciando los tres estilos, estrategias para hacer más eficaces las respuestas asertivas, dificultades de comunicación, estrategias para comunicarte mejor.

Actividades:

1. Técnica: "lluvia de ideas" sobre todo aquello que conozcan sobre las habilidades sociales.
2. Técnica: "Role-playing", planteamos una situación comprometida en el centro residencial, que pueda ocurrir en su día a día en cualquier momento y actuamos en base a los tres estilos de comunicación. Analizamos las diferentes consecuencias comportamentales.

A continuación, mostramos un ejemplo de una situación que puede darse en su contexto natural y las tres formas de actuación (los participantes lo harán mediante *roleplaying*).

Situación: Estamos en el comedor a la hora del almuerzo y el carro de reparto de comidas ha vuelto a comenzar el reparto por las mismas mesas, es decir por las mesas que están situadas en la parte de arriba. Ya se acordó hace tiempo que se alternaría el reparto semanalmente, es decir, una semana se comenzaría por la parte de arriba y a otra por la de abajo.

Usuario 1: ¡Oye niña, otra vez vas a empezar por el mismo sitio! ¿no te has enterado de las normas? ¡pareces tonta! (estilo agresivo)

Usuario2: no le gusta comerse la comida fría y que lleguen todas las bandejas terminadas, pero no le gusta señalarse y se calla y deja pasar la situación (estilo pasivo)

Usuario 3: Chica hoy no toca el reparto por esa zona, acordamos que cada semana se empezaría por una zona, ya que a todos nos gusta poder elegir cuando las bandejas están llenas y no nos gusta que la comida se enfríe. Espero que lo entienda.

Tras hacer el *role-playing*, analizamos las respuestas de los demás ante los tres estilos representados.

Tareas para casa:

Anotar en tu cuaderno el estilo de comunicación que has observado en ti esta semana en cualquier situación cotidiana.

Sesión 4

En la sesión 3 hemos explicado conceptos básicos de las habilidades sociales. En esta sesión nos vamos a centrar en la importancia de la escucha activa y en las claves para comunicarse con los demás.

La escucha activa es una habilidad que puede ser aprendida, pero puede ser muy difícil de dominar. Con escucha activa nos referimos a escuchar activamente y con conciencia plena.

En el caso de las personas mayores que viven en residencias, es frecuente que cada uno esté contando al otro sus malestares, problemas, etc., pero sin escuchar al otro. La comunicación se basa en dos exposiciones que tan solo respetan el turno de palabra. De ahí la importancia de trabajar esta habilidad en el contexto residencial.

Objetivo: Aprender a escuchar y entender a los demás desde el punto de vista del que habla. Con conciencia plena

Contenidos:

1. Empatía y su importancia para una escucha activa
2. Que NO hacer en la escucha activa
3. Señales verbales y no verbales que indican una escucha activa
4. La validación emocional y su importancia en la escucha activa

Actividades:

1. Hábitos para desarrollar empatía:
 - a. Di adiós a los prejuicios
 - b. Adáptate al ritmo de los demás
 - c. Colabora
 - d. Entrena la gratitud.
 - e. Entrena el optimismo
 - f. No culpabilizar
 - g. No eres el ombligo del mundo
2. Ejercicios Prácticos para trabajar la empatía.
 - a. "El ovillo de Lana"
 - b. "Soy otro"
 - c. "Una montaña de conflictos"
 - d. "yo" tengo "tu" problema

"El ovillo de Lana"

El objetivo de esta técnica es aprender a reconocer sentimientos y emociones de otro. Respetar turnos, reconocer la pertenencia a un grupo.

Desarrollo: todos los participantes se sientan en círculo. El psicólogo lanza un ovillo de lana a alguien sin soltar una punta. Al tiempo de soltar el ovillo dice algo positivo de la persona a la que se lo lanza. Cuando recibe el ovillo lo vuelve a lanzar diciendo algo positivo y así hasta tejer una telaraña.

El ejercicio termina cuando todos hayan cogido el ovillo. Al final analizamos cómo se han sentido con las valoraciones y si se han reconocido en ellas.

“Soy otro”

El objetivo de este ejercicio es aprender a reconocer las emociones y sentimientos de otro, respetar turnos, trabajar las diferencias, las similitudes y los conflictos que pueda haber en el grupo.

Desarrollo: Cada participante escogerá una prenda de ropa o complemento (bufanda, pañuelo, collar...) de otra persona y se lo pondrá encima. Con la prenda puesta nos describe lo que siente y le pedimos que nos hable sobre lo que sabe de su compañera. Reforzamos actitudes de buena convivencia, respeto y tolerancia.

“Una montaña de conflictos”.

El objetivo de este ejercicio es tomar conciencia del malestar de otro cuando se trabaja en grupo. Aprender a reconocer sentimientos de otros y buscar soluciones a conflictos.

Desarrollo: cada participante escribe de manera anónima una situación de conflicto, los metemos todos en una caja de zapatos vacía y a continuación cada persona sacará uno y lo leerá en alto uno por uno y se buscarán soluciones grupales para que la situación no se repita.

“Yo tengo tu problema”

El objetivo de este ejercicio es poder entender los problemas de otra persona.

Desarrollo: cada persona escribe un conflicto que haya tenido con otra persona. Escribe su propio nombre al final del papel. Después mezclamos todos los papeles escritos y cada miembro del grupo expone el problema como si fuese propio, profundizando en sus sensaciones.

Para trabajar lo que NO se debe hacer en la escucha activa y los indicadores (señales verbales y no verbales) de escucha activa, planteamos una situación cotidiana y la grabamos en video. Después la visualizamos y analizamos todas las señales verbales y no verbales de la escucha activa y todos aquellos aspectos negativos de la misma.

Tareas para casa:

Analizar los indicadores de escucha activa en un programa de televisión que suelen ver por las tardes en su habitación. Anotan en su cuaderno personal de trabajo en casa (esta tarea la analizaremos al principio de la sesión anterior).

Sesión 5

En la sesión 4 hemos tratado habilidades sociales básicas como la escucha activa, iniciar una conversación, formular preguntas, dar las gracias, etc. En esta sesión trabajaremos habilidades sociales más avanzadas como " pedir ayuda, disculparse, hacer y recibir cumplidos a los demás," y aprender a decir que NO.

Objetivos:

- Aprender a hacer y recibir cumplidos.
- Aprender a pedir ayuda
- Aprender a disculparse
- Aprender a decir que No

Contenidos:

Para trabajar los cumplidos se ha usado el manual práctico de ansiedad de Vera y Roldán [38].

- Ventajas de hacer y aceptar cumplidos
- Cómo hacer y aceptar cumplidos
- Recomendaciones para hacer una petición.
- Recomendaciones para disculparse correctamente.

- Aprender a decir que NO (técnica del disco rayado, técnica del banco de niebla y técnica del bocadillo).

Actividades:

1. Charla informativa (psicoeducación) del contenido teórico de hacer cumplidos.
2. “Lanzar la pelota”: mediante un ejercicio sencillo pretendemos cubrir el objetivo de hacer y recibir cumplidos.

Desarrollo: Los participantes se sientan en círculo y se van lanzando la pelota aleatoriamente a la vez que se hacen cumplidos. Posteriormente analizamos las sensaciones y dificultades encontradas.

3. Charla informativa (psicoeducación) para explicar el contenido teórico de hacer una petición y disculparse correctamente.
4. Situación de role-playing en las que practicamos hacer peticiones y disculparse. Planteamos una situación cotidiana y familiar en el contexto de los participantes del programa y en pareja lo escenifican.

Situación 1 (para peticiones): necesitas que una compañera de la residencia salga a comprarte a la farmacia medicamentos que no están prescritos por el MAP, pero la dirección del centro no te ha dado permiso para comprarlos y la norma de carácter interno señala que no se pueden comprar medicamentos que no haya prescrito el MAP.

Situación 2 (para disculparse): Has tenido un mal día y has contestado muy mal a tu compañera del comedor y quieres disculparte porque para ti es una persona importante.

5. Charla informativa con el contenido teórico de las ventajas de decir que No y las diferentes técnicas que se emplean para lo mismo.
6. Mediante la lectura de una pequeña historia ejemplificamos los tres estilos comportamentales (pasivo, agresivo y asertivo) y analizamos las diferentes situaciones en las que queremos decir que No y cómo actuarían los personajes de la historia. En primer lugar, leemos la historia de “Los tres guerreros” y repartimos el cuaderno de trabajo personal y van anotando supuestas situaciones inventadas y/o reales en las que “queremos decir que no”.

Historia: “Hace mucho tiempo, en un lejano reino, vivían tres guerreros. Los guerreros tenían que defenderse de ataques de las demás personas. Uno de ellos, tenía un escudo y su manera de defenderse era protegiéndose con el escudo. El segundo guerrero tenía una espada y lo que hacía este era atacar a los demás con la espada. El tercer guerrero no tenía ni escudo, ni espada y para defenderse tuvo que aprender a usar la palabra y así defender sus opiniones”.

A continuación, le decimos: “Vamos a analizar las diferentes situaciones en las que queremos decir que no y que habéis anotado en vuestro cuaderno y veremos cómo actuaría cada uno de los tres guerreros”.

