



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
**ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO**  
**TESIS DOCTORAL**

Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática  
en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiazepinas  
durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de  
Cartagena

**D<sup>a</sup>. ALICIA MARTÍNEZ LÓPEZ**

**2023**





**UNIVERSIDAD DE MURCIA**  
ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO  
TESIS DOCTORAL

Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática  
en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiazepinas  
durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de  
Cartagena

Autor: D<sup>a</sup>. Alicia Martínez López

Director/es: D<sup>a</sup>. Ana M<sup>a</sup> González Cuello y D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Teresa Roldán  
Chicano





**DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD  
DE LA TESIS PRESENTADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE DOCTOR**

*Aprobado por la Comisión General de Doctorado el 19-10-2022*

D./Dña. ALICIA MARTÍNEZ LÓPEZ

doctorando del Programa de Doctorado en

Ciencias de la Salud

de la Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad Murcia, como autor/a de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor y titulada:

EFFECTIVIDAD DE UNA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA TELEMÁTICA EN MUJERES CON ANSIEDAD CONSUMIDORAS DE BENZODIACEPINAS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN CENTRO DE SALUD DE CARTAGENA

y dirigida por,

D./Dña. Ana María González Cuello

D./Dña. María Teresa Roldán Chicano

D./Dña.

**DECLARO QUE:**

La tesis es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, de acuerdo con el ordenamiento jurídico vigente, en particular, la Ley de Propiedad Intelectual (R.D. legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), en particular, las disposiciones referidas al derecho de cita, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

*Si la tesis hubiera sido autorizada como tesis por compendio de publicaciones o incluyese 1 o 2 publicaciones (como prevé el artículo 29.8 del reglamento), declarar que cuenta con:*

- La aceptación por escrito de los coautores de las publicaciones de que el doctorando las presente como parte de la tesis.*
- En su caso, la renuncia por escrito de los coautores no doctores de dichos trabajos a presentarlos como parte de otras tesis doctorales en la Universidad de Murcia o en cualquier otra universidad.*

Del mismo modo, asumo ante la Universidad cualquier responsabilidad que pudiera derivarse de la autoría o falta de originalidad del contenido de la tesis presentada, en caso de plagio, de conformidad con el ordenamiento jurídico vigente.

En Murcia, a 12 de septiembre de 2023

Fdo.: Alicia Martínez López

*Esta DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y ORIGINALIDAD debe ser insertada en la primera página de la tesis presentada para la obtención del título de Doctor.*

Información básica sobre protección de sus datos personales aportados	
Responsable:	Universidad de Murcia. Avenida teniente Flomesta, 5. Edificio de la Convalecencia. 30003; Murcia. Delegado de Protección de Datos: dpd@um.es
Legitimación:	La Universidad de Murcia se encuentra legitimada para el tratamiento de sus datos por ser necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. art. 6.1.c) del Reglamento General de Protección de Datos
Finalidad:	Gestionar su declaración de autoría y originalidad
Destinatarios:	No se prevén comunicaciones de datos
Derechos:	Los interesados pueden ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación, oposición, limitación del tratamiento, olvido y portabilidad a través del procedimiento establecido a tal efecto en el Registro Electrónico o mediante la presentación de la correspondiente solicitud en las Oficinas de Asistencia en Materia de Registro de la Universidad de Murcia





UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

D<sup>a</sup>. Ana María González Cuello, Profesor Titular de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiazepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena", realizada por D<sup>a</sup>. ALICIA MARTÍNEZ LÓPEZ, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 12 de septiembre de 2023

*Ana Gonzalez Cuello*

Código seguro de verificación: RUxFMo5G-AgknTbMT-zN3BE3jb-6ovjt2rs

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>





UNIVERSIDAD DE  
**MURCIA**

D<sup>a</sup>. M<sup>a</sup> Teresa Roldán Chicano, Doctora de Universidad del Área de Enfermería en el Departamento de Enfermería, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiazepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena", realizada por D<sup>a</sup>. ALICIA MARTÍNEZ LÓPEZ, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 14 de septiembre de 2023

Firmado por ROLDAN  
CHICANO MARIA  
TERESA - \*\*1862\*\*  
el día 14/09/2023  
con un certificado





## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer primeramente a todas las personas que han hecho posible que pueda empezar, desarrollar y, sobre todo, finalizar mi tesis. Primeramente, me gustaría contar cómo fue mi primer contacto con el mundo de la investigación. Este ocurre cuando hice el curso de adaptación al grado en 2013-2014; seguí investigando, y lo que me animó en este nuevo camino, fue un primer premio conseguido en un congreso en la Universidad de Murcia, el cual me dio el impulso para saber que estaba siguiendo el camino correcto.

Tras completar mi formación como Enfermera Interna Residente de Familiar y Comunitaria (EIR), mi fantástica tutora de EIR, me transmitió ese amor por la investigación y por supuesto, más aún por la Atención Primaria. Ella contribuyó a que desarrollara esa semilla en mí, la cual germinó cuando acabé mi formación. Ya como Enfermera Especialista en el 2018, inicié este gran y fascinante proyecto. ¡Muchas gracias, Montserrat Molas por este gran comienzo y motivación!

Tras 5 años de esfuerzo, dedicación, constancia, sacrificio, dolores de cabeza, muchas horas invertidas, y una pandemia interminable de por medio, perseveré a pesar de todo, la ilusión, ganas de desarrollarlo y de sacarlo adelante, lo que ha hecho que consiga completar mi trabajo y haber desarrollado una investigación pionera, que por supuesto, no podría haberla llevado a cabo sin la ayuda de muchas personas y organismos.

En primer lugar, cabe destacar que no hubiera sido posible realizarlo sin el apoyo, orientación, aprobación y correcciones de mis tutoras de la Tesis: Ana M<sup>a</sup> González Cuello y María Teresa Roldán Chicano.

El poder desarrollar y llevar a cabo mi proyecto fue gracias a mi coordinadora y amiga, Caridad Cervantes Marín, la que al preguntar si podría llevar a cabo mi intervención en el Centro de Salud de Los Dolores (Cartagena), no se pensó la respuesta, y me dijo un sí rotundo, y sin peros. Además de animarme a no decaer en el camino y no poniéndome ninguna traba para poder llevarlo a cabo y completarlo, pese a las grandes dificultades y cambios de protocolos prácticamente semanales, a las que nos enfrentamos durante toda la pandemia en el Centro de Salud.

Agradecer también al Servicio Murciano de Salud, y que fue el organismo que me otorgó tras solicitarlos, todos los permisos que necesitaba para poder realizarla en el Centro de Salud de Los Dolores.

También agradecer por supuesto, a mis compañeras de trabajo que han colaborado y me han ayudado a realizar la intervención, como son: Caridad Cervantes, María José Riquelme y Ana María Conesa, ¡muchas gracias, compañeras, lo hicimos genial y sin vuestra ayuda no hubiera sido posible!

Quiero mencionar a la persona que ha permitido poder dar forma, sustento, base, cálculo estadístico, resultados y paciencia en mi Tesis Doctoral, y aguantando muchas horas de reuniones, ha sido gracias a la gran labor efectuada por mi estadístico colaborador.

Y por supuesto y no menos importante, detrás de todo el trabajo de campo, ha sido un gran refuerzo incondicional el apoyo de mis padres, hermano y amigos que también han hecho posible que no flaquearan mis fuerzas, a pesar de las dificultades personales, e incluso que aumentaran mis ánimos para seguir con mi proyecto adelante. Como mención especial doy las gracias a mi pareja, que no me ha permitido “tirar la toalla” en ningún momento a pesar de todo. Por lo que, gracias a todos y cada uno de vosotros; os debo una parte de esta Tesis y por ello, siempre estaré agradecida.

Por último, esta Tesis me ha hecho seguir sintiendo, demostrar mi amor por la investigación, poder crecer profesionalmente, adquirir nuevas competencias profesionales y personales, además de tener la oportunidad de poder desarrollar este gran proyecto novedoso e innovador para ayudar a la sociedad con este problema cada vez más habitual, que es la ansiedad centrada sobre todo en mujeres y acrecentada por la pandemia vivida en estos últimos años. Por todo y para todos, espero poder continuar investigando para seguir aportando mi granito de arena a la sociedad, creando ciencia que permita incrementar nuestro desarrollo profesional.

Siempre agradecida, Alicia.

**¡¡MUCHAS GRACIAS!!**

**RESULTADOS PARCIALES DE LA PRESENTE TESIS DOCTORAL, DIFUNDIDOS Y PUBLICADOS EN LOS SIGUIENTES CONGRESOS Y JORNADAS DE INTERÉS SANITARIO NACIONAL E INTERNACIONAL**

Martínez López, A., González Cuello, A.M., Roldán Chicano, M.T., Cervantes Marín, C., Conesa Morales, A.M. y Riquelme Hurtado, M.J. (2022). Intervenciones de enfermería psicoeducativas presenciales y on-line, para el manejo de la ansiedad: revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*. 21(4), 531–561. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.503401>.



## RESUMEN

*Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiazepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena.*

### INTRODUCCIÓN

Existe una importante relación entre ansiedad, consumo de benzodiazepinas (BZD) y género, ya que ambos son el doble de frecuente en mujeres que en hombres. Los efectos secundarios y adicción a las BZD han acrecentado la necesidad de desarrollar tratamientos alternativos y/o complementarios. Las intervenciones grupales psicoeducativas han demostrado ser eficaces para disminuir la ansiedad. Hasta ahora, en su mayoría, eran presenciales y estaban lideradas por diversos profesionales, constatándose poca evidencia sobre la eficacia cuando son realizadas íntegramente por enfermeras, e incluso menos las desarrolladas telemáticamente.

### OBJETIVO

Evaluar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática durante la pandemia por COVID-19, desarrollada por enfermeras en mujeres con trastorno de ansiedad leve/moderado consumidoras de BZD, pertenecientes a la zona básica de salud de Los Dolores del Área de Salud II (Cartagena), sobre el nivel de ansiedad y consumo de BZD.

### METODOLOGÍA

Estudio de investigación cuantitativo analítico cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo, llevado cabo a través de una cohorte experimental de tipo pre-post, desarrollando una intervención grupal psicoeducativa telemática con entrenamiento en técnicas de relajación en mujeres con ansiedad leve/moderada que consumían BZD, llevada a cabo en seis sesiones semanales y un seguimiento posterior a los seis meses. Para el cribado y entrevista inicial, se usó la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS). La intervención evaluó la diferencia en el consumo de BZD mediante el Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ), y cuantificó el grado de ansiedad a través del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Para el análisis estadístico se evaluaron posibles asociaciones entre variables categóricas. Las diferencias experimentadas se calcularon mediante la prueba de los signos, para variables cuantitativas, y el test de McNemar-Bowker para las cualitativas. Se elaboró posteriormente un estudio de regresión logística para identificar el resultado que obtendría un paciente que realizase el tratamiento.

## **RESULTADOS**

Se analizó una muestra final de quince mujeres, con una edad media de 40,26 ( $\pm 15,5$ ) años. El mayor consumo de hipnosedantes en el Centro de Salud se produjo en el grupo etario de 45-64 años. El 65% acudían al Centro de Salud antes de la intervención para tratar su ansiedad, consumiendo, en su mayoría, Orfidal®. Laboratorio: Pfizer, S.L. Encontramos diferencias significativas en la mayoría de los análisis realizados, sobre todo en el estudio de regresión múltiple, donde se constató una mejora de los resultados en el test BWSQ con los tratamientos PRE-POST de 4 puntos, y del PRE-6 meses de 5 puntos. Los resultados de la subescala STAI-E mostraron que la intervención no produjo una reducción significativa de los síntomas de ansiedad que media dicha escala. El test BWSQ evidenció el éxito de la intervención enfermera en la deshabitación y abandono de BZD, tanto al final del programa como a los seis meses del mismo. La intervención consiguió que más del 80% disminuyeran las visitas del CS para tratar su ansiedad. Tras el taller un 45% de las mujeres redujo o cesó el consumo de BZD, manteniéndose a los seis meses post intervención en un 27%. Tras la intervención más del 90% de las pacientes confirmó la efectividad del aprendizaje telemático y más del 80% manifestó una mejora en su calidad de vida. Un 90% de ellas continuaban 6 meses después realizando técnicas de relajación.

## **CONCLUSIONES**

Los resultados de la intervención psicoeducativa telemática confirman su efectividad como alternativa para el tratamiento de la ansiedad, sobre todo, en relación con la disminución de BZD consumidas, incluso 6 meses después, consiguiendo resultados estadísticamente significativos con la prueba BWSQ, evidenciados con diferencias estadísticas notables entre los tratamientos.

## ABSTRACT

*Effectiveness of a telematic psychoeducational group intervention in women with anxiety who were benzodiazepine users during the COVID-19 pandemic in a Cartagena Health Center.*

## INTRODUCTION

There is an important relationship between anxiety, benzodiazepine (BZD) use and gender, since both are twice as frequent in women than in men. The side effects and addiction to BZD have increased the need to develop alternative and/or complementary treatments. Psychoeducational group interventions have proven to be effective in reducing anxiety. Until now, most of them were face-to-face and were led by different professionals, with little evidence of efficacy when they are carried out entirely by nurses, and even less when they are developed telematically.

## OBJECTIVE

To evaluate the effectiveness of a telematic psychoeducational group intervention during the COVID-19 pandemic, developed by nurses in women with mild/moderate anxiety disorder who consume BZD, belonging to the basic health zone of Los Dolores of Health Area II (Cartagena), on the level of anxiety and BZD consumption.

## METHODOLOGY

Quasi-experimental, longitudinal, and prospective analytical quantitative research study, carried out through a pre-post experimental cohort, developing a telematic psychoeducational group intervention with training in relaxation techniques in women with mild/moderate anxiety who consumed BZD, carried out in six weekly sessions and a follow-up after six months.

For the screening and initial interview, the Hamilton Anxiety Scale (HARS) was used. The intervention evaluated the difference in BZD consumption through the Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire (BWSQ) and quantified the degree of anxiety through the State-Trait Anxiety Questionnaire (STAI). For statistical analysis, possible associations between categorical variables were evaluated. The differences experienced were calculated using the sign test for quantitative variables and the McNemar-Bowker test for qualitative variables. A logistic regression study was subsequently developed to identify the result that a patient who underwent the treatment would obtain.