7. *Role-playing:* planteamos una situación comprometida y habitual en el centro residencial y la persona tiene que escenificar las tres técnicas para decir que No. El *roleplaying* se hace por parejas.

Podemos usar la situación 1 anteriormente expuesta. A continuación, ejemplificamos las tres técnicas ante la misma situación comprometida.

Situación: Una compañera y amiga de la residencia, te pide que le vayas a farmacia a comprar un medicamento no prescrito por MAP y no tiene permiso de la dirección del centro.

Disco Rayado:

- Pepi: “Manuela por favor, ¿me puedes ir a farmacia por Valeriana y Nolotil?”

- Manuela: "¿Tienes permiso de la directora?
 - Pepi: "No, pero los necesito".
 - Manuela: "Si no tienes permiso, no puedo ir (y así sucesivamente, repetimos un pequeño argumento y decimos que no. Sin dar más razones ni justificaciones.

Banco de niebla:

- Pepi: "Manuela por favor, ¿me puedes ir a la farmacia por Valeriana y Nolotil?
 - Manuela: "¿Tienes permiso de la directora?
 - Pepi: "no, pero las necesito porque no puedo ir y me encuentro mal, me parece una tontería tener que pedir permiso para comprar estos dos medicamentos.
 - Manuela: "Entiendo que lo necesites y no puedas ir, tienes razón en que es una tontería tener que pedir permiso para comprar esos dos medicamentos, pero esas son las normas del centro y tengo que respetarlas. Lo siento.

En definitiva, damos al otro parte de la razón que pueda tener, pero no cambiamos de opinión ni de respuesta.

"Técnica del bocadillo"

Es una de las técnicas más efectivas; consiste en disminuir la carga negativa del NO, con la empatía y el refuerzo.

1. Empezamos con algo positivo
2. Después viene el NO, con pequeño argumento y sin excusas
3. Para terminar, expresamos de nuevo algo positivo y empatizamos.

- Pepi: "Manuela puedes comprarme valeriana y Nolotil en la farmacia?
 - Manuela: "¿Tienes permiso de la dirección?
 - Pepi: "No tengo permiso, pero las necesito y no puedo ir, me parece una tontería pedir permiso para esto"
 - Manuela: Tú siempre has sido muy respetuosa con las normas y no me puedes pedir eso, No te lo puedo hacer sin permiso. Tu eres muy comprensiva, seguro que me entiendes.

Sesión 6

En esta sesión vamos a trabajar las habilidades alternativas a la agresión y más concretamente nos centraremos en tratar las habilidades para la resolución de conflictos interpersonales, ya que éstos son uno de los motivos más potentes, causantes de la ansiedad en la convivencia en una residencia.

Vamos a tener presente para esta sesión el análisis de las relaciones interpersonales y los conflictos en los centros residenciales que llevaron a cabo [39]. Para el contenido práctico nos guiaremos por: "Cómo mejorar tus habilidades sociales" [37].

Objetivos:

- Aprender a identificar los conflictos interpersonales.
- Aprender otras alternativas más efectivas para la resolución de conflictos.
- Aprender a hacer y aceptar críticas.

Contenidos:

1. Analizamos conflictos diarios.
2. Cuándo y por qué aparecen los conflictos en nuestra vida diaria.
3. Soluciones eficaces a los conflictos
4. Formas de hacer y aceptar críticas.
5. Demostración de cómo realizar críticas adecuadamente aplicando el guion DESC.

6. utilizaremos las principales técnicas de afrontamiento de críticas: Aserción negativa, interrogación negativa y banco de niebla [40].

El objetivo principal de este módulo es que aprendan una forma diferente de resolver sus conflictos diarios que interfieren en su día a día en una buena convivencia. Una de las causas por las que más aparecen los conflictos en la vida de las personas mayores es por las críticas, de ahí la importancia de que los participantes del programa adquieran un nivel aceptable a la hora de hacer críticas y de aceptarlas.

Actividades:

- Se plantea a los participantes que lleven a cabo críticas por parejas y de este modo analizar cómo se han sentido al hacer la crítica y al recibirla
- Cada participante anota en su cuaderno una situación conflictiva y de forma anónima representamos mediante role-playing y ponemos en práctica todas las habilidades sociales aprendidas.
- Ejemplificamos cómo hacer una crítica correcta e incorrecta (guion DESC). Para tal fin, el psicólogo@, podrá ejemplificar cómo llevarlo a cabo. Un posible ejemplo es:

D: DESCRIBO qué situación o comportamiento de la otra persona quiero que cambie: “Teresa siempre manipulas la comida en la mesa, antes de que nos la comamos”

E: EXPRESO MIS SENTIMIENTOS “me repulsa que toques todos los alimentos que después me tengo que comer yo, y eso me molesta bastante.”

S: SUGIERO O SOLICITO CAMBIOS “yo te pediría que para la próxima vez escojas tu fruta y no toques la que me tengo que comer yo”

E: EXPRESO CONSECUENCIAS: “de este modo cada uno elige su pan y su fruta y no toca el de compañero”

- Hacemos role-playing por parejas del guion DESC.

Tareas para casa:

Analizamos aquellas situaciones conflictivas que puedan aparecer a lo largo de la semana y anotamos en el cuaderno personal cómo la hemos resuelto, consecuencias de nuestro comportamiento y cómo nos hemos sentido (estas tareas se verán al comienzo de la próxima sesión).

MÓDULO 3: “TALLER DE RELAJACIÓN” (Sesiones 7, 8, 9 y 10)

Sesión 6 y 7

Objetivos:

- Conocer las ventajas de la respiración abdominal y/o diafragmática
- Distinguir una respiración abdominal de una torácica
- Aprender a hacer una respiración diafragmática.

Contenidos:

Pasos de la respiración abdominal

Actividades:

El globo gigante

Para comenzar, el participante debe estar sentado en una silla con la espalda pegada al respaldo. Cuéntale que vais a hinchar un globo muy muy grande del color que prefiera o de muchos colores. Pero lo vais a hacer de forma especial: utilizando la nariz para coger el aire en vez de la boca. Mientras comienza a llenar el globo, coméntale cómo este se va haciendo más y más grande para hacerlo más

real y divertido. El globo también puede servirnos para ponerlo encima del abdomen y visualizar la respiración diafragmática con mayor facilidad.

El juego de la serpiente

También con el participante sentado y con la espalda pegada al respaldo de la silla. En este juego tiene que “convertirse en serpiente” y hacer el silbido o siseo de éstas. Pídele que tome aire por la nariz haciendo que su barriga salga y que lo suelte haciendo el sonido de la serpiente (sssssss) y alargándolo todo lo que pueda.

Oler la flor

Necesitarás una flor que puede ser natural o de plástico, o incluso una dibujada. El juego consiste en oler la flor. Pide al participante que huelga la flor mientras va sacando la barriga. Para soltar el aire deberá hacerlo por la boca con los labios apretados hacia la flor para que su perfume inunde la habitación.

Sesión 8 y 9

Objetivos:

Conocer y aplicar técnicas de desactivación fisiológica para el manejo de la sintomatología física de estrés y la ansiedad.

Contenidos:

1. Exponer los objetivos de la práctica de la desactivación fisiológica.
2. Explicación de las distintas técnicas y modo de implementación. Se recomienda la relajación muscular progresiva de Jacobson.
3. Guía de autoayuda: “Aprender a relajarse” [41].
4. Conocer las experiencias de los participantes después de la relajación.

Los objetivos de la desactivación psicológica se exponen a continuación:

- a) Disminuir la activación fisiológica a nivel del sistema cardiovascular, respiratorio, muscular, neurovegetativo, etc.
- b) Reducir o eliminar el malestar psicológico como consecuencia de los sistemas afectados
- c) Ofrecer una estrategia alternativa al consumo de BZD para conseguir una reducción de los síntomas físicos. Estrategia más lenta, pero más duradera en el tiempo.
- d) Adquirir mayor sensación de autocontrol.

Actividades:

- Relajación muscular progresiva de Jacobson: Se trata de un método no farmacológico de relajación muscular profunda desarrollada por el médico estadounidense Edmund Jacobson en los primeros años de 1920. Se basa en la premisa de que la tensión muscular es la respuesta psicológica del cuerpo a los pensamientos que provocan ansiedad y que la relajación muscular bloquea la ansiedad. Consiste en dividir el cuerpo humano en distintos grupos musculares sobre los cuales el paciente aprende a aplicar ciclos de tensión-relajación, dirigiendo la atención hacia las diferencias que se sienten durante un estado y el otro.
- Se llevarán a cabo el número de prácticas necesarias hasta adquirir este tipo de respiración y se analizan las sensaciones de los participantes post-relajación.

Tareas para casa:

Es de suma importancia la práctica diaria en su contexto habitual, así que se recomienda 15 minutos diarios de respiraciones abdominales y cada día la tensión-relajación de una parte del cuerpo. Se recomienda llevarlo a cabo en la cama tumbados antes de irse a dormir.

Cada participante se llevará una guía de autoayuda y la trabajará personalmente (ya explicadas en los grupos de trabajo) y llevará a cabo los ejercicios que incluye la misma.

MÓDULO 4: “CONOZCO MIS EMOCIONES” (Sesiones 11 y 12)**Sesión 11***Objetivos:*

- Aprender a reconocer y entender las emociones.
- Ampliar las habilidades que permitan mejorar la expresión de las emociones.

Contenidos:

1. Concepto de las emociones de acuerdo con Lazarus (corriente cognitiva).
2. Tipos de emociones.
3. Funciones de las emociones.
4. El valor adaptativo de las emociones.

La concepción de Lazarus puede sintetizarse bajo la idea de que cierto tipo de pensamiento o cognición es una precondition necesaria para toda emoción. En particular, Lazarus (1982) postula que son las valoraciones cognitivas las que vinculan y median entre los sujetos y el ambiente, provocando emociones particulares como resultado de las evaluaciones específicas que realiza el sujeto, de su relación con ambiente en virtud de su bienestar.

De acuerdo con esta teoría, la secuencia de eventos implica primero un estímulo, seguido por el pensamiento que luego conduce a la experiencia simultánea de una respuesta fisiológica y la emoción. Por ejemplo, si encuentras un oso en el bosque, puedes comenzar a pensar inmediatamente que estás en gran peligro. Esto lleva a la experiencia emocional del miedo y las reacciones físicas asociadas con la respuesta de lucha o huida.

Es importante que los participantes entiendan que dependiendo de la valoración que hagan de la situación, tendrán una emoción u otra. Para ello ejemplificamos una situación sencilla y cotidiana las distintas valoraciones.

Actividades:

- Exposición de situación cotidiana:

Psicólogo@: “Pepi está muy preocupada porque su hija lleva varios días sin llamarla al centro”
¿Qué reacciones se podría esperar?

Participante 1: “Podría pensar que le ha pasado algo y podría estar preocupada”

Participante 2: “Podría pensar que no se preocupan por ella y estar triste”

Participante 3: “Podría pensar que está muy ocupada y no ha podido llamarla, por lo que no se sentiría mal”

Se trata de que vean de una manera práctica cómo influye la valoración que hacen de la situación contextual en las emociones que se generan.

- Audición del cuento “la isla de las emociones “. Cuentos para pensar (Jorge Bucay,1997)
- Audición del cuento de “¿Tristeza o rabia?”. Cuentos para pensar (Jorge Bucay, 1997)
- Lectura del cuento “Jugando al escondite”. Regálame la salud de un cuento (José Carlos Bermejo, 2004)

- *“El bazar de las emociones” (adaptada a personas mayores institucionalizadas): La finalidad de esta actividad es que los participantes aprendan a identificar las emociones más importantes, sean capaces de expresarlas por medio de la palabra y sepan identificarlas por medio de una experiencia personal que les haya ocurrido bien dentro, bien fuera del centro residencial. Se escriben las emociones en pequeños papeles cuadrículados y plastificados, valga este cuadro de ejemplo:*

Una vez sentados todos los participantes en círculos, se explica en qué consiste la dinámica *El bazar de las emociones*. Es importante incidir al respecto que una emoción de por sí no es buena ni mala, es decir, se trata de una reacción personal que pasan y sienten las personas. Aun así, también hay que hacerles ver a los participantes que en muchas ocasiones una emoción trae implícito un pensamiento o una determinada acción y que dichas acciones deben poder ser gestionadas correctamente porque debemos ser capaces de ponerle un nombre.

El psicólogo@ coloca en el centro de la sala sobre una mesa las emociones que ha recortado y plastificado previamente. Estas tarjetas con las emociones deben estar boca abajo. De forma ordenada irán cogiendo una de las emociones de las que están en el centro.

Una vez decidido el orden será cuando el primer participante se levantará y cogerá una de las tarjetas con emociones que están en la mesa boca abajo. Una vez las haya cogido, volverá a su sitio. Cuando todos los participantes hayan cogido una tarjeta, irán uno a uno leyendo en voz alta y contando una situación en la que hayan sentido esa emoción: *“yo he sentido tristeza cuando mi esposo enfermó”*.

Una vez todos los alumnos han participado contando sus historias relacionadas con las emociones elegidas, llega el momento de una reflexión en grupo. Algunas preguntas dirigidas pueden ser:

- *¿Os ha sido difícil contar la historia de las emociones elegidas?*
- *¿Ha habido alguna emoción que se haya repetido que, tratándose de la misma emoción, se ha contado de manera positiva y negativa?*
- *¿Cuándo un participante ha dicho en voz alta su emoción, os habéis acordado de una situación vuestra o de algún familiar, amigo o conocido?*
- *¿Hay alguna emoción que no hayáis acabado de entender del todo?*

Tareas para casa:

Durante toda la semana anotamos en nuestro cuaderno personal aquellas emociones de las que hemos sido conscientes.

Sesión 12

En esta sesión vamos a trabajar la emoción de ansiedad, ya que es la más relacionada con la causa principal del consumo de BZD que nos ocupa en este programa.

Objetivos:

- Entender el triple sistema de respuesta de Lang (1968) (cognitivo, fisiológico y conductual)
- Aceptar su propio papel en la generación de ansiedad.
- Conocer sus estrategias de autorregulación emocional.

Contenidos:

1. Presentación del concepto de ansiedad.
2. Diferenciación entre ansiedad normal y patológica.
3. Exposición del triple sistema de respuesta de Lang (1968).

Actividades:

Mediante un ejemplo ilustrativo de un caso de fobia social, analizamos las respuestas cognitivas, fisiológicas y conductuales que experimenta una persona al hablar en público y hacemos hincapié en las estrategias patológicas de autorregulación emocional como la evitación.

Tareas para casa:

Anota en tu cuaderno aquellas valoraciones de las situaciones vividas que te han generado ansiedad a lo largo de la semana.

MÓDULO 5: “CONTROLO MIS PENSAMIENTOS” (sesión 13, 14, 15 y 16)**Sesión 13 y 14:***Objetivos:*

- Ser conscientes del papel que desempeñan los pensamientos (expectativas, creencias, anticipaciones, percepciones erróneas y sesgos) en el mantenimiento del consumo de BZD.
- Disminuir las cogniciones erróneas (reestructuración cognitiva de Beck).

Contenidos:

1. Teoría de los cuatro factores (Eysenck y Eysenck, 2007)
2. Principales distorsiones cognitivas según Beck (1967)
3. Reestructuración cognitiva basada en el modelo de Beck.

La Teoría de los cuatro factores, se basa en la premisa fundamental de que la manifestación de la ansiedad dependerá de la valoración que se haga (amenaza/no amenaza) de cuatro fuentes de información: ambiente, actividad fisiológica, conducta y cognición. Todo ello influido por los sesgos cognitivos.

Las personas dependientes a las BZD suelen evitar experimentar sensaciones físicas de ansiedad, llevando a cabo conductas de evitación como el consumo de BZD, lo que a su vez lleva a mayor temor y falta de control de los síntomas, aumentando así los sesgos cognitivos. Estas estrategias, lejos de solucionar el problema lo perpetúan en el tiempo.

El programa considera importante conocer las 6 principales distorsiones cognitivas antes de conocer y practicar el modelo de reestructuración cognitiva de Beck.

- *Inferencia arbitraria.* Proceso de llegar a una conclusión sin evidencia que la apoye o con evidencia contraria a la conclusión. En este caso señalamos la lectura del pensamiento y error del adivino. Ejemplos: lectura del pensamiento: “se están riendo de mí porque me notan muy nervioso” (pensamiento que aparece cuando la persona ve que dos compañeros del taller se están riendo, cuando en realidad se están riendo de un chiste). Ejemplo de error del adivino: “Sé que voy a meter la pata en el taller” (hace una predicción negativa, a pesar de haber preparado el tema).
- *Abstracción selectiva.* Valoración de una experiencia centrándose en un detalle específico extraído fuera de un contexto e ignorando otros elementos más relevantes de la situación. Ejemplo: “Aunque a la mayoría de los residentes le ha gustado mi actuación en el teatro, Pepi me ha dicho que he estado sobre actuada, lo que significa que no lo he hecho bien” (ha abstraído la información negativa y únicamente se queda con ese aspecto)
- *Sobregeneralización.* Proceso de extraer una conclusión o elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados y aplicarla tanto a situaciones relacionadas con el hecho en particular como no relacionadas. Ejemplo: “Jamás lo haré bien, mi ansiedad me supera” (Tras haber fallado alguna vez al hacer una tarea)

- *Magnificación o minimización.* El paciente se evalúa a sí mismo, a otros o a una situación, donde exagera lo negativo y minimiza lo positivo, o viceversa.
- *Catastrofización.* El individuo piensa que lo que sucederá será terrible e insoportable y que no será capaz de afrontarlo. Aquí sí se involucra el aspecto afectivo, es decir, lo que “se sentirá” si el evento tiene lugar. Ejemplo: “no lo podré soportar si me vuelvo a sentir nerviosa en esa ocasión”
- *Pensamiento dicotómico.* El sujeto ve la situación en dos categorías en lugar de considerar toda la gama de posibilidades intermedias (matices).

A lo largo de los años, a medida que se ha investigado más en los aspectos cognitivos de la psicopatología, se han ido incluyendo distorsiones cognitivas adicionales. Por ello, encontramos distorsiones cognitivas específicas para los diferentes problemas psicológicos: ansiedad; adicciones; problemas alimentarios; agresión; etc. Así pues, en los últimos años, se ha defendido que las distorsiones cognitivas juegan un papel importante en el mantenimiento de ciertos trastornos psicológicos.