## **RESULTS**

A final sample of fifteen women was analyzed, with an average age of 40.26 ( $\pm 15.5$ ) years. The highest consumption of hypnotosedatives at the health center occurred in the age group of 45-64 years. 65% went to the health center before the intervention to treat their anxiety, mostly consuming Orfidal®. Laboratory: Pfizer, S.L.

We found significant differences in most of the analyzes carried out, especially in the multiple regression study, where an improvement in the results in the BWSQ test was found with the PRE-POST treatments of 4 points, and the PRE-6 months of 5 points. The results of the STAI-E subscale showed that the intervention did not produce a significant reduction in the anxiety symptoms mediated by said scale. The BWSQ test demonstrated the success of the nursing intervention in weaning and abandoning BZD, both at the end of the program and six months after it. The intervention caused more than 80% to reduce visits from the health center to treat their anxiety. After the workshop, 45% of the women reduced or stopped BZD consumption, remaining at 27% six months after the intervention. After the intervention, more than 90% of the patients confirmed the effectiveness of telematic learning and more than 80% reported an improvement in their quality of life. 90% of them continued using relaxation techniques 6 months later.

## **CONCLUSIONS**

The results of the telematic psychoeducational intervention confirm its effectiveness as an alternative for the treatment of anxiety, especially in relation to the decrease in BZD consumed, even 6 months later, achieving statistically significant results with the BWSQ test, evidenced by notable statistical differences. between treatments.

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS ..... XXI

ÍNDICE DE FIGURAS .....XXV

ABREVIATURAS..... XXIX

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN ..... 1

PARTE I: MARCO TEÓRICO..... 11

Capítulo 1: Definición de ansiedad e insomnio ..... 13

Capítulo 2: Características generales de las BZD ..... 35

Capítulo 3: Cuidados enfermeros en el consumo de BZD ..... 63

Capítulo 4: Los trastornos de ansiedad y su relación con el género ..... 67

Capítulo 5: Datos y cifras de la ansiedad y consumo de BZD en mujeres ..... 85

Capítulo 6: tratamiento alternativo de la ansiedad en AP para la pandemia por COVID-19 ..... 115

Capítulo 7: Hipótesis y objetivos ..... 141

PARTE II: METODOLOGÍA..... 145

Capítulo 8: Material y método, Diseño metodológico ..... 147

PARTE III: RESULTADOS ..... 191

Capítulo 9: Resultados ..... 193

Capítulo 10: discusión ..... 251

Capítulo 11: Limitaciones ..... 275

Capítulo 12: Conclusiones ..... 279

Referencias bibliográficas ..... 281

Apéndices ..... 315

Anexos: ..... 323



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos ..... 15

Tabla 2. Diferencias entre la ansiedad normal y patológica ..... 17

Tabla 3. DdE Ansiedad y los NOC y NIC con los que se relaciona..... 26

Tabla 4. Fases de la entrevista semiestructurada ..... 29

Tabla 5. Principales características farmacocinéticas y aplicaciones de las diferentes BZD ..... 39

Tabla 6. Diferencias entre el estereotipo masculino y el femenino ..... 70

Tabla 7. Consumo de psicofármacos en mujeres ..... 93

Tabla 8. Consumo de psicofármacos en hombres ..... 94

Tabla 9. Porcentaje según clase social de las mujeres..... 95

Tabla 10. Porcentaje según clase social de los hombres..... 95

Tabla 11. Porcentaje de consumo de medicamento con o sin recetas según edad en mujeres ..... 96

Tabla 12. Porcentaje de consumo de medicamento con o sin recetas según edad en hombres ..... 96

Tabla 13. Prevalencia de ansiedad crónica en mujeres y hombres según características sociodemográficas ..... 97

Tabla 14. Evolución de la ansiedad crónica con el tiempo..... 98

Tabla 15. Quejas más frecuentes en atención primaria ..... 112

Tabla 16. Resumen revisión de literatura científica..... 135

Tabla 17. Cronograma del estudio ..... 157

Tabla 18. Categorías del STAI. Puntuaciones para interpretación..... 167

Tabla 19. Contenido de la primera sesión..... 173

Tabla 20. Contenido de la segunda sesión ..... 174

Tabla 21. Contenido de la tercera sesión..... 175

Tabla 22. Contenido de la cuarta sesión .....	177
Tabla 23. Contenido de la quinta sesión .....	177
Tabla 24. Contenido de la sexta sesión .....	179
Tabla 25. Para el test de STAI-E Pre tomando las medidas en percentiles .....	218
Tabla 26. Resultados para el test de STAI-E POST tomando las medidas en percentiles .....	218
Tabla 27. Distribución sobre la mediana PRE tratamiento .....	219
Tabla 28. Distribución sobre la mediana POST tratamiento.....	219
Tabla 29. Distribución sobre la mediana a los 6 meses del tratamiento.....	219
Tabla 30. Puntuaciones Pre para el BWSQ .....	221
Tabla 31. Puntuaciones Post para el BWSQ.....	222
Tabla 32. Puntuaciones a los 6 Meses para el BWSQ.....	222
Tabla 33. Resultados PRE para el gráfico Boxplot .....	223
Tabla 34. Resultados POST para el gráfico Boxplot .....	223
Tabla 35. Resultados a los 6 meses para el gráfico Boxplot.....	223
Tabla 36. Resultados de la prueba de los signos para el caso PRE y POST .....	225
Tabla 37. Resultados de la prueba de los signos para el caso PRE y 6 Meses.....	225
Tabla 38. Disminución del número de visitas tras el tratamiento .....	227
Tabla 39. Disminución del número de visitas al CS por ansiedad en los seis meses .	227
Tabla 40. Uso de las técnicas de relajación a los seis meses de la intervención.....	228
Tabla 41. Consumo de BZD en los seis meses posteriores al taller .....	228
Tabla 42. Resultados obtenidos después del tratamiento.....	229
Tabla 43. . Resultados obtenidos para los 6 meses.....	229
Tabla 44. Desviaciones típicas: datos PRE.....	230
Tabla 45. Desviaciones típicas: datos POST .....	230

Tabla 46. Medias: datos PRE..... 231

Tabla 47. Medias: datos POST ..... 231

Tabla 48. Resultados obtenidos en el modelo final ..... 233

Tabla 49. Otros resultados del modelo final ..... 233

Tabla 50. Bootstrap Statistics..... 234

Tabla 51. Estimaciones ..... 235

Tabla 52. Resultados referentes al estudio de regresión PRE-POST ..... 236

Tabla 53. Resultados referentes al estudio de regresión PRE-6 meses ..... 245



**ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Representación de la clasificación de los trastornos de ansiedad ..... 20

Figura 2. Mecanismo neurobiológico de la adicción producida por BZD..... 52

Figura 3. Consumo de psicofármacos en mujeres mayores de 65 años..... 94

Figura 4. Consumo de psicofármacos en hombres ..... 94

Figura 5. Consumo de medicamento con o sin recetas según edad en mujeres ..... 96

Figura 6. Hipnosedantes con y sin receta en hombres ..... 97

Figura 7. Aproximación al perfil de mujeres que padecen ansiedad crónica..... 98

Figura 8. Evolución de la ansiedad entre 2011 y 2017..... 99

Figura 9. Prevalencia de mujeres y hombres con “alguna enfermedad mental” en Murcia respecto a 2017 ..... 102

Figura 10. Fórmula de bioestadística usada en esta intervención ..... 150

Figura 11. Flujograma de la intervención, elaboración propia..... 155

Figura 12. Elementos de escala invertida en cada una de las subescalas ..... 166

Figura 13. Para calcular la PD obtenida en ambas subescalas ..... 167

Figura 14. Descripción en porcentajes de los grupos de edad en las personas evaluadas ..... 193

Figura 15. Histograma de frecuencias sobre las edades de las mujeres intervenidas 194

Figura 16. Histograma de porcentajes de los grupos de edad de las mujeres intervenidas ..... 195

Figura 17. Nivel de estudios de individuos participantes en la investigación ..... 196

Figura 18. Situación laboral de las mujeres que fueron parte de la investigación ..... 197

Figura 19. Mujeres que padecían ansiedad antes de la intervención..... 198

Figura 20. Mujeres tratadas previamente por profesionales de la salud mental ..... 199

Figura 21. Porcentaje de mujeres que visitó, al menos una vez en un año, un centro de Salud para tratar su ansiedad ..... 200

Figura 22. Visitas a centros de atención primaria por ansiedad en el último año (2020-2021).....	201
Figura 23. Tipo de tratamiento implementado.....	202
Figura 24. Descripción del uso de otras terapias no farmacológica .....	203
Figura 25. Porcentaje por realización de terapia grupal previa .....	204
Figura 26. Porcentaje sobre la realización de terapias previas de relajación .....	205
Figura 27. Toma de otros fármacos recetados.....	206
Figura 28. Valoración de la toma de otros fármacos recetados .....	207
Figura 29. Porcentaje con base en la fecha de comienzo de la medicación antes del taller .....	208
Figura 30. Porcentaje acerca del consumo de estimulantes .....	209
Figura 31. Porcentajes de otras enfermedades orgánicas .....	210
Figura 32. Porcentaje por la presencia de otras patologías mentales asociadas.....	211
Figura 33. Utilidad del aprendizaje a través de la vía telemática .....	212
Figura 34. Efectividad de las técnicas de relajación realizadas por vía telemática a través de Zoom.....	213
Figura 35. Consumo de medicación tras finalizar el taller .....	214
Figura 36. Porcentaje sobre la disminución del número de visitas al centro de atención primaria por ansiedad a los 6 meses de finalizado el taller. ....	215
Figura 37. Porcentaje de consumo en la medicación a los seis meses de finalizado el taller. ....	216
Figura 38. Uso de técnicas de relajación tras los 6 meses del taller .....	216
Figura 39. Percepción de la mejora en la calidad de vida al completar el taller .....	217
Figura 40. Valores del test STAI-E 6 Meses .....	218
Figura 41. Distribución alrededor de la mediana para el test de STAI-E PRE .....	220
Figura 42. Distribución alrededor de la mediana para el test de STAI-E POST .....	220

Figura 43. Distribución alrededor de la mediana para el test de STAI-E 6 Meses ..... 221

Figura 44. Gráfico Boxplot..... 222

Figura 45. Distribución alrededor de la mediana para el test BWSQ PRE ..... 224

Figura 46. Distribución alrededor de la mediana para el test BWSQ POST..... 224

Figura 47. Distribución alrededor de la mediana para el test BWSQ 6 Meses..... 225

Figura 48. Normal-QQ que compara a los residuos estandarizados con una distribución normal teórica ..... 238

Figura 49. Residuals vs. Fitted..... 239

Figura 50. Boxplot número 2 ..... 240

Figura 51. Final Model..... 242

Figura 52. Gráfico Normal-QQ ..... 247

Figura 53. Residuals vs. Fitted número 2..... 248

Figura 54. Boxplot número 3 ..... 249



## ABREVIATURAS

**(BZD)** benzodiazepinas

**(OMS)** Organización Mundial de La Salud en 2019

**(AP)** Atención Primaria

**(NA)** Noradrenalina

**(SNC)** Sistema Nervioso Central

**(MSCBS)** Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social

**(OEDA)** Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones

**(INE)** Instituto Nacional de Estadística

**(ENSE)** Encuesta Nacional de Salud de España

**(EDADES)** Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España

**(PNSD)** Plan Nacional Sobre Drogas

**(DGPNSD)** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas

**(TMC)** trastornos mentales comunes

**(SS)** Sistema Sanitario

**(GPC)** Guía de Práctica Clínica

**(DeCS)** Descriptores en Ciencias de la Salud

**(MeHS)** Medical Subject Headings

**(MHD)** Medidas Higiénico-Dietéticas

**(IAM)** Infarto Agudo de Miocardio

**(APA)** Asociación de Psiquiatras Americanos

**(TAG)** Trastorno de ansiedad generalizada

**(TCA)** Crisis de angustia

**(TOC)** Trastorno obsesivo-compulsivo

**(TEP)** Trastorno de estrés postraumático

**(FSCO)** Fobia social

**(SNS)** Sistema Nacional de Salud

**(ISRS)** Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina

**(IRSN)** Inhibidor de la Recaptación de Serotonina y Norepinefrina

**( $t_{1/2}$ )** Vida Media de Eliminación

**(h)** horas

**(CIE-10)** Clasificación Internacional de Enfermedades

**(DSM-IV-TR)** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

**(DSM-IV-TR-AP)** Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Atención Primaria

**(GABA<sub>A</sub>)** Receptores A del Ácido Gamma-Aminobutírico

**(VO)** Vía Oral

**(IM)** Vía Intramuscular

**(IV)** Vía Intravenosa

**(MG)** Miligramos

**(DA)** Concentración de Dopamina

**(NAC)** Núcleo Accumbens

- (AVT)** Área Ventral Tegmental
- (MAO)** Inhibidores de la Monoaminoxidasa
- (EPS)** Educación Para la Salud
- (EPOC)** Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- (NANDA)** North American Nursing Diagnosis Association
- (NOC)** Nursing Outcomes Classification
- (NIC)** Nursing Interventions Classification
- (CC. AA)** Comunidades Autónomas
- (STAI)** Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo
- (HARS)** Escala de Ansiedad de Hamilton
- (BWSQ)** Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire
- (EFyC)** Enfermería Familiar y Comunitaria
- (CS)** Centro de Salud
- (CAP)** Centro de Atención Primaria
- (ZBS)** Zona Básica de Salud
- (SMS)** Servicio Murciano de Salud
- (CI)** Consentimiento Informado
- (CEI)** Comité de Ética de Investigación
- (EAP)** Equipo de Atención Primaria
- (SNS)** Sistema Nervioso Simpático
- (SNPS)** Sistema Nervioso Parasimpático

**(CIAP-2)** Clasificación Internacional de la Atención Primaria

**(TD)** Tesis Doctoral

**(HC)** Historia Clínica

**(ABVD)** Actividades Básicas de la Vida Diaria

**(UCI)** Unidad Cuidados Intensivos

**(TICs):** Tecnologías de la Información y Comunicación

**(RV)** Realidad Virtual

**(apps)** Aplicaciones para Móviles

**(TCC)** Terapia Cognitivo Conductual

**(TCCI)** Terapia Cognitivo Conductual por Internet

**(MAP)** Médico de Atención Primaria

**(PC)** Ordenador Personal

**(PD)** Puntuación Directa

**(ECAS)** Ensayos Controlados Aleatorizados

**(ECA)** Ensayo Controlado Aleatorizado

**(CdV)** Calidad de Vida

**(SMS)** Servicio Murciano de Salud

**(DHD)** Dosis por día por mil habitantes

**(HTA)** Hipertensión Arterial

**(ERC)** Enfermedad Renal Crónica





## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El ritmo de vida de la sociedad actual condiciona la aparición de acontecimientos estresantes con más frecuencia, los cuales favorecen el auge y aumento de incidencia de los trastornos de ansiedad en la población. Al respecto, la Organización Mundial de La Salud (OMS) declaró en 2019 que: “Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias constituyen el 10 % de la carga mundial de morbilidad y el 30 % de las enfermedades no mortales” (OMS, 2019). Por otro lado, la pandemia acaecida por la COVID-19 en estos últimos años ha supuesto una circunstancia extraordinaria y ha impuesto un autoaislamiento a gran escala de la población mundial, lo que ha provocado muchas consecuencias indeseables en muchos aspectos, incluida la salud mental (Herrero, 2020). Los efectos de esta pandemia se asocian con ansiedad, depresión, angustia, trastornos del sueño y tendencias suicidas (Sher, 2020). Así, un estudio reciente de Well Being Trust, explicó que los altos niveles de estrés, aislamiento y desempleo debido a la COVID-19 podrían causar hasta 75,000 “muertes por desesperación” relacionadas a muertes por drogas, alcohol y suicidio (Pettersen *et al.*, 2020). También se reconoce que los efectos de la pandemia han ocasionado importantes cambios en diferentes patrones de consumo de sustancias como alcohol, psicofármacos, analgésicos mayores o drogas estimulantes, entre otras, utilizadas en este contexto para “aliviar el displacer” (Pascale, 2020). En este tipo de situaciones sin precedentes, es difícil predecir con precisión (y por lo tanto estimar) las consecuencias psicológicas y emocionales en la población general.

Estudios de China, el primer país afectado por la crisis pandémica de COVID-19, indican que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre están relacionados con el desarrollo de trastornos como el estrés, la ansiedad, la depresión, la somatización y conductas adversas como el aumento consumo de alcohol y tabaco (da Silva *et al.*, 2020). Todo ello justifica la importancia de investigar el impacto psicológico generado por esta pandemia a fin de desarrollar nuevas estrategias que reduzcan las repercusiones ocasionadas y fomenten el bienestar psicológico, entendido como un factor de prevención de enfermedades mentales. Pero la investigación (y su promoción) no debe

centrarse solo en los efectos negativos de estas situaciones estresantes. Más bien, debe incentivarse al mismo tiempo la investigación de nuevas terapias que ayuden a remediar este gran problema (Ozamiz-Etxebarria *et al.*, 2020).

Según la OMS, la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas y se calcula que en España el 67,5% de la población en algún momento de su vida pasa por un trastorno de ansiedad o del estado de ánimo. De hecho, en un estudio realizado en Asturias, el 37,9% de los pacientes que acudían a consultas de atención primaria (AP) consumían psicofármacos (Martínez *et al.*, 2021). Además, los trastornos de ansiedad son de especial interés pues forman el grupo de trastornos mentales más comunes de la población general y en los que la comorbilidad es altamente frecuente, sobre todo con los trastornos depresivos (Pastor, 2014).

Entre los fármacos que se utilizan para el tratamiento de dichos trastornos de ansiedad destacan las benzodiazepinas (BZD), fármacos activos a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC) usados principalmente en el tratamiento de la ansiedad e insomnio y cuyo principal efecto es ansiolítico, pero también poseen efectos hipnótico-sedantes, anticonvulsivantes y miorelajantes, entre otros (Moreno y García, 2011). Ahora bien, se sabe que existe abuso en el uso de ansiolíticos recetados para los trastornos de ansiedad, y como las BZD tienen una latencia corta desde el inicio hasta los efectos calmantes o sedantes, resultan muy atractivas para las personas que abusan de sustancias (Hirschtritt *et al.*, 2021).

En España el consumo de ansiolíticos y antidepresivos ha ido en aumento durante los últimos años. Según un informe del Centro Europeo de Monitoreo de Drogas y Adicción, este aumento se debe a la necesidad de los usuarios de combatir la ansiedad provocada por la pandemia y el confinamiento. En el informe sobre utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España se puede notar una tendencia creciente en el consumo de BZD en España desde el año 2010 hasta el 2021. En 2010, la DHD (Dosis por día por mil habitantes) fue de 83.04832 mientras que para 2021, la DHD había aumentado a 93.30444. Esto indica un incremento en la prevalencia del uso de estas drogas en la población del 12.35% en el consumo de BZD desde 2010 hasta 2021. Además, al calcular la tasa de crecimiento anual compuesto (CAGR, por sus siglas

en inglés) El consumo de BZD ha aumentado en promedio un 1.12% cada año entre 2010 y 2021. En la categoría de ansiolíticos (N05B) el consumo general ha aumentado a lo largo del tiempo, desde 54.90320 DHD en 2012 hasta 59.21625 DHD en 2021 (AEMPS, 2021). Según una investigación realizada en Portugal, estas cifras tan altas se deben a un "efecto acumulativo" (Estrela *et al.*, 2020).

Por otro lado, un informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes ha constatado que España es el primer país del mundo importador de Clorazepato en el año 2021 (Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes, 2023). Esta tendencia no sorprende, pues, un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ya avisaba en 2015 que España era el segundo país de Europa en consumo de tranquilizantes para ese entonces. Además, la presencia de psicólogos clínicos en AP en los centros de salud mental es inferior a la recomendada por la Unión Europea, de modo que la posibilidad de ofrecer un abordaje psicológico como primera opción de tratamiento se ve sustituida por la prescripción de fármacos (García-Martínez, 2021). Además, antes se relacionaba un alto riesgo de probabilidad de trastornos mentales solo a personas con enfermedades mentales preexistentes o con antecedentes familiares, pero ahora también se pueden considerar como categorías vulnerables o predispuestas a los ancianos (>80 años), niños/adolescentes, personas de áreas desfavorecidas y minorías (etnias negras, asiáticas, etc.) (Gunnell *et al.*, 2020).

Se suma el componente de género al revisar la literatura. Inclusive, si se analizan estudios recientes como los realizados por El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS), se obtienen datos que corroboran la existencia y gravedad del problema referente al sobrediagnóstico, sobretratamiento y la relación de los trastornos de ansiedad con el género femenino. En este mismo contexto, según la Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE, 2017) más de una de cada diez personas de 15 y más años refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (10,8 %). Por otro lado, señala que las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres, 14,1 % frente a 7,2 % (ENSE, 2017). En cuanto al porcentaje de ansiedad, el 6,7 % de los adultos refieren ansiedad crónica (9,1 % de las

mujeres y 4,3 % de los hombres) lo cual demuestra que la ansiedad se presenta en más del doble de las mujeres que en hombres (ENSE, 2017). Y, específicamente hablando, del consumo de BZD, el 10,7 % de la población de 0 y más años consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13,9 % en mujeres y 7,4 % de los hombres) (ENSE, 2017).

En cuanto los datos referentes al estudio de “Encuesta sobre alcohol y drogas en España” (EDADES 2017) sobre el consumo y la relación con el género de los hipnosedantes, así como de la patología para la que fueron recetados, se corrobora que el perfil consumidor lo forman en un 63,9 % las mujeres, con una edad media de 47,5 años, y de ellas, un 34,2 % padecen de ansiedad. Por su parte, los datos referentes al estudio elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad correspondiente a “La Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024” y titulado “Plan de acción sobre adicciones 2018-2020”, revela que las edades con más prevalencia de consumo de hipnosedantes son: en primer lugar, de 45-54 años con un 3,6 % y, en segundo lugar, de 55-64 años con un 3,4 % (PNSD, 2018-2020). Por último, señala que los nuevos consumidores de hipnosedantes según la OEDA corresponden en un 67 % a mujeres, y a su vez registra el mayor porcentaje de personas que inician el consumo, en las mujeres de 45 a 54 años (PNSD, 2018-2020). Con ello se establece claramente que las edades con más prevalencia en el consumo de BZD son los años entre 45 a 64 y que la prevalencia del consumo de BZD se encuentra dos veces más en mujeres, y en relación directa, con el aumento de edad de estas (PNSD, 2018-2020). Tratándose de la Región de Murcia, los datos no se alejan mucho de los índices nacionales. Así, en esta región un 12,2 % de mujeres y un 8,2 % de hombres sufrieron “alguna enfermedad mental” en los últimos 12 meses estudiados (ENSE, 2017).

La marcada diferencia entre hombres y mujeres puede tener su origen en aspectos socioculturales, ya que las mujeres se vinculan según el modelo tradicional, a una mayor vulnerabilidad y a manifestar con un mayor número de quejas sus dolencias, en comparación con el hombre que prototípicamente aguanta y calla. A su vez, existen diversos factores desencadenantes del malestar de las mujeres, que en muchos casos se somatizan generando una sintomatología física.

Así la ansiedad, el estrés y depresión son los malestares más reconocidos por las mujeres y una gran proporción trata de aliviarlos con psicofármacos (García- Mina, 2006). Por lo tanto, el componente de género es un factor clave. De hecho, Özdin & Bayrak Özdin, (2020) detectaron como factores de riesgo para la ansiedad: el tener antecedentes de enfermedades psiquiátricas previas, vivir en áreas urbanas y el género femenino.

Otros investigadores, hablando del aumento en el consumo de los psicofármacos como Nuria Romo *et al.*, (2003) afirmaron que: “No puede explicarse solo por un aumento de los trastornos mentales comunes (TMC), sino que hay que pensar en la creciente medicalización de los malestares, especialmente de los de las mujeres a las que se les está prescribiendo psicofármacos para malestares inespecíficos sin diagnóstico psicopatológico.” (Velasco, 2009, p. 275). Afirmación que revela una tendencia señalada por numerosos estudios que, desde el campo de la salud y otros afines, vienen refiriendo con preocupación el fenómeno de “patologizar y medicalizar” como una tendencia en franco incremento a los malestares psicosociológicos (Dueñas, 2019).

Se cree que la creciente medicalización de los malestares de la mujer a las que no se les ha dado una etiqueta diagnóstica específica, y para la que se le prescriben diversos fármacos en un intento de paliar su malestar, se produce debido a la medicalización de todo proceso, muchas veces con diagnósticos genéricos sin ahondar en la verdadera causa de sus problemas. A este fenómeno se le ha llamado “la tranquilidad recetada”.

Dicha medicalización contribuye a la cronificación pasiva, a una mayor dependencia del Sistema Sanitario (SS) asociada a una mayor dificultad para la autonomía personal que merma el empoderamiento femenino y que disminuye la autorresponsabilidad para la búsqueda de cambios sociales y personales (Velasco, 2009).

Esto plantea un reto importante para la sociedad occidental, tanto desde el punto de vista económico, como ético, y en especial con aquellas sustancias que tienen efecto

psicoactivo, pues son estas las que han experimentado mayor incremento de uso en los últimos 20 años (Martínez *et al.*, 2021).

Entendiendo, pues las consecuencias del uso y abuso de los psicofármacos y el escaso desarrollo de nuevos métodos de tratamiento alternativos a la medicalización unido al aumento del interés por las mujeres, es evidente la necesidad de racionalizar el uso de los psicofármacos y desarrollar métodos innovadores y alternativos a la terapia farmacológica para llevarlos a cabo en el nivel básico e inicial de la atención sanitaria, que es la AP (Velasco, 2009).

Por otro lado, el tratamiento farmacológico es el que más se utiliza para combatir y tratar los trastornos de ansiedad, pero, debido a los efectos secundarios asociados a su uso crónico, se ha producido un incremento y auge de los estudios científicos sobre la psicoterapia como una alternativa o complemento a la farmacología, demostrando su eficacia para reducir la sintomatología ansiosa (Prieto, 2018). Así, se recomienda la combinación de estrategias farmacológicas con las no farmacológicas (psicoterapia, counselling, técnicas de relajación, entrenamiento en el manejo de la ansiedad, entre otras).

En respuesta a los efectos desafiantes, duraderos y de gran alcance de la pandemia, se han adoptado algunas intervenciones para evitar daños. Intervenciones que incluyen programas de tratamiento más flexibles dirigidos a pacientes adictos a opioides, orientación para facilitar la prescripción de sustancias controladas, telesalud para el seguimiento de pacientes drogodependientes y acceso a grupos de apoyo virtuales a través de reuniones en línea (Green *et al.*, 2020). En relación con la telesalud, durante la pandemia de COVID se ha demostrado que esta permite la continuidad de los servicios, al tiempo que protege de infecciones a los proveedores de servicios. Sin embargo, las consultas presenciales siguen siendo necesarias para ciertos grupos de pacientes en los que el mantenimiento del tratamiento está en riesgo (Chiappini *et al.*, 2020).

En la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, consultada en 2008, se explica que los abordajes

grupales que con más frecuencia se utilizan en AP para los trastornos de ansiedad, son los denominados abordajes de “desarrollo de habilidades”. En ellos se aplica el aprendizaje basado en las técnicas de relajación y respiración, afrontamiento y manejo del estrés, resolución de problemas, y el entrenamiento y manejo de la ansiedad, etc. (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

En este sentido, se recomienda que las intervenciones para el tratamiento de la ansiedad en AP deben ser breves, estructuradas, sencillas, con tiempos pautados, objetivos realistas, de efectividad descrita, fáciles de aplicar y llevados por profesionales formados en la materia que asuman las técnicas de relajación como una función más de su rol profesional.