Actividades:

- Trabajaremos las 6 técnicas de reestructuración cognitiva: flecha descendente, diálogo socrático, intención paradójica, juego de roles, ¿qué pasaría si...? y enjuiciar los pensamientos. Para que no resulte demasiado complicado trabajaremos cada técnica con ejemplos sencillos y cotidianos de la residencia. Valga como ejemplo este diálogo de la técnica ¿qué pasaría si...?
- Pepi: “Estoy muy preocupada por dejar las BZD, creo que no voy a poder controlar la situación y me encontraré muy nerviosa todo el día”
- Psicóloga: ¿Qué pasaría si te sintieses nervioso a lo largo del día? ¿Podrías soportar esos síntomas?

Tareas para casa:

Analizamos en nuestro cuaderno personal todas aquellas distorsiones comunes en mi forma de pensar.

Sesión 15 y 16:

Objetivos:

- Adquirir habilidades de resolución de problemas.
- Potenciar autoestima y autoeficacia percibida.

Contenidos:

- Entrenamiento en resolución de problemas (D' Zurilla y Golfried, 1971)
- 5 etapas de la técnica de solución de problemas:

1. Orientación general hacia el problema

En esta primera fase se pretende que la persona se dé cuenta de que los problemas forman parte de la vida diaria. Una vez reconocida su naturaleza cotidiana, se trata de afrontarlos sin que distorsionen mucho nuestra vida normal. Los interrogantes más importantes en esta primera parte son: cómo percibo el problema, cómo lo valoro, qué poder tengo sobre él y qué parte de mi tiempo ocupa.

2. Definición y formulación

En esta segunda etapa se aborda una cuestión importante. La importancia que el problema tiene para uno. También se intenta responder de dónde proviene, establecer qué quiero conseguir y saberlo definir de manera clara.

3. Generación de alternativas

En este momento toma importancia la creatividad. Es el momento de generar tantas soluciones y tan variadas como sea imposible. No importa si son realistas o no, se trata de generar cuantas más mejor, para luego elegir la que más valoremos como solución.

4. Toma de decisiones

Este paso consiste en observar las consecuencias de cada una de las alternativas anteriores y sus ventajas e inconvenientes. En suma, se trata de analizar todos los aspectos posibles, para luego elegir una opción y preparar el plan.

Dicho esto, en la toma de decisiones resultaría útil hacerse las siguientes preguntas: *¿La idea es práctica y se puede ejecutar?*

- ¿Es realista?
- ¿Es costosa?
- ¿Cuánto tiempo requiere?
- ¿Puede ser implementada por uno mismo o requiere de otras personas?
- Las consecuencias que se anticipan ¿llevan a la solución del problema?

5. Verificación

Una vez tomada la decisión, se pone en marcha el plan. Lo adecuado es planificar evaluaciones intermedias en diferentes puntos. De esta manera, obtenemos un *feedback* y podemos realizar pequeños ajustes en función de cómo vaya el proceso. Estas evaluaciones intermedias, en los procesos largos y duros, nos indicarán nuestro grado de éxito. En este paso es pertinente tener en cuenta que, si los resultados se asemejan a los previstos, lo ideal será celebrar y sentirse orgulloso del trabajo bien hecho. Así, se podrá potenciar la motivación para continuar con lo que plantea. Y, si sucede lo contrario, es esencial no desistir, revisar el proceso de las fases anteriores y aprender de la experiencia.

- Qué es la autoeficacia, la autoestima y cómo se generan.
- Ejemplos de autoeficacia y autoestima.

Actividades:

- Analizar situaciones diarias que suelen plantear estrés y de las que no se disponen de herramientas para solucionarlas.
- Trabajamos la guía de autoayuda. “¿cómo resolver problemas?”
- Identificamos características asociadas a la baja autoestima.
- Trabajamos con la guía de autoayuda: “Mejore su autoestima”.
- Dinámicas para mejorar autoestima:

El círculo de las virtudes:

Para esta dinámica es necesario que el grupo se conozca.

Estando todo el mundo sentado en círculo se le reparte un folio a cada persona y en él escribirán su nombre. Se les dice que deben pensar en las cualidades y capacidades que creen que poseen sus compañeros y compañeras. Una vez escritos los nombres, cada participante pasa su folio a la persona que tiene a la derecha la cual deberá escribir una cualidad de la persona cuyo nombre aparece en el folio. Todas las hojas se van moviendo dentro del círculo hasta que llegue a la propietaria del mismo.

El ovillo de lana:

Todo el grupo se coloca en círculo. La persona que tenga el ovillo de lana pensará en dos cualidades que tiene y dirá la siguiente frase: “Quiero ofreceros..... (cualidades positivas)”. Una vez dicha la frase lanzará el ovillo (sin soltar la lana) a otra persona la cual dirá las cualidades que

desea ofrecer al grupo. Y así sucesivamente hasta que todo el grupo haya participado. Es importante pasar el ovillo a las personas que tengamos lejos, ya que así se formará una figura de lana más bonita.

La terapia con animales en residencias también tiene múltiples efectos positivos en la autoestima de las personas mayores, así como la creación de grupos de teatro, de lectura, etc.

MÓDULO 6: "NORMALIZO MI ANSIEDAD" (Sesión 17 y 18)

Sesión 17 y 18:

Objetivos:

Normalizar y/o tolerar las sensaciones físicas de ansiedad como consecuencia de la reducción y /o retirada de las BZD.

Contenido:

1. Psicoeducación: Recordamos los anteriores módulos en los que se trabajaron la ansiedad y sus características, así como la reestructuración cognitiva que nos enseñó a corregir las interpretaciones erróneas de los síntomas.
2. Explicar los fundamentos y objetivos de la exposición interoceptiva a las sensaciones físicas temidas, así como en qué consiste la técnica (Barlow Y Craske, 2000, 2007).
3. Elaboración de la jerarquía de las situaciones temidas.
4. Exposición de las situaciones temidas.

Actividades:

- Elaboramos jerarquía de las sensaciones físicas temidas.
- El psicólogo/a hace ejercicios de inducción de sensaciones y mediante aprendizaje vicario aprendemos a realizarlos.
- Realizamos ejercicios de inducción de sensaciones físicas y cumplimentamos autorregistro de inducción (Barlow y Crask, 2000, 2007).
- Exposición de las situaciones de la vida diaria (a la hora de dormir sin BZD).

En la sesión de psicoeducación explicamos a los participantes que, durante el proceso de deshabitación de benzodiazepinas, suelen aparecer sensaciones interoceptivas (temblor, vértigo, visión borrosa, falta de aliento...) asociadas a la ansiedad y al propio síndrome de abstinencia. Para ello vamos a trabajar en este módulo la exposición interoceptiva.

Para el desarrollo de este módulo vamos a usar el material de Bados López y García Grau, 2011.

La exposición interoceptiva consiste en exponerse sistemática y deliberadamente a las sensaciones corporales que se temen. Estas sensaciones se inducen artificialmente (primero en consulta y después en casa) a través de diversos ejercicios como subir y bajar rápidamente un escalón (produce taquicardia) o dar vueltas en una silla giratoria (provoca mareos). El objetivo de usar esta técnica es conseguir la reducción de la ansiedad asociada a las sensaciones. Es importante tener en cuenta una serie de circunstancias en las que la NO DEBE USARSE la técnica: las personas que presenten trastornos cardiovasculares, (hipertensión, arritmias), enfermedades respiratorias (asma, enfisema), trastornos metabólicos u hormonales, embarazo, epilepsia, convulsiones o cualquier trastorno físico grave. En el caso de los participantes de nuestro programa se revisó con el MAP y todos estaban exentos de estas patologías.

El primer paso será explicar a los participantes los fundamentos y objetivos de la técnica y en qué consiste y a continuación elaboramos una jerarquía de sensaciones físicas temidas para el último paso de la técnica que es la fase de exposición en actividades de la vida diaria (exposición en vivo). Existen muchos ejercicios que pueden utilizarse para provocar sensaciones temidas.

Para ello utilizaremos el conjunto de ejercicios propuestos por Barlow y Craske (2007):

- Correr sin desplazarse del sitio levantando las rodillas
- Dar vueltas sobre uno mismo.
- Hiperventilar.
- Respirar a través de una pajita delgada
- Mirarse fijamente al espejo
- Colocar la cabeza entre las piernas
- Tensar los músculos de todo el cuerpo

Teniendo en cuenta las características de la población a la que va destinada nuestro programa, será necesario la adaptación de algunos de estos ejercicios y también podremos usar otros ejercicios adicionales que se proponen en Bados López y García Grau, 2011.

El psicólogo/a hace una demostración de cómo se llevan a cabo los ejercicios y después les pide a los participantes que lo realicen. Una vez acabado cada uno de ellos, el participante informa de las sensaciones experimentadas y hace tres clasificaciones de acuerdo con una escala 0-10 (0= ninguna, 10= extrema). Las clasificaciones son:

- Intensidad de las sensaciones
- Nivel de ansiedad experimentada en respuesta a estas sensaciones.
- Grado de similitud de dichas sensaciones con la experimentadas cuando siente ansiedad.