Uno de los procedimientos más utilizados es el entrenamiento con técnicas de relajación, utilizado para disminuir la sintomatología de ansiedad con una gran variedad de técnicas, y cuyos efectos revelan la reducción de la ansiedad, evidenciada en una disminución significativa de la puntuación reflejada en las escalas usadas en las investigaciones para cuantificar la ansiedad (Ramírez *et al.*, 2014). Por eso, los talleres centrados en la aplicación de la terapia de relajación se posicionan como una herramienta fundamental de autoayuda para el afrontamiento familiar e individual en las personas con ansiedad. Además de la relajación, se hace hincapié en reforzar una serie de recomendaciones que disminuyen la ansiedad, como es el fomentar la vida saludable, la práctica de ejercicio físico y el llevar una alimentación sana. Es decir, reforzar las Medidas Higiénico-Dietéticas (MHD) (Soriano González, 2012).

De este modo, la psicoeducación sobre la ansiedad y entrenamiento en técnicas de relajación constituye una nueva forma para abordar los trastornos de ansiedad y este proceso puede ser liderado por el profesional de enfermería considerándolo como complemento u opción a la farmacoterapia en los trastornos de ansiedad en AP (Ramírez *et al.*, 2014). También, investigaciones realizadas señalan que la disminución del número de visitas y, por tanto, disminución de la hiperfrecuentación en las consultas médicas y enfermeras en AP, es originado por una mejora en la sintomatología y aumento de los conocimientos sobre el trastorno (R. C. Sánchez *et al.*, 2009).

Cabe destacar que, en casi todos los estudios encontrados, el paciente no toma un tratamiento ansiolítico previo en el momento de la intervención, por lo que, de esta manera se produce una disminución más significativa de la ansiedad a través de las técnicas de relajación. En cambio, en los pacientes que están tomando psicofármacos, al estar tomando el fármaco previamente, este tiene un efecto reductor de la ansiedad que, asociado a la BZD, produce un efecto en la disminución de la ansiedad con la relajación, no siendo este tan notorio (Soriano González, 2012).

La presente tesis doctoral llamada “Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de BZD durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena” basa su sustentación teórica en las disciplinas de enfermería, farmacología, estadística, psicología y sociología, contiene las herramientas necesarias y complementarias para poder definir el marco conceptual, la justificación del trabajo y así poder dar más visibilidad al problema del consumo de BZD centrado en la mujer.

Motivado por algunas de las limitaciones encontradas en las anteriores investigaciones, este trabajo se propone dar respuesta a algunas de ellas mediante una intervención grupal psicoeducativa telemática con entrenamiento en técnicas de relajación. Tras la intervención se monitorizará el consumo de BZD, para determinar si esta ha tenido alguna influencia en la necesidad de consumir estos fármacos.

Asimismo, uno de los principales objetivos de interés en realizar esta intervención es dar más visibilidad a la ansiedad leve/moderada y su tratamiento desde AP, servicio en el cual, la autora, desempeña su trabajo como Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Visibilidad que puede contribuir al conocimiento y sensibilización del personal hacia esta afección y que puede fomentar un marco de acción temprana en el paciente ansioso, como puede ser la escucha activa o la realización de alguna sencilla técnica de relajación, yendo más allá de suministrar la medicación prescrita por el personal facultativo.

Planteamos la hipótesis de que la intervención realizada reducirá el consumo de BZD, aumenten el grado de conocimiento que poseen sobre la ansiedad y sobre las

técnicas de relajación, aumente su empoderamiento y disminuya la demanda del profesional médico y enfermero del Centro de Salud (CS).

Entendiendo que los profesionales de AP son la primera línea de atención a la salud de la comunidad desde una perspectiva global y que sus funciones atañen tanto en la persona como a la familia y el entorno desde una perspectiva biopsicosocial, se pretende que esta investigación liderada por enfermeras aporte evidencias en cuanto a su eficacia, para saber si puede incluirse en la cartera de servicios de AP.

Así, con el fin de contribuir a las buenas prácticas de salud, se plantea realizar y evaluar la intervención grupal psicoeducativa telemática llevada a cabo por enfermeras y dirigida a un grupo de mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad. Intervención que cobra más importancia entendiendo que las mujeres en tratamiento con BZD carecen de intervenciones específicas y coordinadas que limiten la utilización de estos fármacos, controlen su consumo, programen su desprescripción y le proporcionen las herramientas y recursos personales para enfrentar la situación sociosanitaria y los retos de la vida cotidiana en las condiciones más saludables, con la mejor calidad de vida y estado de salud.

Por ello, tras realizar y evaluar nuestra intervención psicoeducativa telemática podemos corroborar que se ha llevado a cabo una intervención psicoeducativa novedosa en el ámbito enfermero, aún en circunstancias tan complejas relacionadas con la pandemia de COVID-19, consiguiendo resultados interesantes desde el punto de vista de investigación.



# PARTE I: MARCO TEÓRICO



## CAPÍTULO 1: DEFINICIÓN DE ANSIEDAD E INSOMNIO

### **1.1. Definición y aspectos generales de la ansiedad**

La sociedad actual está cada vez más expuesta a acontecimientos estresantes, producidos incluso diariamente, lo cual hace mella en la salud mental de las personas. Por ello, la Organización Mundial de La Salud (OMS) ha llegado a definir este problema como una “epidemia mundial”. Afirmación que no es exagerada si se comprende que los trastornos mentales no tratados representan el 13 % del total de la carga de morbilidad mundial, dato que revela su importancia dentro de cualquier sistema de salud (OMS, 2011).

La ansiedad es un fenómeno ampliamente discutido en la literatura especializada del que encontramos numerosas investigaciones al respecto. Según un estudio llevado a cabo en el año 2013, se halló una prevalencia global del 14,7 %, que mostró que la ansiedad se encontraba en la mayoría del grupo de sujetos femeninos en comparación con el grupo de sujetos masculinos. En países como Estados Unidos los trastornos de ansiedad constituyen la enfermedad mental más común, afectando al 18 % de la población. Otros estudios desarrollados de la década de 1990 estiman que afectó a 26,9 millones de personas solo en los Estados Unidos, lo que generó costos directos e indirectos de aproximadamente 46,6 mil millones de dólares. Desde el inicio del 2000 se ha encontrado una prevalencia del 13,6 % para los trastornos de ansiedad en la población europea, estando significativamente más afectadas las mujeres que los hombres (Nechita *et al.*, 2018).

Los trastornos de ansiedad clínica son los trastornos psiquiátricos más usuales y se estima que afectan hasta el 20 % de la población en algún momento del desarrollo (Burriss *et al.*, 2019). La ansiedad puede ser perjudicial a lo largo de la vida y es un fenómeno grave de salud mental. Además, la ansiedad produce un sufrimiento agudo y aumenta el riesgo de una variedad de resultados adversos a largo plazo. Los trastornos de ansiedad en la niñez o la adolescencia también son comunes, con tasas en la población entre el 5 % y el 10 % y persistentes, a menudo conduce a aumentos de dos a

tres veces en los niveles de ansiedad y depresión en la edad adulta (Stuijzand *et al.*, 2018).

Dicho trastorno, por sí solo, o asociado a otro problema, constituye una de las causas más frecuentes en la consulta en AP y representa uno de los principales problemas de salud en España. Los adultos ansiosos de alto rasgo y clínicamente ansiosos tienden a interpretar la información ambigua del entorno como amenaza, lo que puede conducir a un comportamiento de evitación y retraimiento. Además, las personas ansiosas adquieren más fácilmente emparejamientos de miedo en paradigmas de aprendizaje y, a su vez, es más probable que generalicen este aprendizaje de miedo a señales de seguridad supuestamente no amenazantes (Simpson *et al.*, 2021).

Cabe señalar que la ansiedad es un síntoma, es decir, una sensación subjetiva descrita por el paciente y, por tanto, no constituye una enfermedad en sí misma. Más bien, es un síntoma general de un gran número de enfermedades psiquiátricas y no psiquiátricas (Herrero, 2018) y tiene una función natural como señal de alerta ante una amenaza o un peligro inminente, permitiendo a la persona adoptar las medidas oportunas para enfrentarse a dicha amenaza. Así pues, se define como “una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones que componen una respuesta habitual a diferentes situaciones estresantes que pueden presentarse a diario. Por ello, cierto grado de ansiedad es deseable para el desarrollo normal de las exigencias que nos exige nuestro día a día.” (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Los fármacos más utilizados para el manejo de la ansiedad, que explicaremos más adelante, son: antidepresivos, BZD, buspirona, antiepilépticos, gabapentina, pregabalina, tiagabina, valproato y levetiracetam. También ciertos antipsicóticos atípicos como: la olanzapina, risperidona, quetiapina, la ciprasidona y antagonistas de los receptores  $\beta$  adrenérgicos como el propanolol (Rang, 2016).

Continuando con su sintomatología, según las formas en las que se exterioriza la ansiedad, los síntomas varían según el individuo y e incluso cambia en una misma persona según el momento en que se presenta el estímulo generador de ansiedad. En

general, los síntomas físicos de la ansiedad son los que predominan, inquietan y alarman, ya que pueden llevar a pensar que la persona padece de enfermedad grave. Un ejemplo de ello son las palpitaciones, sensación de mareo y hormigueo en brazos; síntomas que pueden hacer que la persona piense que está sufriendo un infarto agudo de miocardio (IAM). Tras ser examinados, las pruebas dan resultados normales en lo referido al sistema cardiovascular, pero esto no resulta tranquilizador para el paciente que padece los síntomas, por lo que, la persona vuelve a consultar a otros médicos o centros, y se repiten pruebas, sin tratar realmente el problema de base del paciente y alargando el proceso de diagnóstico de ansiedad (Illán *et al.*, 2004) (Tabla 1).

Tabla 1. Síntomas de ansiedad: físicos y psicológicos

Síntomas físicos	Síntomas psicológicos y conductuales
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vegetativos:</b> sudoración, sequedad de boca, mareo, inestabilidad.</li> <li>• <b>Neuromusculares:</b> temblor, tensión muscular, cefaleas, parestesias.</li> <li>• <b>Cardiovasculares:</b> palpitaciones, taquicardias, dolor precordial.</li> <li>• <b>Respiratorios:</b> disnea.</li> <li>• <b>Digestivos:</b> náuseas, vómitos, dispepsia, diarrea, estreñimiento, aerofagia, meteorismo.</li> <li>• <b>Genitourinarios:</b> micción frecuente, problemas de la esfera sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preocupación, aprensión.</li> <li>• Sensación de agobio.</li> <li>• Miedo a perder el control, a volverse loco o sensación de muerte inminente.</li> <li>• Dificultad de concentración, quejas de pérdida de memoria.</li> <li>• Irritabilidad, inquietud, desasosiego.</li> <li>• Conductas de evitación de determinadas situaciones.</li> <li>• Inhibición o bloqueo psicomotor.</li> <li>• Obsesiones o compulsiones.</li> </ul>

Fuente. Tomado de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008.

Por otro lado, sabemos que una ansiedad normal no presenta mayores inconvenientes porque engloba una respuesta positiva por parte de la persona y representa una fuente que nos impulsa a seguir el camino para alcanzar determinadas metas. De hecho, la respuesta producida ante la ansiedad es parecida a la del miedo (sudoración, temblor, palpitaciones...). Se sabe que el miedo demasiado intenso resulta útil y necesario para sobrevivir ante determinadas situaciones, ya que nos permiten tomar decisiones rápidas y reaccionar adecuadamente, pero, por otro lado, la ansiedad puede

producirse a raíz de situaciones que comportan un peligro, amenaza, o riesgo, o de otras que no constituyan un peligro real (Illán *et al.*, 2004).

Otros autores afirman que “la ansiedad es una emoción que forma parte de nuestra vida diaria. Sentimientos de ansiedad y miedo son emociones causadas por peligros reales o potenciales que alertan al individuo como parte de los mecanismos propios de adaptación (Moreno y García, 2011, p.39) Todo ello se considera normal hasta que interfiere en el ritmo diario de vida”. La ansiedad es la anticipación de un daño futuro, acompañada de un sentimiento desagradable, síntomas somáticos de tensión y se puede convertir en patológica (Ramírez-Arriaga *et al.*, 2019). En gran medida, una ansiedad normal no genera problemas en procesos fisiológicos, mientras que, la ansiedad patológica es aquella donde el individuo no posee una respuesta adecuada ante contextos imprevistos, amenazantes, de riesgos o estrés.

La ansiedad patológica por su parte se explica cómo la vivencia de sentimientos amenazantes y de un estado de sobreexcitación y alerta en ausencia de un peligro real o discordante al estímulo amenazador. Cuando esos sentimientos de aprensión, angustia, irritabilidad o sintomatología somática diversa como las palpitaciones, sudor, síntomas digestivos, dificultad para respirar, hiperventilación u opresión en el pecho, etc., interfieran en nuestras actividades de la vida diaria, hablaremos claramente de ansiedad patológica que deberemos de tratar (Herrero, 2018). Para considerar que la ansiedad es patológica se consideran tres supuestos que son: cuando no se evidencia un motivo o razón que genera ansiedad, cuando a pesar de existir motivos, la ansiedad se mantiene después de que este desaparezca y cuando existan las razones suficientes y la persona reacciona de forma excesiva y poco realista (Flores Hernández *et al.*, 2016). Por lo que, cuando se sobrepasa cierto umbral de intensidad o se supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica, provocando un malestar significativo con sintomatología que repercute en el plano físico, psicológico y conductual, las cuales constituyen las formas más frecuentes en las que se puede manifestar la ansiedad (Simpson *et al.*, 2021) (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias entre la ansiedad normal y patológica

Ansiedad normal	Ansiedad patológica
Adaptación ante una situación extrema vivida como amenaza por el individuo.	Inadecuada adaptación debido a que: La amenaza no puede objetivarse.  La duración o la intensidad son desproporcionadas o inadecuadas.

Fuente. Tomado de Sintomatología ansiosa en atención primaria de Enric Álvarez, Cristóbal Gastó y Miquel Roca. Copyright 2008 por la Compañía Marge Medica Books.

Ahora bien, partiendo de la relación entre el estrés y la ansiedad, señalamos que son dos conceptos muy afines entre sí, pero con diferencias. Por un lado, el estrés puede entenderse como la incapacidad por parte del sujeto para hacer frente a las demandas extrínsecas (ambiente), generadas por situaciones de difícil manejo, pudiendo derivar en trastornos psicológicos de cierta gravedad (RAE, 2019). De este modo, el estrés se caracteriza por ser un proceso adaptativo y de emergencia como parte de la supervivencia del sujeto, pero no consiste en una emoción en sí mismo, sino que es entendido como un agente generador de emociones. Como factores protectores que permiten minimizar aquellos componentes ambientales que provocan estrés, se consideran la capacidad de afrontamiento, o las habilidades de comunicación y resolución de problemas (Peña *et al.*, 2017). Las enfermedades secundarias al estrés y ansiedad son una de las principales preocupaciones de la sociedad actual, ya que casi 1 de cada 5 personas, es decir, aproximadamente un 18 % de los pacientes, consultará al médico a lo largo de un año por algún trastorno de ansiedad (Pastrana, 2017).

Por último, e indagando sobre su origen, este no está completamente claro, y, la investigación en la neurobiología de la ansiedad a nivel molecular todavía es bastante limitada. Aunque la creciente evidencia clínica y preclínica indica que el estrés oxidativo puede ser un componente importante de la patología de ansiedad, sigue siendo difícil determinar si el estrés oxidativo es la causa o la consecuencia de dichos trastornos. Lo que se sabe a través de los estudios realizados en los últimos años, es que los trastornos de ansiedad pueden caracterizarse por una disminución de las defensas antioxidantes y un aumento del daño oxidativo de las proteínas, los lípidos y los ácidos nucleicos. En

particular, las modificaciones oxidativas de las proteínas se han propuesto como un factor potencial en el inicio y la progresión de varios trastornos psiquiátricos, incluidos los trastornos de ansiedad y depresión (Fedoce *et al.*, 2018). Así, se concluye que las causas promotoras de la ansiedad no se conocen en su totalidad, pero se sabe que en ellas influyen factores biológicos; como las alteraciones en los sistemas neurobiológicos, gabaérgicos y serotoninérgicos o anomalías estructurales encontradas en el sistema límbico, la cual es una de las regiones más afectadas del cerebro. Se suman como factores causales algunas alteraciones físicas, el uso y/o retirada de algunas medicinas, alcohol, drogas, sedantes, etc. Todo ello añadido a cierta predisposición genética que influye en la aparición de dichos trastornos (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

De hecho, el trastorno de ansiedad se encuentra entre las denominadas enfermedades genéticas complejas caracterizadas por una interacción patogénica de factores ambientales con múltiples variantes genéticas en diferentes localizaciones cromosómicas. Los estudios familiares han demostrado que los familiares de primer grado de pacientes con trastornos de pánico tienen un aumento de tres a cinco veces mayor del riesgo de desarrollar dicho trastorno, en comparación con la población general. El agrupamiento familiar también se observa en el trastorno de ansiedad generalizada y en las fobias específicas. La heredabilidad de los trastornos de ansiedad, es decir, el grado de participación de los factores genéticos en su desarrollo, se encuentra en el rango de 30 a 67 %, con el resto de la variación explicada por factores ambientales negativos individuales, como los eventos de la vida, como abuso y negligencia (emocional y/o física), violencia sexual, enfermedades crónicas, lesiones traumáticas, muertes de familiares o seres queridos, separación y divorcio, dificultades financieras (Gottschalk & Domschke, 2016).

Por otro lado, aludiendo a los factores psicosociales de riesgo, se señalan las situaciones de estrés, preocupaciones excesivas, el ambiente familiar; y como factores predisponentes, se observa la influencia de las características propias de la personalidad. Finalmente, la interacción de todos estos determinantes favorece la aparición de los trastornos de ansiedad y es común la presencia de trastornos de

ansiedad junto con otros trastornos mentales, como los trastornos del estado de ánimo (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

La ansiedad, al ser un síntoma multifactorial, puede tener causas extremadamente diversas, complejas, interrelacionadas y difíciles de identificar. Por ejemplo, en diferentes investigaciones se abunda en correlaciones y asociaciones entre la ansiedad y diferentes áreas de la vida humana, médica o psicológica. También, se ha encontrado que la ansiedad está en estrecha correlación con una recuperación de la salud más lenta o que los síntomas que se muestran dentro de una condición como diabetes pueden estar influenciados por la ansiedad o la depresión. Otras investigaciones afirman que una mayor ansiedad relacionada con el embarazo podría conducir a un aumento en la ocurrencia de cesáreas o también a un trabajo de parto más largo o, que si bien, no tiene influencia en el peso del recién nacido al nacer, sí podría influir en su longitud (Pekrun, 2019).

## **1.2. Clasificación de los tipos de ansiedad**

Los trastornos de ansiedad en general producen una intensa angustia y miedo, acompañada de opresión en el pecho y un deterioro significativo del funcionamiento, niveles crecientes de preocupación y tensión por alguna situación temida. Dependiendo del tipo de trastorno se presentan síntomas particulares (Macías-Carballo *et al.*, 2019).

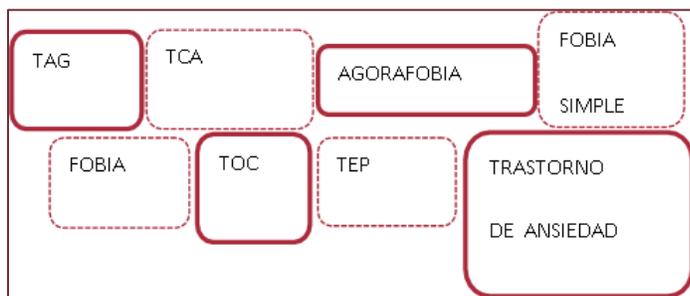
Las clasificaciones, por lo general, tienen unos límites claramente definidos, ya que la mayoría de los pacientes que sufren de ansiedad pueden referir un conjunto de síntomas que podemos encontrar en varias categorías y que están manifestados a lo largo de diferentes momentos. Esto se debe a diversos factores, como son la naturaleza de la ansiedad y a la ausencia de indicadores específicos en cada categoría (Álvarez, 2008). Estos criterios se recogen en dos de las principales clasificaciones de los trastornos mentales o psicopatológicos más importantes en la actualidad, que son:

### **1.2.1. DSM-IV-TR**

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) realizado por la Asociación de Psiquiatras Americanos (APA). Enumera doce trastornos de ansiedad (López-Ibor y Valdés, 2002). Se clasifican los trastornos de ansiedad, según el DSM-IV, en cuadros, que son los siguientes:

1. Trastorno de ansiedad por separación
2. Mutismo selectivo
3. Fobia simple
4. Fobia social (FSCO)
5. Trastorno de pánico
6. Agorafobia (temor a los espacios abiertos)
7. Trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (no hay una causa definida)
8. Crisis de angustia (TCA) (como el dolor en el pecho...)
9. Agorafobia (temor a los espacios abiertos)
10. Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
11. Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica
12. Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (como el temor a la contaminación, necesidad de que las cosas estén ordenadas simétricamente...)
13. Trastorno de estrés postraumático (TEP)
14. Trastorno de ansiedad no especificado (Macías-Carballo *et al.*, 2019).

Figura 1. Representación de la clasificación de los trastornos de ansiedad



Fuente. Macías-Carballo *et al.*, 2019

### 1.2.2. CIE-10

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) creada por La OMS. En ella los trastornos neuróticos (ansiedad) se agrupan con los trastornos relacionados con el estrés y somatomorfos (OMS, 1992).

A pesar de los numerosos tipos referidos a los trastornos de ansiedad, el TAG y el TCA son los más comunes. Aunque la forma clínica más frecuente de ansiedad, manifestada en el ámbito de AP, es el TAG. Es una categoría delimitada, ya que los autores que han investigado sobre ella la consideran un estado residual fruto de otras patologías, más que una forma exclusiva de ansiedad (Alves Fernandes *et al.*, 2018).

Con base en la información recopilada en la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en AP, 2008 se manejan los criterios diagnósticos que deben cumplir los trastornos de ansiedad fundamentados según el DSM-IV-TR, aunque con algunas modificaciones, considerando los criterios del DSM-IV-TR cuando en el manual de DSM-IV-TR- AP estaban resumidos (Wittkopf *et al.*, 2021). A continuación, se describen las dos patologías más comunes en el ámbito de atención primaria. En el caso del TAG habría que considerar si los síntomas de ansiedad y preocupación intensas se relacionan con una o varias situaciones o acontecimientos. Se define con los siguientes criterios diagnósticos:

- a) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar) que se prolongan más de 6 meses. La ansiedad o preocupación son exageradas en cuanto a la probabilidad o efecto de los acontecimientos temidos.
- b) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación intensa.
- c) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses):
  - (1) Inquietud o impaciencia.
  - (2) Fatigabilidad fácil.
  - (3) Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
  - (4) Irritabilidad.
  - (5) Tensión muscular.

- (6) Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador). La preocupación se puede asociar, por tanto, a síntomas de tensión motora, (p. ej., temblores, tensión muscular), hipersensibilidad autonómica (p. ej., boca seca, palpitaciones) o hiperactivación (p. ej., respuestas exageradas de sobresalto, insomnio).
- d) El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el TCA), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.
- e) La ansiedad, preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- f) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (AGUDO *et al.*, 2018).

Como tratamiento del TAG, se emplean en la fase aguda el diazepam y el alprazolam, asociados con un antidepresivo que tendrá efectos considerables a medio y largo plazo.

Por otra parte, la TCA se define como la aparición temporal y aislada de miedo o malestar intensos, acompañada de cuatro (o más) de los siguientes síntomas que se inician bruscamente y alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos:

- a) Síntomas cardiopulmonares:
  - 1. Opresión o malestar torácico.
  - 2. Sensación de ahogo o de falta de alimento.
  - 3. Palpitaciones o aumento de la frecuencia cardiaca.
- b) Síntomas autonómicos:
  - 1. Sudoración.
  - 2. Escalofríos o sofocaciones.
- c) Síntomas gastrointestinales:
  - 1. Sensación de atragantarse.
  - 2. Náuseas o malestar digestivo.
- d) Síntomas neurológicos:
  - 1. Temblores o sacudidas.
  - 2. Parestesias (sensación de entumecimiento u hormigueo).
  - 3. Inestabilidad, mareo o desmayo.
- e) Síntomas psiquiátricos:
  - 1. Desrealización (sensación de irrealidad) o despersonalización (estar separado de uno mismo).
  - 2. Miedo a perder el control o volverse loco.
  - 3. Miedo a morir (López-Ibor y Valdés, 2002).

### 1.2.3. Diagnósticos de Enfermería según NANDA

Los profesionales de Enfermería han desarrollado una metodología específica para abordar los distintos problemas de salud en forma de clasificación taxonómica. Esta fue desarrollada por la Asociación Americana de Enfermería en el año 1982. Se trata de la taxonomía NANDA International (NANDA-I) cuyo objetivo es estandarizar el diagnóstico de enfermería (Graus *et al.*, 2017).

La NANDA-I (2021) afirma en su duodécima edición: “Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico en relación con una respuesta humana a una afección de salud/proceso vital, o vulnerabilidad para esa respuesta, de una persona, familia, grupo o comunidad”.

Esos diagnósticos enfermeros se utilizan para identificar los resultados más apropiados de los cuidados y para identificar intervenciones específicas de enfermería de modo secuencial.

La NANDA-I en 2021 aprobó el diagnóstico de ansiedad por primera vez en 1973, siendo la última revisión de este en 2020. Este diagnóstico cuenta con el código (00146), se encuentra dentro del dominio 9, clase 2, y se define como: “Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o desgracia”. (Como es citado en NANDA-I, 2021, p. 425).

Junto con la etiqueta y cada definición del diagnóstico, se recogen además unos indicadores de resultado, Nursing Outcomes Classification 2019 sexta edición (NOC), en el cual se seleccionan medidas de resultados relacionados con resultados enfermeros; y de intervenciones, Nursing Interventions Classification 2019 séptima edición (NIC), la cual constituye una taxonomía completa de intervenciones basadas en la evidencia demostrada a través del conocimiento enfermero. Las intervenciones son desarrolladas en los diversos entornos de salud, siendo estas intervenciones tanto independientes como interdisciplinarias, donde el trabajo enfermero se superpone a los cuidados proporcionados por el resto de los profesionales de la salud.

A continuación, se citan los dominios en los que aparece tanto el diagnóstico enfermero de ansiedad como los diagnósticos relacionados con la misma:

#### **DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD**

00188 tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud.

00276 autogestión ineficaz de la salud.

#### **DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO**

00095 insomnio.

#### **DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN**

00279 deterioro de los procesos de pensamiento.

00161 disposición para mejorar los conocimientos.

00251 control emocional inestable.

00222 control de impulsos ineficaz

00128 confusión aguda.

### **DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN**

00124 desesperanza.

### **DOMINIO 7: ROL/RELACIONES**

00062 riesgo de cansancio del rol de cuidador (a).

00063 procesos familiares disfuncionales.

00052 deterioro de la interacción social.

### **DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRÉS**

00146 ansiedad.

00241 deterioro de la regulación del estado de ánimo.

00148 temor.

00212 riesgo de deterioro de la resiliencia.

00226 riesgo de planificación ineficaz de las actividades.

### **DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN**

00289 riesgo de conducta suicida.

00037 riesgo de intoxicación (NANDA-I, 2021).

Asociados a este diagnóstico principal, se encuentran los resultados de enfermería (NOC), entre los cuales el principal a promover y mejorar será: autocontrol de la ansiedad (1402). Otros resultados asociados a este diagnóstico son: afrontamiento de problemas (1302) y nivel de ansiedad (1211) (Graus *et al.*, 2017).

En la (NIC) vienen recogidas varias intervenciones enfermeras en relación con esto, como: técnica de relajación (5880), terapia de relajación simple (6040), relajación muscular progresiva (1460), imaginación simple dirigida (600), entrenamiento autogénico (5840), terapia de relajación simple (6040), etc. (A. R. Sánchez *et al.*, 2014).