Finalmente se seleccionan los ejercicios que han recibido al menos 3-4 puntos y se ordenan según el grado de ansiedad que producen. De este modo se obtiene la JERARQUÍA que va desde los ejercicios que provocan menos miedo a los que más. Es importante practicar primero con el terapeuta y después en su habitación. Hay que asegurarse que en la práctica interoceptiva NO se empleen NUNCA estrategias de afrontamiento antes del ejercicio y durante, ya que eso le impediría experimentar totalmente las sensaciones, comprobar que no son peligrosas y perder definitivamente el miedo a las mismas.

El procedimiento de práctica de los ejercicios es el siguiente: Empezamos experimentando el primer ejercicio de la jerarquía. Cuando el participante experimenta las sensaciones temidas, levanta la mano y a partir de ese momento sigue haciendo el ejercicio durante al menos 30 segundos más (10 segundos en el ejercicio de retener la respiración). A medida que se vaya habituando al miedo, los tiempos de exposición pueden ir aumentando gradualmente hasta dos o tres minutos. Los criterios para terminar un ejercicio y pasar al siguiente: se aconseja repetir el mismo ejercicio las veces que sea necesario hasta que la ansiedad se reduzca al menos el 50%. Por lo tanto, el objetivo es repetir los ensayos hasta que las sensaciones produzcan una ansiedad mínima, pero no con la idea de que las sensaciones se reduzcan o desaparezcan. Cuando se ha superado un ejercicio, se pasa al siguiente de la jerarquía.

Tareas para casa:

Según Craske y Barlow (2007), se debe practicar en casa 3 veces al día cada ejercicio de exposición interoceptiva que se ha realizado en la consulta y en la siguiente sesión se revisan las prácticas de exposición interoceptiva realizadas durante la semana.

En nuestro programa fijamos dos momentos temporales ideales para que los residentes lo practiquen en su habitación. Se fija al medio día después del almuerzo (cuando se suben a su habitación a descansar) y por las tardes-noches cuando ya están descansando en su habitación. Anotarán en su cuaderno los problemas que les han ido surgiendo.

El último paso de la técnica, una vez superados los ejercicios de exposición interoceptiva, es integrar la misma con la exposición en vivo; es decir, pedimos al residente que afronte las situaciones reales que le generan las situaciones que temen. La situación que acordamos vamos a trabajar la exposición en vivo es la siguiente: *“Estamos metidos en la cama y ya han repartido toda la medicación de la noche, pero ya no tengo ninguna pastilla para conciliar el sueño”*. Elegimos esta situación por ser el mayor temor que tenían los participantes del programa de deshabitación de BZD.

MÓDULO 7: “HÁBITOS DE VIDA SALUDABLES”

Sesión19

Objetivos:

Adquirir conductas incompatibles con la ansiedad y el estrés.

Contenidos:

Para llevar a cabo este módulo vamos a centrarnos en 3 de las guías de autoayuda de la Consejería de Salud y Bienestar Social:

1. Guía de autoayuda de la Consejería de Salud y Bienestar Social: “Aprenda a organizar sus actividades”: Los contenidos de la guía tratan aspectos como la importancia de una adecuada planificación del día a día Y el sistema de automotivación de los participantes.
2. Guía de autoayuda de la Consejería de Salud y Bienestar Social: “Consejos para dormir mejor”. Se tratarán contenidos como:
 - Comprender el sueño normal. Variedad de problemas a la hora de dormir
 - ¿Qué es el insomnio?
 - Causas del insomnio.
 - Consecuencias de la falta de sueño.
 - Consejos para mejorar el sueño.”
3. Guía de autoayuda de la Consejería de Salud y Bienestar Social: “¿Cómo mejora mi ánimo con la actividad física?”
4. Pautas para llevar un estilo de vida saludable.

Es importante que los participantes entiendan la relación que tienen nuestros hábitos de vida con la ansiedad y por todo ello afecta al proceso de deshabitación de BZD. De ahí la importancia de un estilo de vida saludable, lejos de estrés y ansiedad. En este módulo trabajaremos las guías y haremos especial hincapié en la de organizar el día a día y en la de consejos para dormir mejor, ya que este último es el principal problema que presentan los usuarios y motivos del consumo de BZD. Los resultados de la evaluación que se van haciendo a lo largo de la aplicación del programa (Cuestionario de Síntomas de retirada de benzodiazepinas BWSQ), indican el insomnio como síntoma principal desde que comienza la retirada gradual del fármaco.

Actividades:

- Taller de psicoeducación con todo el contenido expuesto anteriormente.
- Hacer un plan diario de actividades en el que se refleje la hora de la actividad, actividad por realizar y actividad realizada.

En general, desde el programa se pretende que los participantes identifiquen sus estilos de vida y puedan cambiar aquellos hábitos nocivos por otros más saludables.

MÓDULO 8: “VALORAMOS LA EXPERIENCIA”

Objetivo:

- Conocer las experiencias y opiniones de los participantes con respecto al programa y su validez.
- Identificar riesgos de recaídas.
- Aprender a afrontar situaciones de riesgo.

Contenidos:

1.- Reflexiones sobre el progreso durante la aplicación del programa, resultados, inconvenientes, posibles mejoras, etc.

2.- Factores protectores y de riesgo en la recaída.

Actividades:

- Aplicación de autoescala de valoración del proceso y resultados del programa.
- Verbalizamos situaciones de riesgo: cada participante verbaliza aquellas situaciones que podrían provocar que volviesen a tomar el fármaco.
- *Role-playing* de modo de afrontamiento adecuado a una de las situaciones expuestas anteriormente.

A continuación, exponemos una situación que posteriormente trabajaremos conjuntamente. El grupo, con la ayuda del psicólogo@, aportará ideas de buenas y malas estrategias de afrontamiento, conforme a todo lo aprendido en el programa.

Situación: elegimos una situación con múltiples factores de riesgo: *“Es el día previo a una operación de cataratas y estoy en la habitación a punto de irme a dormir, tengo altos niveles de ansiedad, miedo, preocupaciones etc., pero no puedo tomar pastilla para dormir y no cojo el sueño”*

- Malas estrategia de afrontamiento: *Siento nerviosismo y pienso que me va a llevar a niveles de ansiedad que no podré controlar, pienso que si no la tomo no podré descansar, consumo la BZD.*
- Buenas estrategias de afrontamiento: intento llevar un estilo de vida saludable y sigo todos los consejos para conciliar el sueño. Una vez en la habitación intento controlar las sensaciones y pienso que llegaré a controlarlas. Hago ejercicios de respiración, relajación muscular progresiva y en imaginación, etc...

Una vez finalizadas las veinte sesiones del programa, procederemos a la evaluación individual de las variables post tratamiento (las mismas que se evaluaron al principio del mismo):

- Ansiedad.
- Sueño.
- Memoria.

3. Resultados

3.1. Evaluación de Proceso

Con respecto a la desprescripción progresiva del fármaco por parte del médico de atención primaria, se ha marcado una pauta personalizada para cada participante, en base a la cantidad que estuviese tomando y teniendo en cuenta sus patologías previas. Esta pauta ha sido elaborada por el MAP y a posteriori el psicólogo/a encargado del programa ha ido realizando un seguimiento semanal de cada usuario. Todas las semanas se informaba al MAP con un correo electrónico, comunicando la situación en la que se encontraban los participantes y se adaptaba la medicación. Como norma general, no se contemplaba la idea de volver atrás en la pauta de desprescripción pero en el caso de una señora concreta y debido al malestar que presentaba como consecuencia de los síntomas del síndrome de abstinencia, se tuvo que volver a pautar una BZD solo para dormir, pero se optó por sustituir una BZD por otra para la que su retirada posterior era más fácil (de Lorazepam a Diazepam). La comunicación con el MAP fue muy fluida en todo momento, así como la coordinación con el departamento de enfermería de la residencia. Todo esto facilitó el proceso de retirada progresiva y seguimiento. A continuación, nos vamos a centrar en describir los objetivos operativos que ha ido haciendo posible el cumplimiento de los objetivos específicos. Como objetivo operativo se plantea aumentar los niveles de información y motivación del programa, aprovechando el resto de las actividades que se desarrollan con el grupo participante. Este objetivo se ha cumplido con creces, ya que el nivel de motivación se ha reflejado en el 100% de asistencia y el alto grado de implicación de las participantes.

Otro objetivo operativo fue la supervisión del blíster de medicamentos que venían preparados de farmacia. Este se llevó a cabo de forma coordinada entre el Departamento de Psicología y Enfermería. El objetivo de dicha supervisión fue comprobar que los medicamentos fueran los correctos y que se administrasen según la pauta del MAP (indicador).

Un objetivo operativo que ha sido imprescindible en el transcurso del programa, ha sido el control de todas aquellas circunstancias o desavenencias que han ido surgiendo y que de no ser tratadas, hubiesen afectado a todo el desarrollo del programa e incluso a la continuidad de algunos de sus participantes. Para ello se llevaron a cabo sesiones a nivel individual en las que se trataban las problemáticas que cada uno de ellos presentaba como consecuencia de la retirada progresiva de la BZD. El hecho de que fuese individual, ayudó a que no hubiese contagio emocional de los síntomas que pudieran ir apareciendo ante la retirada del medicamento.

Las sesiones individuales también nos fueron indicando si el programa se estaba llevando a cabo correctamente, si había que hacer algún cambio, etc. Surgieron ideas para adaptar algunas actividades, y aumentar y/o disminuir algunos de los contenidos de las sesiones.

La variable de proceso más importante fue el control de síntomas de la retirada de la BZD y para ello se aplicó BWSQ una vez durante el proceso a todos los participantes (semana del 21 al 25 de marzo). En un caso concreto, de una de las participantes que desarrolló una mayor sintomatología, hubo que aplicarlo en varias ocasiones.

La aplicación del BSWQ nos permitió valorar los síntomas de retirada y en caso necesario, tratarlos a nivel individual para hacer el seguimiento. Los resultados fueron dando información de todos aquellos síntomas que ponían en riesgo el programa y que podían llevar a los participantes al consumo de BZD como estrategia de afrontamiento. Los resultados se exponen en la siguiente tabla

Tabla I Puntuaciones de cada usuario del BWSQ

Participantes	Puntuación en BWSQ
C.R.	2
M.L.A.	3
R.M.C.	11
N.T.	7
D.G.H.	10
R.M.M.	7
P.S.	5
M.F.L.	8
C.P.R.	4
R.R.G.	2

Como podemos observar en la tabla, los datos indican que todos obtienen resultados muy alejados de la puntuación máxima de 40, por lo que son escasos los síntomas de retirada progresiva de los BZD valorados en mitad del proceso de implantación del programa.

Merece mención especial que todos los participantes refieren que los síntomas que señalan, los tenían antes de la retirada del fármaco y no lo asocian a la disminución y/o retirada del mismo. Además, todos añaden como síntoma adicional el insomnio, con una intensidad leve-moderada y lo más importante es que hacen hincapié en que el problema se acentúa una vez comienza la retirada progresiva de la BZD.

En el caso concreto de una de las participantes (N.T.), se observaron un mayor número de síntomas asociados al síndrome de abstinencia y fue necesario, hacer un seguimiento más exhaustivo volviendo a aplicar el cuestionario (BWSQ). Presentaba síntomas como sequedad de boca, mareos, sentimientos de inestabilidad, estado de ánimo depresivo, incapacidad de controlar movimientos de manos y sofocos constantes. Pasó de obtener una puntuación de 7 a una de 14 una vez concluyó el proceso de retirada gradual y por tanto la retirada completa de BZD. Fue necesaria la intervención individual para el control de estos síntomas e incluso contar con el apoyo del familiar para que continuase en el programa.

Como consecuencia de lo observado en la evaluación de proceso, se han tenido que realizar intervenciones individuales y algunas modificaciones en el contenido del programa (se especifican en las conclusiones) para que se pudiesen cumplir los objetivos operativos.

3.2 Evaluación de Resultados

Para evaluar los objetivos específicos se aplicaron las escalas antes y después del tratamiento y los resultados se muestran a continuación:

Tabla II Estado cognitivo de los participantes antes y después del programa (según MEC-30)

Participantes	MEC-30 PRE	MEC-30 POST
C.R.	26	26
M.L.A.	29	29
R.M.C.	25	27
N.T.	28	30
D.G.H.	28	30
R.M.M.	27	28
P.S.	25	26
M.F.L.	26	27
C.P.R.	26	28
R.R.G.	27	28

Se establece como punto de corte para considerar que la función cognoscitiva es normal, una puntuación por encima de 27. Usamos este punto de corte y no 24 porque se trata de personas con un nivel de escolarización medio.

Si atendemos a los datos de evaluación previos a la participación en el programa, observamos que todas las participantes presentan una función cognitiva "normal" y/o con "déficit cognitivo leve" y que todas ellas cumplen el criterio de inclusión en el programa (puntuación en MMSE >24). Pasados 3 meses y finalizado el programa, se observa un leve aumento de las puntuaciones en MEC-30 en 6 de los 10 participantes y en el resto se mantienen.

Para valorar la ansiedad, elegimos la Escala de ansiedad de Hamilton. Esta escala es específica para pacientes que reúnen los criterios de ansiedad o depresión. En los participantes del programa se daba esta condición, ya que tenían pautado la BZD como consecuencia de su sintomatología ansiosa y/o depresiva. En esta escala no existen puntos de corte y el resultado debe ser interpretado como una cuantificación de la intensidad, resultando especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir un tratamiento. En nuestro caso nos interesa comparar los resultados antes y después de participar en el programa. A continuación, exponemos los resultados obtenidos:

Tabla III Estado de ansiedad de los participantes antes y después del programa (según escala de HAMILTON)

Participantes	Ansiedad PRE	Ansiedad POST
C.R.	14	9
M.L.A.	23	23
R.M.C.	30	12
N.T.	15	13
D.G.H.	31	12
R.M.M.	22	22
P.S.	30	18
M.F.L.	18	12
C.P.R.	20	16
R.R.G.	17	14

Los datos obtenidos de ansiedad indican una disminución importante tras la participación en el programa en 8 de los participantes y se mantienen los niveles de ansiedad en los otros dos restantes. Resulta llamativo el descenso de dos de ellos que pasan de obtener una puntuación de 30 a 12 y de 31 a 12. La variable sueño fue introducida en el programa como objetivo específico una vez comenzado el mismo y por petición de los participantes, ya que referían que “lo ideal sería que durmiéramos igual sin la pastilla que cuando la tomábamos”. De ahí que el objetivo

específico que nos planteamos fue mantener la calidad del sueño una vez se hubiese retirado la BZD. Si se consiguiera este objetivo, sabríamos que las personas han aprovechado el programa y el mismo les ha servido para adquirir estrategias cognitivo-conductuales que le han ayudado a dormir sin el fármaco. La escala utilizada para medir antes y después del programa fue el Índice de Gravedad del Insomnio (ISI). Para su corrección se obtiene una puntuación total entre 0 y 28. Los puntos de corte propuestos en la versión original son:

- 0-7: no insomnio
- 8-14: insomnio subclínico
- 15-21: insomnio clínico de gravedad moderada
- 22-28: insomnio clínico grave

A continuación, exponemos los resultados obtenidos antes y después del programa:

Tabla IV Índice de gravedad de insomnio de los participantes antes y después del programa (según e ISI)

Participantes	Insomnio PRE	Insomnio POST
C.R.	0	9
M.L.A.	11	11
R.M.C.	3	1
N.T.	1	1
D.G.H.	9	10
R.M.M.	15	2
P.S.	13	13
M.F.L.	6	6
C.P.R.	12	11
R.R.G.	8	8

Como podemos observar en los resultados de la evaluación previa al tratamiento, nueve de los participantes se encuentran en el rango “No insomnio” e “insomnio por debajo del umbral” (insomnio subclínico) y en el caso de un participante presenta un insomnio de gravedad moderada. Es importante recordar que todos estaban tomando su pauta completa de BZD y aún no había comenzado el proceso de retirada progresiva. Pasados tres meses y finalizada la participación en el programa, las puntuaciones en insomnio se mantienen en cuatro de los participantes, desciende en otros cuatro, en otro se observa un punto por encima, y el caso más llamativo, es el de una participante que pasa de no tener insomnio a manifestar tras el programa un insomnio subclínico.

3.3 Evaluación del Impacto

Para valorar los efectos del programa a largo plazo, sería interesante volver a evaluar de forma individualizada (mediante los mismos instrumentos de evaluación psicológica) los tres objetivos específicos a los tres meses, para comprobar si los resultados han cambiado o se han mantenido en el tiempo.

A través de las sesiones individuales se puede ir observando si se mantienen estables en el sueño y los niveles de ansiedad de forma cualitativa y el estado cognitivo mediante los talleres de

estimulación cognitiva. Mediante la participación dos veces en semana al taller de estimulación cognitiva, podemos obtener información cualitativa de sus funciones cognitivas.

A través del programa se ha conseguido otro objetivo que en principio no estaba previsto. Nos referimos a la mejora de la supervisión médica de los tratamientos por parte del MAP, no solo de los participantes en el programa sino del resto de residentes. En el caso de R.M.M, al revisar el tratamiento se observó que el principal motivo de su insomnio y por el que tomó la BZD, no era la ansiedad sino un dolor importante en el brazo que le impedía conciliar el sueño, por lo que se le pautó Pregabalina y se retiró por completo la BZD. Sirva como ejemplo de otros residentes a los que el MAP le revisó y adaptó tratamiento.

4. Discusión y Conclusiones

En términos generales podemos señalar que en los resultados se observa un descenso de la ansiedad, un mantenimiento de la calidad del sueño y un leve aumento de la función cognoscitiva.

El objetivo general del programa se ha cumplido, ya que 9 de los 10 participantes han conseguido eliminar el consumo de BZD de forma progresiva y uno de ellos ha conseguido reducirlo a la mitad y en ocasiones eliminarlo. Todo ello paralelamente a la participación en los talleres de terapia psicológica (individual y grupal); sin embargo, no solo se trata de que desaparezca el consumo, sino que esta eliminación del fármaco se lleve a cabo sin que aumenten los síntomas de ansiedad y los problemas de sueño. Además, en base a la literatura que señalaba la relación entre estado cognitivo y consumo de BZD [42], nos planteamos mejorar las capacidades cognitivas tras la retirada del fármaco.