Tabla 3. DdE Ansiedad y los NOC y NIC con los que se relaciona

	NANDA	NOC	NIC
<b>Diagnóstico, código, dominio, clase</b>	Ansiedad Código: 00146 dominio: 9 Clase: 2	1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado	5820 Disminución de la ansiedad  <u>Definición:</u> Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no relacionada de peligro previsto.  <u>ACTIVIDADES:</u>  -Tratar de comprender la perspectiva de un paciente sobre una situación estresante.  -Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.  -Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad según corresponda.
<b>Definición</b>	Respuesta emocional a una amenaza difusa en la que el individuo anticipa un peligro inminente no específico, una catástrofe o una desgracia.	1402 Autocontrol de la ansiedad	5270 Apoyo emocional  <u>Definición:</u> -Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.  <u>ACTIVIDADES:</u>  -Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad durante los periodos de más ansiedad.  -Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

	NANDA	NOC	NIC
<b>Factores relacionados</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expresa angustia</li> <li>• Expresa ansiedad sobre los cambios en los episodios vitales</li> <li>• Expresa miedo intenso</li> <li>• Indefensión</li> <li>• Insomnio</li> <li>• Estado de ánimo irritable</li> <li>• Nerviosismo</li> <li>• Náuseas</li> <li>• Confusión...</li> </ul>	<p>1404 Autocontrol del miedo</p> <p>1302 Afrontamiento de los problemas</p>	<p>-Remitir a los servicios de asesoramiento, si se precisa.</p> <p>4362 Modificación de la conducta: Habilidades sociales.</p> <p><u>Definición:</u> Ayuda al paciente para que desarrolle o mejore las habilidades sociales interpersonales.</p> <p><u>ACTIVIDADES:</u></p> <p>-Ayudar al paciente a identificar los problemas interpersonales derivados de déficit de habilidad social.</p> <p>-Educar a los allegados del paciente, sobre el propósito y proceso del entrenamiento de las habilidades sociales según corresponda.</p>
<b>Características definitorias</b>	<p>(conductuales/emocionales, cognitivas, conductuales, otras):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflicto sobre los objetivos vitales</li> <li>• Transmisión interpersonal</li> <li>• Dolor</li> <li>• Estresores</li> <li>• Uso inadecuado de sustancias</li> <li>• Situación no familiar</li> <li>• Necesidades no satisfechas</li> </ul>	<p>1211 Nivel de ansiedad</p> <p>1216 Nivel de ansiedad social</p>	

	NANDA	NOC	NIC
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflicto de valores</li> </ul>		
<b>Población de riesgo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas que experimentan crisis de desarrollo</li> <li>• Personas que experimentan crisis situacionales</li> <li>• Personas expuestas a toxinas</li> <li>• Personas en el período perioperatorio</li> <li>• Personas con antecedentes familiares de ansiedad</li> <li>• Personas con predisposición familiar</li> </ul>	0414 Estado cardiopulmonar	
<b>Problemas asociados</b>	-Trastornos mentales	0403 Estado respiratorio: ventilación	

Nota. Elaboración propia

### **1.3. ¿Cómo detectar la ansiedad en el ámbito de atención primaria?**

Es un hecho bien conocido que los problemas de salud mental tienden a manifestarse inicialmente en la AP. Además, la ansiedad es una de las diez enfermedades crónicas más frecuentes en España, según la Encuesta Nacional de Salud

de 2017 (6,74%). Desafortunadamente, este problema suele ser infradiagnosticado por parte de los médicos, ya que casi la mitad de estos pacientes no han sido identificados y no reciben tratamiento. A ello, se suma la sobrecarga asistencial y el escaso tiempo disponible para dedicar a estos casos (Garreta *et al.*, 2019).

Tanto en el ámbito de AP como en cualquier otro ámbito sanitario, se ha de hacer una valoración biopsicosocial del paciente. Y en ese orden, para un diagnóstico de trastorno de ansiedad es necesario el empleo de entrevistas estructuradas como la entrevista clínica. En ella se establecen las bases de la relación terapéutica y se recoge o desecha la información necesaria para poder orientar el diagnóstico y las estrategias terapéuticas (González *et al.*, 2018).

Sobre el tipo de entrevista clínica, se utiliza la entrevista semiestructurada, que combina la entrevista dirigida y la entrevista libre, ya que permite adaptarse a las características de cada paciente, posibilita la gestión del tiempo, el abordaje biopsicosocial y se concentra en el paciente como experto en él mismo (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

La entrevista comienza con preguntas abiertas (cuyo contenido es fijado previamente por el profesional), favoreciendo la narración del paciente para después hacer preguntas más cerradas y concretas, no dejando dudas fundamentales para la identificación y manejo del problema (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008). Las distintas partes de la entrevista semiestructurada se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 4. Fases de la entrevista semiestructurada

Fases de la entrevista
<b>Fase preliminar:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recepción empática</li> <li>• Conocer el motivo de consulta.</li> <li>• Evitar el “ya que estoy aquí”, delimitando los motivos de consulta.</li> </ul>

### Fases de la entrevista

#### Fase exploratoria:

1. Obtener información específica básica:
  - Cómo son los síntomas
  - Localización
  - Intensidad
  - Cronología y evolución
2. Recoger información específica complementaria:
  - Presencia de patología orgánica o y atrogenia
  - Factores desencadenantes: cambios, duelos...y entorno sociofamiliar
  - Antecedentes personales: episodios maníacos, depresiones previas...
  - Situaciones que empeoran o mejoran
3. Exploración de la esfera psicosocial:
  - Creencias y expectativas
  - Contenido del pensamiento
  - Afectividad
  - Personalidad

#### Fase resolutive:

1. Síntesis y enumeración (los) problema(s)
2. Información al paciente de la naturaleza del problema
3. Comprobación de que ha entendido las explicaciones
4. Implicación del paciente en la elaboración de un plan diagnóstico-terapéutico:
  - Acuerdos
  - Negociación
  - Pacto

#### Fase final:

1. Toma de precauciones
2. Acuerdo final
3. Despedida

Nota. Tomado de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con trastorno de ansiedad en Atención Primaria Copyright 2008 del Plan Nacional para el SNS del MSC. Agencia Laín Entralgo. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

En la fase exploratoria, el profesional de atención primaria tiene recogida de forma previa la información complementaria y de la esfera biopsicosocial que permiten conocer al paciente a más profundidad. En la fase final, se ha de recalcar el acuerdo final como la reconversión de ideas y los pactos alcanzados. Además de la entrevista

semiestructurada, cabe destacar el uso de las escalas estructuradas usadas como instrumento para realizar el cribado de los pacientes y que puedan ayudar a detectar y diagnosticar los posibles casos, como se detallarán más adelante (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

#### **1.4. Definición y clasificación de insomnio**

La incapacidad para iniciar y/o mantener el sueño, el despertar precoz o el sueño no reparador, repercuten en gran manera en la posterior vigilia del paciente, y pueden ser causa de múltiples trastornos que afectan a la calidad de vida y la capacidad laboral. Además, los pacientes con este trastorno presentan alteraciones cognitivas leves, principalmente, en tareas de atención complejas, en el proceso de consolidación de la memoria durante el sueño y en algunos aspectos de las funciones ejecutivas (Hernández *et al.*, 2019). El insomnio, como uno de los trastornos del sueño más comunes, es un importante problema de salud pública y varios trastornos psiquiátricos, como los trastornos de ansiedad y la depresión, han mostrado fuertes relaciones con él (Oh *et al.*, 2019). Por eso, describir, aunque sea brevemente el insomnio es fundamental como base teórica de la presente investigación, en tanto que es uno de los usos fundamentales para las cuales son empleadas las BZD junto con la ansiedad.

En este sentido, Moreno y García (2011), refieren que una persona sufre de insomnio si:

- Le cuesta más de 30 minutos dormirse.
- Se despierta por la noche y tarda en volverse a dormir.
- Se despierta muy pronto por la mañana.
- El tiempo total de sueño es menor de 6 horas.

Teniendo en cuenta lo anterior, los tipos de insomnio pueden clasificarse como:

##### **1.4.1. Insomnio de tipo transitorio:**

Menos de 3 días de duración. En este caso es producido por situaciones de estrés o cambios. Aquí se prescribirán hipnóticos a mínima dosis y no más de 3 días de duración.

#### **1.4.2. Insomnio de corta duración:**

Dura entre 3 días y 3 semanas. Es consecuencia de situaciones estresantes como problemas personales o laborales. En este tipo de insomnio se recomendaría en primer lugar unas adecuadas medidas higiénico-dietéticas, independientemente de la toma de hipnóticos y usando estos no más de 4 semanas.

#### **1.4.3. Insomnio crónico**

Dura más de 3 semanas y aparentemente no tiene ninguna causa estresante. Es el único tipo de insomnio que no requiere uso de hipnóticos, por lo que se tratará de modificar malas conductas e incidir en unos hábitos saludables, además del descarte de otras patologías.

#### **1.4.4. Hipersomnia**

Consiste en el sueño excesivo, que va desde un sueño nocturno prolongado hasta un sueño diurno involuntario, a lo que se suma un deterioro de la vigilia y una sensación de menor vigilancia al despertarse que impresiona como que el sujeto que lo padece tiene una “borrachera” y que puede presentar alteraciones comportamentales.

#### **1.4.5. Narcolepsia**

Es una de las enfermedades neuropsiquiátricas más frecuentes y particulares por su forma de presentación. En la narcolepsia hay dificultad para mantener la vigilia durante el día y el sueño durante la noche. Esto provoca que en el día se presenten ataques de sueño, mismos que se presentan cuando el sujeto está tranquilo o en una situación de aburrimiento, o en casos extremos, en situaciones en que mantiene una conversación, conduce un vehículo o realiza algún trabajo.

#### **1.4.6. Parasomnias**

Las parasomnias consisten en fenómenos físicos indeseables, generalmente de causa desconocida, exclusivos de las fases del sueño, en la que no intervienen los mecanismos del sueño o la vigilia por sí mismos (Benavides-Endara & Ramos-Galarza, 2019).

#### **1.5. Tratamiento farmacológico de la ansiedad e insomnio**

Para el establecimiento de la terapia farmacológica, se debe tener en cuenta tanto la duración del problema como el tipo de insomnio. Un objetivo del tratamiento farmacológico es alcanzar un equilibrio favorable entre los potenciales efectos tanto terapéuticos como secundarios. Así, los fármacos utilizados para tratar en insomnio son en su gran mayoría BZD, las cuales actúan solamente sobre los receptores GABA<sub>A</sub> (De Quirós, 2018).

En teoría, el fármaco ansiolítico ideal reducirá la ansiedad, ejerciendo un efecto calmante, pero afectando al mínimo a las funciones mentales (Moreno y García, 2011). Por otro lado, el hipnótico idóneo inducirá el sueño lo más rápidamente posible, ayudando en su inicio y mantenimiento, pero sin ocasionar una excesiva sedación diurna ni una sintomatología de ansiedad como efecto contrario, manteniendo el sueño unas 7 u 8 horas (Moreno y García, 2011).

Por eso, las BZD son psicofármacos con principal uso en insomnio y trastornos de ansiedad (frecuentes en PM) durante un corto periodo de tiempo, pues se sabe que “su uso prolongado aumenta el riesgo de desarrollar adicción y otros efectos adversos”, aunque también son utilizados para tratar convulsiones en la epilepsia o contracturas musculares (Castillo, 2020). En países como Alemania, las BDZ están aprobadas en el tratamiento agudo de “estados de tensión, excitación y ansiedad”. No obstante, las guías alemanas sobre el tratamiento de los trastornos de ansiedad discuten el uso de benzodiazepinas para este propósito en términos decididamente críticos debido a sus marcados efectos secundarios (Ströhle *et al.*, 2018).

Otra complicación es que las distintas BZD varían según su absorción, duración de acción, metabolismo y potencia, lo que hace que exista poca evidencia que señale una diferencia real en sus efectos terapéuticos respecto a las dosis equivalentes (Moreno y García, 2011). La elección de un fármaco u otro depende del trastorno de ansiedad que tenga el paciente (Tiziani, 2018).

## CAPÍTULO 2: CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LAS BZD

### **2.1. Neurofisiología y clasificación de las BZD**

Las BZD son una clase estructural de compuestos que se utilizan como hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos y relajantes musculares. Su estructura química central está formada por la fusión de un anillo de benceno y un anillo de diazepina (Battle *et al.*, 2019).

El descubrimiento de las BZD comenzó con el químico Leo Sternbach y su grupo de investigación en los laboratorios Hoffmann-La Roche en Nutley, Nueva Jersey. Buscaban encontrar nuevos tranquilizantes, pero debido al conocimiento limitado de los procesos que ocurren en el cerebro, estaban tomando un enfoque empírico con un objetivo claro: buscar una nueva clase de drogas guiada puramente por modificaciones en síntesis químicas conocidas. En 1957, identificaron por casualidad la primera benzodiazepina, clordiazepóxido, mientras estudiaban la actividad del óxido de quinazolina. Vieron que el compuesto obtenido no era una quinazolina-N3-óxido sino una benzodiazepina-N4-óxido (Battle *et al.*, 2019). Para entender su mecanismo de acción, es necesario conocer la fisiología y función del neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico (GABA) que se halla dentro del grupo de neurotransmisores del sistema nervioso central (SNC) que aumentan o disminuyen la excitabilidad de las neuronas y así regular la actividad cerebral. GABA funciona como el principal neurotransmisor inhibitorio y las BZD potencian esa función (Battle *et al.*, 2019).

Por otra parte, el receptor GABA<sub>A</sub> es un complejo proteico ubicado en las sinapsis de las neuronas que pertenece a una familia de receptores asociados a canales iónicos, formados por combinaciones de subunidades proteicas con alta selectividad por el ion cloruro (Cl<sup>-</sup>). Conducen iones de cloruro a través de las células de las membranas neuronales (Battle *et al.*, 2019).