Con respecto al control de síntomas como consecuencia de la retirada de BZD podemos concluir que los resultados del cuestionario (BWSQ) nos indicaron que el principal problema que se encontraron durante la participación en el programa fue el insomnio, de ahí que en las sesiones individuales se profundice en el tipo de insomnio y se ofrecen pautas para mejorar la calidad del sueño. Además, fue necesario la adaptación del módulo de hábitos de vida saludable, en el que se aumentaron las horas dedicadas al insomnio y las recomendaciones para un sueño adecuado. El resto de los síntomas valorados en la prueba, no muestran puntuaciones elevadas y a excepción de un caso concreto (se especifica en resultados de procedimiento) no fue complicado el control de dichos síntomas.

Para valorar el efecto del programa en los participantes, vamos a centrarnos en los objetivos específicos y analizaremos la consecución de los mismos analizando las puntuaciones obtenidas y descritas anteriormente (pre y postratamiento). A modo de recordatorio vamos a enumerar los tres objetivos específicos y las escalas que hemos utilizado para evaluar.

1. Mejorar capacidades cognitivas de los participantes (evaluada con MEC-30).
2. Mantener control de sintomatología ansiosa (Escala de Ansiedad de Hamilton).
3. Mantener la calidad del sueño (Evaluada con índice de Gravedad del Insomnio ISI).

Con respecto al primer objetivo, podemos decir que los participantes han obtenido una mejoría leve en sus funciones cognitivas, y en los participantes que no mejoran se han mantenido como antes del programa. Es importante señalar que los participantes han informado que han experimentado un aumento de los niveles de atención y concentración.

Estos datos coinciden con Arribazalaga (2017) que manifiesta que el consumo prolongado de BZD incrementa el riesgo de padecer deterioro cognitivo, afectando principalmente a la atención y la memoria. Por lo tanto, con respecto al primer objetivo, podemos concluir que se ha cumplido. También nos gustaría señalar que una vez establecido que se produce esta mejora sería interesante en futuros estudios medir los procesos de atención con instrumentos más específicos que nos permitan conocer cuáles son los aspectos específicos que han mejorado, así como evaluar la repercusión que dicha mejoría tiene sobre tareas de la vida diaria.

El objetivo de mantener la sintomatología ansiosa una vez se retira la BZD, se ha cumplido ampliamente, ya que los participantes han reducido los niveles de ansiedad y según indican los datos, se observa un descenso considerable. Los propios participantes reflejan encontrarse más tranquilos y

resaltan como causa de ello el haber aprendido a relajarse y tomar decisiones en situaciones que antes le provocaban gran ansiedad. La variable ansiedad es la que ha mostrado un mayor impacto en los participantes del programa y así lo reflejan en los datos y en sus verbalizaciones.

El mantener la calidad del sueño era nuestro tercer objetivo y tal como muestran los resultados podemos decir que se ha cumplido, ya que la mitad de los participantes lo mantienen y el resto perciben una leve mejoría en la calidad del sueño que se refleja en las puntuaciones obtenidas en el cuestionario. Esta variable ha sido la más complicada de controlar durante todo el desarrollo del programa y ha requerido intervenciones individuales para conseguir que no abandonaran el programa.

Atendiendo a los datos aportados por el cuestionario de autoevaluación final del programa y más concretamente a los ítems que valoran el desarrollo del programa, obtenemos información muy valiosa sobre el proceso. En términos generales, hay que señalar que los participantes lo han valorado muy positivamente, pero algunos de ellos han señalado que el tiempo dedicado a las sesiones de relajación ha sido corto y que les hubiese gustado profundizar más. Por lo tanto, consideramos necesario que para próximas aplicaciones del programa nos planteemos como objetivo operativo el llevar a cabo una valoración verbal a los participantes al finalizar cada módulo y antes de comenzar el siguiente, de este modo podremos ir adaptando el tiempo de duración de las sesiones a las necesidades del grupo. El resto de la información aportada en el cuestionario (Evaluación de las capacidades del formador, el proceso de evaluación del programa y utilidad del mismo), indica que los participantes han estado muy satisfechos con el mismo (la media de las puntuaciones es 4,8 de un total de 5) y que ha cumplido todas sus expectativas. Todos los participantes valoran que les ha sido útil y que les ha servido para aprender nuevas estrategias y retirar y/o reducir el consumo de BZD. Ante la pregunta de si le recomendarían el programa a otro residente, todos están de acuerdo en que sí se lo recomendarían.

Es importante destacar que aquellos participantes que mostraron un mayor nivel de implicación en el programa y que han realizado un mayor esfuerzo (mayor número de síntomas de retirada de BZD), han obtenido los mejores resultados en todos los objetivos y a pesar de haber mostrado mayores dificultades y requerido mayor ayuda psicológica (más sesiones de terapia individual) durante el programa, han conseguido los objetivos y presentan gran nivel de satisfacción personal.

Me gustaría destacar que los resultados obtenidos en las pruebas cognitivas, una vez retiradas las BZD (mejores resultados cuando no consumen el fármaco) apoyan teorías que señalan la relación entre el consumo prolongado de BZD y el deterioro cognitivo [11], por lo que la eliminación de la BZD puede resultar interesante como estrategia de prevención para el desarrollo de futuras demencias. En este sentido habría que plantear futuras investigaciones, ya que se trata de un punto importante en la prevención de enfermedades asociadas al proceso de envejecimiento.

Un aspecto innovador de nuestro programa es que va destinado a personas mayores que viven en residencia, por lo que se trata de un grupo de convivencia en un ambiente más controlado y limitado. Todo ello contribuye a reducir las variables externas que puedan influir en el resultado de este. La importancia de la aplicación en un entorno institucionalizado tiene bastantes implicaciones, ya que este tipo de programas se podrían generalizar a instituciones penitenciarias, centros de menores, de deshabitación, etc. En definitiva, estaríamos hablando de entornos cerrados, donde existe convivencia y con un mayor control de variables externas.

Este programa forma parte de una de las iniciativas del proceso de liberación de sujeciones farmacológicas que se están llevando a cabo en el centro, y el objetivo a largo plazo es seguir ofertando a otros residentes y aumentando la población destinataria. Este tipo de intervenciones, además de reducir el gasto farmacéutico y los efectos secundarios (tan importantes en personas mayores), aportan estrategias concretas que hacen que el abordaje del problema sea integral y tenga consecuencias a largo plazo.

Todos los aspectos novedosos de este programa, las posibilidades de generalización a otras poblaciones de contextos institucionalizados, las posibilidades de prevención del deterioro cognitivo asociado a demencia, así como la posibilidad de ser parte de una estrategia de liberación farmacológica

en los centros de mayores, hacen de este programa un arma eficaz contra el mal uso de las BZD y aporta una buena herramienta para la deshabitación y revisión de tratamientos instaurados.

En cuanto a las limitaciones que presenta el programa, cabe mencionar, en primer lugar y más importante, el hecho de no haber incluido a los familiares de los residentes como parte directa del programa, ya que éstos han estado influyendo de manera positiva en algunos casos y otras de forma negativa. El haber aplicado el programa nos ha permitido conocer este hándicap y en futuras intervenciones sería conveniente incluir un módulo de trabajo con las familias. Esto nos ayudaría a contrarrestar los efectos negativos (desanimar al familiar, animar para que abandone el programa, miedos, etc.) y a potenciar los positivos, al sentirse parte del programa e inductor del cambio.

Otro aspecto importante a tener en cuenta cuando se trata de personas mayores es la dificultad de las técnicas cognitivo-conductuales, ya que en los centros residenciales existe un gran número de personas que no poseen las capacidades cognitivas que requiere el aprendizaje y práctica de estas técnicas. Para poder llevar a cabo el programa, hemos tenido que adaptar algunos ejercicios, ejemplificar constantemente con experiencias cotidianas, adaptación del lenguaje, etc. Este aspecto es de gran importancia a tener en cuenta para futuras aplicaciones del programa. Sin embargo, consideramos que los beneficios superan a los costes de este tipo de terapia, siendo los efectos a largo plazo y su repercusión en el estilo de vida y tipo de afrontamiento, su principal ventaja.

En el caso de que el programa vaya destinado a centros de mayores, sería conveniente que se adaptaran las técnicas y fuesen más de tipo conductual. Estas requieren un menor nivel de comprensión y facilita el hecho de poderlo extender a mayor número de residentes, ya que, en un centro residencial para mayores, la mayoría de los destinatarios quedarían excluidos por presentar deterioros cognitivos superiores a los exigidos para participar en este programa. En el caso concreto de la aplicación del programa en el centro residencial "La Milagrosa", no hemos podido contar con mayor número de participantes debido a que el resto de los usuarios presenta demencia, enfermedad mental y/o un mayor deterioro cognitivo. La muestra está enfocada al programa de intervención que queremos mostrar. No obstante, como hemos podido comprobar, los resultados muestran una apertura hacia una futura investigación dentro de este marco de estudio, que tendrá que ajustar su muestra a una más representativa según el ámbito de aplicación.

A pesar de las limitaciones y posibles mejoras y/o adaptaciones, el programa abre un campo interesante de intervención dónde son múltiples las ventajas y beneficios, tanto para la población de personas mayores, como adultos que se encuentren en un contexto institucionalizado. Aquí el papel del psicólogo sería fundamental para una correcta implantación del programa, así como la coordinación con el MAP y el departamento de enfermería.

Conflictos de Intereses: Los autores no declaran conflicto de intereses

Referencias Bibliográficas

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2014). Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. Disponible en: [https://www-aemps.gob/en/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf](https://www.aemps.gob/en/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf)
2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Uso de benzodiazepinas en España (1992-2006) (Internet). (citado 6 de mayo de 2018). Disponible en: https://www.aemps.gob.es/en/medicamentosusohumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-1992-2006.pdf.
3. Dailly E, Bouring M. The use of benzodiazepines in the aged patient: Clinical and pharmacological considerations s. Pak y pharm sci. Abril de 2008;21(2): 144-150
4. Andía AA, Romero IG. Estrategias para la desprescripción de benzodiazepinas. Boletín inf farmacoter Navar. Abril de 2014; 22(2):13
5. Islam, M.M., Iqbal, V., Walther, B., Atique, S., Dubey, N.K., Nguyen, P.A., et al. (2016) Benzodiazepine use and risk of Dementia in the Elderly population: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropedimiology*.47 (3-4), 181-91.
6. Cloos J-M Ferreira V. Current Use of benzodiazepines in anxiety disorders: *Curr Opin Psychiatry*. Enero de 2009; 22(1): 90-5

7. Lader, M. (2011) Benzodiazepines revisited-will we ever lear: Benzodiazepine benefits and riks. *Addiction*, 106 (12), 2086-109.
8. Ramasco-Gutiérrez, M., Heras-Mosteiro, J., Garabato-González, S., Aránguez-Ruiz, E., & Martín-Gil, R. A. (2017). Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 31, 432-435.
9. Zhong G, Wang Y, Zhang Y, Zhao Y (2015) Association between Benzodiazepine. Use and Dementia: A Meta-Analysis. *PLoS ONE* 10(5): e0127836.doi:10.1371/journal.pone.0127836
10. Wu, C. S., Wang, S. C., Chang, I. S., & Lin, K. M. (2009). The association between dementia and long-term use of benzodiazepine in the elderly: nested case-control study using claims data. *The American journal of geriatric psychiatry*, 17(7), 614-620.
11. Gage SB de, Moride Y, Ducret T, Kurt T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of alzheimer's disease: case control study. *BMJ*. 9 de septiembre de 2014;349: g 5205.
12. Wu, C. S., Ting, T. T., Wang, S. C., Chang, I. S., & Lin, K. M. (2011). Effect of benzodiazepine discontinuation on dementia risk. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19(2), 151-159.
13. Muñoz Oliva, A. (2021) Desprescripción de benzodiazepinas en personas mayores con problemas de insomnio y/o ansiedad. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (2020) Informe Europeo sobre drogas.
14. Yu, Q., Liu, S., Zheng, F., Xiao, H., Guan, H. y Feng, Y. (2020). Identificación y cuantificación de metabolitos de bencimidazol de tiofonato-metilo rociados en col de apio usando extracción en fase sólida SiO₂ @ NiO en combinación con HPLC-MS/MS. *Letras químicas chinas*, 31(2), 482-486.
15. Bonnet M and Arand DL. Treatment of insomnia. Upto-Date 2013.
16. Baandrup, L., Ebdrup, B. H., Rasmussen, J. Ø., Lindschou, J., Gluud, C., & Glenthøj, B. Y. (2018). Pharmacological interventions for benzodiazepine discontinuation in chronic benzodiazepine users. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
17. Pottie, K., Thompson, W., Davies, S., Grenier, J., Sadowski, C. A., Welch, V., ... & Farrell, B. (2018). Deprescribing benzodiazepine receptor agonists: Evidence-based clinical practice guideline. *Canadian Family Physician*, 64(5), 339-351.
18. Muñoz Oliva, A. (2021) Desprescripción de benzodiazepinas en personas mayores con problemas de insomnio y/o ansiedad. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA) (2020) Informe Europeo sobre drogas.
19. Voshaar, R. C. O., Gorgels, W. J., Mol, A. J., Van Balkom, A. J., Mulder, J., Van De Lisdonk, E. H., ... & Zitman, F. G. (2006). Predictors of long-term benzodiazepine abstinence in participants of a randomized controlled benzodiazepine withdrawal program. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51(7), 445-452.
20. Parr, J. M., Kavanagh, D. J., Cahill, L., Mitchell, G., & Young, R. M. (2009). Effectiveness of current treatment approaches for benzodiazepine discontinuation: a metaanalysis. *Addiction*, 104(1), 13-24.
21. Domínguez, V., Collares, M., Ormaechea, G., & Tamosiunas, G. (2016). Uso racional de benzodiazepinas: hacia una mejor prescripción. *Revista uruguaya de medicina intena*, 1(3), 14 - 24.
22. Loscertales, H. R., Wentzky, V., Dürsteler, K., Strasser, J., Hersberger, K. E., & Arnet, I. (2017). Successful withdrawal from high-dose benzodiazepine in a young patient through electronic monitoring of polypharmacy: a case report in an ambulatory setting. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 7(5), 181-187.
23. Gosselin, P., Ladouceur, R., Morin, C.M., & Baillargeon, L. (2006). Benzodiazepine discontinuation among adults with GAD: A randomized trial of cognitive-behavioral Therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74 (5), 908-19.
24. Morin, C.M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallières, A. (2004). Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *The American Journal of Psychiatry*, 161 (2), 332-42.
25. De Pedro, I. D. L. S. Benzodiazepinas en ancianos: riesgo de abuso y efectos secundarios. *de Salud, E.* (2016). Servicio Extremeño de Salud.
26. Puche, J. F. M., Campuzano, J. A., Hernández, J. J. V., Pérez-Crespo, A. C., López, C. M., & Espallardo, G. G. (2016). Mejorar el uso de benzodiazepinas. Una experiencia comunitaria de desmedicalización. *Comunidad*, 18, 7-7.

27. Galera L, Quiles LV, Bernabeu S, Qader Kamran, Menárquez JF, Alcántara PA. Evaluación de la calidad de la prescripción de benzodiazepinas en mayores de 65 años y diseño de medidas correctoras. XXXVI congreso de la Sem FYC, 9-11 de junio de 2016.
28. González-Rodríguez, A., & Labad, J. (2020). Salud mental en tiempos de la COVID: reflexiones tras el estado de alarma. *Medicina clínica*, 155(9), 392.
29. Silveira, E. D., Errasquín, B. M., García, M. M., Vélez-Díaz-Pallarés, M., Montoya, I. L., Sánchez-Castellano, C. Y., & Cruz-Jentoft, A. J. (2015). Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPPSTART. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 50(2), 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005>
30. Domínguez-Cantero, M. (2018). Uso prolongado de benzodiazepinas en el paciente anciano. *European Journal of Health Research*, 4(2), 89-97.
31. Artagaveytia, P., Goyret, A., & Tamosiunas, G. (2018). Desafío terapéutico: desprescripción de benzodiazepinas. *Boletín Farmacológico*, 9 (1).
32. Martínez-Cengotitabengoa, M., Díaz-Gutiérrez, M. J., Besga, A., Bermúdez-Ampudia, C., López, P., Rondon, M. B., ... & González-Pinto, A. (2018). Prescripción debenzodiazepinas y caídas en mujeres y hombres ancianos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(1), 12-18.
33. Velert Vila, J., Velert Vila, M., Salar Ibáñez, L., Avellana Zaragoza, J. A., & Moreno Royo, L. (2012). Adecuación de la utilización de benzodiazepinas en ancianos desde la oficina de farmacia. Un estudio de colaboración médico-farmacéutico. *Atención Primaria*, 44(7), 402-410. DOI: 10.1016/j.aprim.2011.07.018
34. Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., & Grupo de Validación en Español de Escalas Psicométricas (GVEEP). (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 493-499.
35. Bobes, J., García-Portilla, M. P., Bascarán, M. T., Sáiz, P. A., & Bousoño, M. (2002). Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Madrid: Ars Medica.
36. Lucena, F. J. H., & Martín, F. D. F. (2002). Diseño de un programa formativo para la mejora de las habilidades sociales en personas mayores. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 9, 309-319.
37. Roca, E. (2014). *Cómo mejorar tus habilidades sociales*. Acde. Servicio Andaluz de Salud. Sistema de Gestión de Prestación Farmacéutica (FARMA). 2022
38. Vera, M.N. & Roldán, G.M. (2009) *Ansiedad Social. Manual Práctico para superar el miedo*. Ediciones Pirámide.
39. Carbonell-Cutillas, M. C., & García-Longoria, M. P. (2012). Análisis de las relaciones interpersonales y los conflictos en los centros residenciales para mayores. *Portularia*, 12(1), 17-27.
40. Smith, M.J. (1977) *Cuando digo No, me siento culpable*. Barcelona: Grijalbo.
41. García-Herrera Pérez-Bryan, J. M., Hurtado Lara, M. M., Noguera Morillas, E. V., Bordallo Aragón, A., & Morales Asencio, J. M. (2015). *Guía de práctica clínica para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada: basada en el modelo de atención por pasos en atención primaria y en salud mental*. Málaga: Hospital Regional de Málaga. Servicio Andaluz de Salud.
42. Martínez García, González Gero, Cano Hinajeros, Caniego Rodríguez, Lara Olivares, Muharram Rey. (2012). Estrategias en la retirada de benzodiazepinas: Otras alternativas. *Boletín Farmacoterapéutico de Castilla la Mancha*, 13(5), 1-7.