La unión de una BZD a su sitio de unión provoca un incremento de la afinidad del GABA por su propio sitio de unión actuando como modulador alostérico positivo. La unión de la BZD al receptor no altera la unión GABA, pero aumenta la conducción total de iones

de cloruro a través de la membrana celular neuronal. Este incremento de iones de cloruro conduce a una hiperpolarización de la neurona y como resultado, una disminución de la actividad neuronal (Griffin *et al.*, 2013).

La ventaja de las BZD frente a otros fármacos que actúan sobre el mismo receptor y disminuyen la actividad de las neuronas, es que las BZD son las únicas drogas que le dan más afinidad al GABA para su receptor y actúan como un modulador alostérico. Por la misma razón, las BZD no pueden proporcionar una mayor activación que el propio GABA, y esto es lo que explica el elevado índice terapéutico (relación dosis tóxica/terapéutica), superior a los barbitúricos (Battle *et al.*, 2019).

El sitio de unión que es específico para las BZD en el receptor GABAA se llama sitio de unión benzodiacepínico, el cual está constituido principalmente por el aminoácido Histidina en la posición 101 de la subunidad  $\alpha 1$ . La sustitución del aminoácido por otro en esa misma posición evita el efecto farmacológico de las BZD (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013). De esta forma, el flumazenilo es el principal antagonista competitivo de las BZD.

Este fármaco se usa tanto en el diagnóstico como en el tratamiento cuando hay una sobredosis de BZD y en anestesia para disminuir los efectos de esta (Herrero, 2018).

Las diferentes acciones farmacológicas de las BZD pueden clasificarse dependiendo del tipo de subunidad  $\alpha$  que contenga el receptor GABAA (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

Cuando el sitio receptor es la subunidad  $\alpha 1$ , el cual es el más abundante del SNC, se regulan las acciones hipnóticas, anticonvulsivas y sedantes de las BZD; y es expresado fundamentalmente en cerebelo y en cerebro (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013). Si se unen a la subunidad  $\alpha 2$  se regulan las acciones ansiolíticas, que son expresadas en la amígdala del lóbulo temporal, en el hipocampo y en el cuerpo estriado. Si el sitio benzodiacepínico es la subunidad  $\alpha 3$ , su efecto se relaciona con la relajación muscular. Por último, la subunidad  $\alpha 5$  está relacionada también con el efecto relajante muscular, pero tiene una localización predominantemente extrasináptica (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

Las BZD se clasifican en términos de su vida media de eliminación en acción corta, acción intermedia o de acción prolongada:

- De acción corta: Vida media de eliminación <5 h (midazolam y triazolam).

Utilizado principalmente como hipnótico por su rápido inicio del sueño. Tienen pocos efectos residuales y pueden causar insomnio de rebote cuando hay interrupción, así como problemas de amnesia y dependencia.

- De acción intermedia: Vida media de eliminación 5-24 h, normalmente se utilizan con fines de ansiedad. Puede tener efectos residuales al día siguiente si se usa como hipnótico (alprazolam, lorazepam, lormetazepam).
- Actuación larga: Vida media de eliminación >24 h, llegando a las 100 h en diazepam. Presentan riesgo de acumulación, especialmente en ancianos o pacientes con enfermedades del metabolismo (diazepam, clorazepato).

Se ha sintetizado una gran cantidad de BZD a lo largo de los años, pero solo unas pocas han demostrado eficacia mejorada y realmente se utilizan en clínica, existen aproximadamente 35 derivados de benzodiazepinas, de los cuales 21 han sido aprobados internacionalmente para uso clínico (Ekström *et al.*, 2014).

## **2.2. Características farmacocinéticas de las BZD**

### **2.2.1. Absorción**

Las BDZ poseen una buena absorción por la vía oral, alcanzando una máxima concentración plasmática sobre las 2-4 horas tras su ingesta, pero esta velocidad de absorción es distinta dependiendo de la liposolubilidad (solubles en grasas y aceites) de cada fármaco. También, otros factores pueden favorecer su absorción. Por ejemplo, la toma con el estómago vacío facilita su absorción por la vía oral (VO). Por otro lado, si se toman junto con antiácidos o con fármacos que retrasan el vaciado gástrico, se retarda la absorción de las BZD (Álvarez *et al.*, 2008, Moreno y García, 2011).

En resumen, la absorción digestiva de las benzodiazepinas es excelente y se distribuyen con rapidez en el sistema nervioso central. Salvo casos particulares, la vía

intramuscular ya no se utiliza, porque es dolorosa, lo que va en contra de los objetivos de la premedicación. La vía oral o sublingual se usa preferentemente en adultos (Bousofara & Raucoules-Aimé, 2016).

### **2.2.2. Distribución**

Debido a su liposolubilidad a pH fisiológico, las BZD se caracterizan por una distribución rápida y un volumen de distribución (Vd) amplio en equilibrio (Bousofara & Raucoules-Aimé, 2016). Las BZD se unen en gran medida a las proteínas plasmáticas, particularmente a la albúmina. La fracción libre es la que presenta actividad y es del 10 % para el lorazepam, del 2-6 % para el midazolam y menor del 2 % para el diazepam.

Una disminución de la albuminemia asociada a un mal estado nutricional o a una insuficiencia hepática o renal provoca un aumento de la fracción libre de las BZD y una potenciación de los efectos clínicos. Esto obliga a reducir las dosis en estos pacientes (Manchester, 2019).

Las BZD se unen (70-99 %), en gran medida, a las proteínas, pero se distribuyen rápidamente al sistema nervioso central. Cruzan la barrera hematoencefálica (BBB) por difusión pasiva y, por lo tanto, la tasa de distribución en el sistema nervioso central se correlaciona con la lipofiliidad.

Dado que todas las BZD son relativamente lipofílicas, su grado de liofilia influye en la duración del efecto clínico del medicamento. El diazepam y el midazolam son los más lipofílicos y tienen el inicio de acción más rápido.

Todas las BZD atraviesan la placenta en el embarazo, por ello de tomarse en el primer trimestre pueden producir anomalías congénitas. Si se utilizan en el último trimestre o en momentos previos al parto, pueden provocar una depresión respiratoria, hipotonía, dificultad en la deglución o succión e hipotermia en el neonato. Además, se ha informado de síntomas de abstinencia en el neonato. También están presentes en la leche materna, secretándose en el amamantamiento, pudiendo causar dicho efecto depresivo en su SNC, problemas relacionados con la succión y la deglución. Por tanto, no se recomienda su uso en la lactancia materna (Tiziani, 2018).

### 2.2.3. Metabolismo

Las BZD se metabolizan en las microsomas hepáticas. La alteración de la función hepática (flujo o actividad enzimática) provoca un aumento de su semivida de eliminación por disminución del aclaramiento hepático. En este contexto, la biotransformación hepática del diazepam provoca sobre todo la producción de un metabolito activo, el desmetildiazepam, cuya semivida es más larga que la de la molécula original (entre 30 y 150 horas). La hidroxilación de esta molécula da origen a otro metabolito activo, el oxazepam (Boussofara & Raucoules-Aimé, 2016).

Todas las BZD son metabolizadas por el hígado. Sin embargo, algunas benzodiazepinas (es decir, lorazepam, oxazepam y tamacepam) no pasan por el metabolismo del citocromo P450 (metabolismo de fase I) y solo se metabolizan a través de la glucuronidación (metabolismo de fase II) (Guina y Merril, 2018).

### 2.2.4. Excreción

La mayor parte de los metabolitos de las BZD se eliminan por orina, una pequeña fracción lo hace a través de la bilis y finalmente, por las heces. Son fármacos con gran margen de seguridad. En intoxicaciones agudas, (como sobredosis por intento de suicidio), rara vez se produce la muerte, salvo cuando haya asociación a otros fármacos o alcohol o se trata de pacientes con una depresión respiratoria grave.

Tabla 5. Principales características farmacocinéticas y aplicaciones de las diferentes BZD

Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

BZD	Metabolitos activos	Absorción	Dosis v.o.	Aplicaciones	Vida media
<b>T ½ larga</b>					
<b>Clonazepam</b>	No	Rápida	1-15 miligramos (MG)/día	Anticonvulsionante, ansiolítico	<b>30 h</b>
<b>Cloracepato</b>	Sí	Rápida	15-60 mg/día	Ansiolítico, hipnótico	<b>40 h</b>
<b>Clordiazepóxido</b>	Sí	Lenta	5-50 mg/día	Ansiolítico, relajante muscular	<b>18 h</b>
<b>Diazepam</b>	Sí	Muy Rápida	5-30 mg/día	Ansiolítico, relajante muscular, anticonvulsivante IV	<b>60 h</b>
<b>Flurazepam</b>	Sí	Muy Rápida	15-30 mg/día	Ansiolítico	<b>65 h</b>
<b>T ½ intermedia</b>					
<b>Bromazepam</b>	Sí	Rápida	1,5-9 mg/día	Ansiolítico	<b>15 h</b>
<b>Flunitrazepam</b>	Sí	Rápida	0,5-2 mg/día	Hipnótico	<b>23 h</b>
<b>Nitrazepam</b>	No	Rápida	2,5-10 mg/día	Hipnótico, ansiolítico, anticonvulsivante	<b>35 h</b>
<b>Ketazolam</b>	Sí	Rápida	15-30 mg/día	Ansiolítico	<b>16 h</b>
<b>T ½ corta</b>					
<b>Alprazolam</b>	Sí	Muy Rápida	1-4 mg/día	Ansiolítico, antidepresivo	<b>14 h</b>
<b>Lorazepam</b>	No	Rápida	1-10 mg/día	Ansiolítico, hipnótico	<b>20 h</b>
<b>Oxacepam</b>	No	Lenta	10-20 mg/día	Ansiolítico, hipnótico	<b>10 h</b>
<b>Temazepam</b>	No	Rápida	20-30 mg/día	Ansiolítico, hipnótico	<b>16 h</b>
<b>T ½ ultracorta</b>					
<b>Triazolam</b>	Sí	Muy Rápida	0,125-0,250 mg/día	Hipnótico	<b>4 h</b>
<b>Midazolam</b>	Sí	Muy Rápida	7,5-15 mg/día	Anestésico I V,hipnótico	<b>3 h</b>
<b>Zolpiden</b>	<b>No</b>	<b>Muy Rápida</b>	<b>5-20 mg/día</b>	<b>Hipnótico</b>	<b>2 h</b>

Nota. Extraído del libro de Manual básico de Farmacología de Carlos Herrero Carcedo. Copyright 2018 por la Compañía Nielsen y del Manual de Farmacología. Guía para el uso racional del medicamento de

Alicia C. López Castellano, Lucrecia Moreno Royo y Victoria Villagrasa Sebastián. Copyright 2011 por la Compañía Elsevier.

### **2.3. Efectos farmacológicos de las BZD**

#### **2.3.1. Efecto ansiolítico**

Las BDZ se usan ampliamente como ansiolíticos, pero su uso actualmente se está reduciendo debido a los riesgos acaecidos y a los beneficios no siempre presentes (Herrero, 2018). Su acción consiste en eliminar o suprimir la ansiedad y el miedo al conflicto, tensión emocional y facilitar un dominio de las situaciones, efectos logrados con las dosis más bajas del fármaco. A estas dosis también se produce la amnesia anterógrada, que es la imposibilidad de recordar los acontecimientos que ocurren durante la toma del fármaco. Dicho efecto es útil para disminuir la ansiedad fruto de las técnicas diagnósticas y quirúrgicas (Moreno y García, 2011).

Ahora bien, las BDZ no tienen efecto antidepresivo (exceptuando el alprazolam). Son usadas más bien en situaciones de ansiedad aguda, aunque está creciendo el uso actualmente de los antidepresivos para estos casos (Herrero, 2018). En ataques de pánico, generalmente se utiliza alprazolam, aunque el tratamiento idóneo para ello son los antidepresivos, y en la fobia social generalizada, se utiliza el alprazolam o el clonazepam (Herrero, 2018).

Por otro lado, las BDZ de  $t_{1/2}$  corta o ultracorta ( $t_{1/2}$  corta como el lorazepam y oxacepam) no se acumulan ni provocan sedación, por lo que hay que administrarlas 3-4 veces al día, lo que provoca síndrome de abstinencia con mayor frecuencia e intensidad (Herrero, 2018).

Se usarán las BZD de  $t_{1/2}$  corta en casos de:

- Pacientes que presenten insuficiencia hepática.
- Ancianos.
- Uso de fármacos vinculados en la reducción del metabolismo oxidativo.

En cambio, con las BZD de  $t_{1/2}$  intermedia y larga tienen ventajas como es la administración de una única dosis al día para conseguir el efecto y desventajas como sedación diurna, ya que se pueden acumular en exceso. Necesitan aproximadamente una semana para alcanzar niveles plasmáticos estables, pero una vez alcanzados, no suelen presentar variaciones plasmáticas, lo que hace facilita su retirada (Herrero, 2018).

### **2.3.2. Efecto hipnótico**

La calidad de una droga hipnótica no se juzga solo por el sueño, sino también por el estado del sujeto al despertar y durante el día, somnolencia o no, la posibilidad de efectos adversos, etc. Las BZD se utilizan con fines hipnóticos porque aumentan el tiempo total de sueño al disminuir el tiempo para conciliar el sueño y el número de despertares. Sin embargo, la arquitectura del sueño puede alterarse significativamente (Manconi *et al.*, 2017). El sueño se compone de cuatro etapas no REM (de las cuales la 1 y la 2 se consideran fases de sueño ligero, mientras que las fases 3 y 4 están asociadas con el sueño profundo) y una etapa REM. Las BZD reducen las etapas 3 y 4 y disminuyen la etapa del sueño REM, conocida como “la fase más reparadora del sueño”. Por eso, este tipo de fármacos son útiles para tratar el insomnio ocasional, en tratamientos cortos (deben utilizarse solo durante 2-4 semanas) o con un uso intermitente. Los más utilizados para este objetivo son lormetazepam, triazolam, nitrazepam, loprazolam, flunitrazepam y estazolam (Gosling *et al.*, 2018).

En el efecto hipnótico se disminuye el tiempo transcurrido hasta iniciar el sueño, el tiempo de latencia, el número de despertares y producen un aumento de la duración total del mismo. También se conoce que la mayor parte de los hipnóticos reducen la cantidad de sueño REM (asociados a los sueños) (Herrero, 2018).

El tratamiento no debe prolongarse más de una o dos semanas, ya que los efectos serían inapreciables. Ejemplos de los hipnóticos más usados generalmente son el lormetazepam o el midazolam ( $t_{1/2}$  ultracorta), puesto que los de vida  $t_{1/2}$  larga provocan en mayor proporción sedación diurna y amnesia anterógrada (Herrero, 2018).

### **2.3.3. Efecto relajante muscular**

Este efecto es característico de todas las BZD, aunque varía según el tipo. Es un efecto beneficioso en los estados de ansiedad que presenten tensión, ya que las disminuyen sin perder la coordinación. También es favorable en enfermedades articulares y espasmos musculares (Moreno y García, 2018).

### **2.3.4. Efecto anticonvulsivante y antiepiléptico**

El clonazepam es la BZD más utilizada para el control y la prevención a largo plazo de trastornos convulsivos crónicos. Para ello, se emplean dosis elevadas para conseguir altas concentraciones a nivel cerebral, sin embargo, en general, las BZD no son la primera opción para el tratamiento a largo plazo de epilepsia por los problemas de tolerancia y dependencia que generan (Batlle *et al.*, 2019). A pesar de eso, todas las BZD tienen propiedades anticonvulsivas, especialmente para los ataques causados por agentes tóxicos o debido al síndrome de abstinencia de alcohol y para la mayoría de los tipos de convulsiones agudas o prolongadas, o estado epiléptico, una benzodiazepina intravenosa o rectal sería el tratamiento de primera elección (Batlle *et al.*, 2019).

Un ejemplo de los fármacos empleados para ello son el diazepam por la vía intravenosa (IV), el cual controla las convulsiones del status epiléptico (usado en niños por la vía rectal), y el clonazepam usado en el tratamiento de la epilepsia (Herrero, 2018).

### **2.3.5. Efecto anestésico**

Es importante señalar que, en el entorno perioperatorio, las BZD se utilizan específicamente por sus propiedades amnésicas, pero en casi todos los demás casos, la amnesia es un efecto secundario no deseado. Su uso puede ser ventajoso como complemento de la anestesia para inducir la relajación y la amnesia (pérdida de memoria de procedimiento) en casos de cirugía ambulatoria o procedimiento que permite al

paciente volver a casa el mismo día, por ejemplo, endoscopia o colonoscopia, que son procedimientos muy molestos para los pacientes (Sebghatollahi *et al.*, 2017).

### **2.3.6. Efectos en el aparato respiratorio y en la función cardiovascular**

Las BZD inducen una depresión respiratoria de origen central dependiente de la dosis, con una disminución del volumen corriente y un aumento de la frecuencia respiratoria. Por otra parte, el midazolam provoca una disminución más importante de la presión arterial respecto al diazepam, asociada a un aumento de la capacitancia venosa y a una disminución de las resistencias vasculares sistémicas de menor importancia que la inducida por el diazepam (Bousofara & Raucoules-Aimé, 2016).

### **2.4. Otras indicaciones de las BZD**

Las BZD pueden usarse en pacientes de la unidad de cuidados intensivos (UCI) con ventilación mecánica o con dolor agudo, aunque deben usarse con cuidado debido a la posible depresión respiratoria en algunos casos (Battle *et al.*, 2019).

Se ha demostrado que son la elección de primera fila en el tratamiento para personas que son dependientes del alcohol y dejaron de beber o redujeron su consumo, pues las formas graves de esta dependencia pueden estar asociadas con convulsiones generalizadas, alucinaciones y delirium tremens, pudiendo ser fatales (Sachdeva *et al.*, 2015). En estos casos las BZD han demostrado ser los fármacos mejor estudiados y más efectivos, especialmente para prevenir síntomas severos y particularmente el riesgo de convulsiones y delirium tremens. Las BZD orales más utilizadas para esta patología son el diazepam, clordiazepóxido y lorazepam.

### **2.5. Efectos adversos de las BZD**

En general, las BZD son fármacos bien tolerados si el uso y la administración son correctos. El perfil toxicológico de las BZD es similar entre compuestos, aunque la frecuencia y la gravedad de las reacciones pueden ser diferentes. En la mayoría de los

casos, las reacciones adversas son una prolongación de la acción farmacológica que afecta al SNC (Battle *et al.*, 2019).

- **Frecuentes:** somnolencia (la mitad de los pacientes la experimentan durante los primeros días de tratamiento), sedación, ataxia (especialmente en los ancianos), fatiga y amnesia anterógrada (dificultad para recordar hechos recientes).
- **Ocasionalmente:** mareos, dolor de cabeza, depresión, confusión y disfasia.
- **Excepcionalmente:** acometidas o urticaria, prurito y alteraciones visuales o auditivas.

Además, teniendo en cuenta sus propiedades farmacológicas, las BZD pueden causar hipotonía y dificultades respiratorias, especialmente en pacientes que presentan una deficiencia respiratoria (Battle *et al.*, 2019).

Las BZD están vinculadas a una variedad de efectos adversos, ya sea que se usen a largo, corto plazo, o como sea necesario. Si bien las BZD serían los ansiolíticos ideales si pudieran inhibir selectivamente en la amígdala (implicada en la ansiedad), porque los receptores GABA están ampliamente distribuidos por todo el SNC, las BZD se dirigen indiscriminadamente a todo el cerebro. Esto es particularmente problemático para aquellas áreas del cerebro que ya son hipoactivas en los trastornos de ansiedad, como el PFC (implicado en la desregulación del estado de ánimo que incluye depresión y ansiedad, desregulación del comportamiento que incluye desinhibición e irritabilidad, y disfunción cognitiva que incluye falta de atención y procesamiento cognitivo de riesgo/estrés/trauma) e hipocampo (implicado en efectos amnésicos y extinción inhibida del miedo) (Guina *et al.*, 2015; Guina & Merrill, 2018).

Hoy día, se cuestiona la correcta utilización de este grupo farmacológico, debido al enorme abuso que se realiza de los mismos, fundamentalmente para el tratamiento de la ansiedad e insomnio, donde se recomienda una duración del tratamiento de 2 a 4 semanas en insomnio y de 8 a 12 semanas en ansiedad, incluyendo en ambos casos la retirada gradual, tiempo que se excede en la mayoría de los casos, llegando incluso a convertirse en un tratamiento crónico en algunos pacientes (Guina y Merrill 2018). Además, el uso de medicamentos por iniciativa propia, sin consulta previa al médico (la

automedicación), es una problemática que acompaña al abuso de las BZD (Cantos-Azorín & Sanz-Valero, 2021). Para sumar y a pesar de los conocimientos actuales sobre una mayor sensibilidad a los efectos secundarios en los ancianos, que debería conducir a una mayor precaución, solo un tercio de las prescripciones de BZD, en este grupo de edad, se consideran apropiadas. Todas, situaciones impropias frecuentes, en su mayoría relacionadas con la duración o dosificación excesiva de una prescripción médica o la automedicación, especialmente en un contexto en el que estaría contraindicado, por ejemplo, BZD de acción prolongada en ancianos (Cantos-Azorín y Sanz-Valero, 2021).

En países como España, se ha demostrado que hasta en un 82,5 % de los casos se excede la duración del tratamiento, lo que pone sobre la mesa la posibilidad de una adicción invisible, llegando incluso a ser cuestionadas por algunos investigadores, pues su consumo a largo plazo conlleva dependencia en la mayoría de los pacientes, siendo muy frecuente la automedicación entre la población (Gherekhloo *et al.*, 2017). En los casos de mujeres en edad fértil incluyen riesgos de teratogenicidad. Como se mencionó en una sección anterior de este estudio (distribución de las BZD) están contraindicadas en madres lactantes. De hecho, las BZD se han etiquetado como teratógenos de clase D. Ahora bien, respecto al riesgo de las BZD en el embarazo no está del todo claro. Hay pruebas de que las BZD atraviesan la placenta hasta el feto y se secretan en la leche materna a los bebés, aunque los estudios son mixtos sobre las consecuencias específicas. La evidencia sugiere un mayor riesgo de anomalías faciales, aunque este hallazgo no ha sido consistentemente encontrado y puede haber sido confundido por otras etiologías teratogénicas predisponentes (p. ej., fármacos antiepilépticos). Se ha encontrado que el uso de BZD durante el embarazo puede causar parto prematuro, bajo peso al nacer, abstinencia neonatal, depresión respiratoria, desregulación de la temperatura, apnea, hipotonía, pobre alimentación, sedación, letargo, pérdida de peso, paladar hendido, malformaciones cardíacas, defectos del tubo neural, extremidades deficientes, atresia anal, síndrome del bebé flácido, puntajes de Apgar más bajos e impiden el progreso de parto (Guina & Merrill, 2018).

Por su parte, el uso de BZD durante la lactancia puede causar sedación, pérdida de peso, problemas respiratorios, depresión (especialmente con BZD de acción

prolongada) y abstinencia (especialmente con BZD de acción corta) en niños. Por lo tanto, al igual que con otros escenarios clínicos, el empleo de BZD debe incluir una evaluación de los riesgos y beneficios, y en el embarazo la consideración de los riesgos debe extenderse al feto niño. Esto incluye los riesgos y beneficios de recetar BZD y los riesgos de enfermedades mentales no tratadas en el embarazo, que puede tener una serie de efectos posteriores. Salud mental complicada en el embarazo representan un momento apropiado para contratar a un psiquiatra para colaboración o consulta (Yonkers y Spinelli 2008; Guina y Merrill, 2018).

Por otra parte, se ha asociado el consumo de BZD y prescripción a accidentes de tráfico en carretera, caídas y fractura de cadera. A este respecto se ha demostrado que quienes consumen BZD son más propensos a participar en alguno de estos episodios debido a lo afectadas que se ven habilidades cognitivas complejas como la conducción y la coordinación motriz (Airagnes *et al.*, 2016; Lader, 2014). Por otro lado, se encontró que son las mujeres de edad avanzada quienes sufren mayores efectos físicos colaterales por el uso de estos medicamentos, siendo el bromazepam la BZD más consumida e influyente en ello, aumentando considerablemente el porcentaje de caídas recurrentes y lesiones por caídas (Rojas-Jara *et al.*, 2019).

### **2.5.1. Dependencia y tolerancia**

La dependencia a BZD se debe a la adaptación fisiológica del organismo que aparece tras su uso prolongado, de forma que, al interrumpir su administración, puede producir un malestar significativo que induce al individuo a mantener el consumo. Esta adaptación es la base biológica para que se produzca tolerancia y de que aparezcan síntomas de abstinencia o de retirada al cesar su consumo. El riesgo de dependencia aumenta cuanto mayor ha sido la duración del tratamiento (>3 meses), si las dosis consumidas han sido elevadas o si se han utilizado BZD de vida media corta y elevada potencia ansiolítica. Sin embargo, con frecuencia la dependencia aparece tras un consumo prolongado, aunque las dosis no hayan sido elevadas.

A pesar del uso exitoso de las BZD, la tolerancia se descubrió y estudió rápidamente. Un ensayo clínico en 1985 realizado por el Medical College of Ohio mostró

las diferencias regionales en la regulación a la baja de los receptores BZD cerebrales utilizando un método autorradiográfico cuantitativo debido a la presencia crónica de este fármaco a su locus receptor (Batle *et al.*, 2019). La experiencia clínica mostró que las benzodiazepinas se utilizan con frecuencia para el tratamiento a largo plazo, y hay muchas razones para ello: tradición de prescripción, preferencia del paciente, dificultades asociadas con la abstinencia de BZD (incluso en pacientes que toman dosis bajas) porque tienen un inicio de acción clínico rápido y buena eficacia con pocos efectos adversos iniciales (Battle, 2019).

La ingesta a largo plazo de un fármaco puede inducir tolerancia a los efectos secundarios (porque aumenta las cantidades que son necesitadas para lograr la intoxicación, o los efectos se minimizan con la continuación del uso) y dependencia física, riesgo asociado incluso a dosis terapéuticas. No hay definición estándar de uso a largo plazo, pero el más común es de 6 a 12 meses. La tolerancia a los efectos sedantes de las benzodiazepinas es rápida, pero se desarrolla tolerancia a los efectos ansiolíticos lentamente y de forma limitada (Battle, 2019).

En la desintoxicación se eliminará la dependencia física. La dependencia psicológica es la situación que lleva a continuar el consumo de una droga o sustancia para experimentar los efectos agradables de la misma, aunque en términos clínicos ya no exista la necesidad como tal. En la deshabitación se eliminará la dependencia psicológica y una tendencia descontrolada al consumo masivo. Esta se eliminará tras haber realizado previamente la desintoxicación (Moreno y García, 2011).

Los factores externos que contribuyen a la dependencia son:

- La personalidad impulsiva y poco tolerante a la frustración.
- La actitud social ante el fármaco.

El fármaco psicótopo actúa como un importante reforzador positivo. La conducta de tomar más fármacos. Como refuerzo negativo se evidencia:

- Al controlar situaciones desagradables como puede ser la ansiedad.

- Aliviar los síntomas de abstinencia cuando aparecen. (Moreno y García, 2011).

La supresión brusca del fármaco provoca el síndrome de abstinencia o síndrome de privación de las BZD, que se caracteriza por la alta sensibilidad a la luz y al sonido, rigidez, sudoración, taquicardia, aumento de la presión arterial, malestar abdominal y, a veces, convulsiones. Suele ser autolimitado y de carácter moderado (Álvarez *et al.*, 2008).

Estos diferentes tipos de dependencia suelen aparecer incluso a dosis bajas, ya que son las más potentes y las de menor semivida de eliminación, por tanto, las que poseen una acción corta, son las que provocan el síndrome de abstinencia más severo (Herrero, 2018). Así, los síntomas de abstinencia después del uso prolongado de BZD generalmente se desarrollan más rápido con medicamentos de acción más corta (dentro de 2 a 3 días) que con medicamentos de acción prolongada (dentro de 5 a 10 días). Esta se presenta por síntomas físicos (espasmos, debilidad, tensión muscular, etc.) y síntomas psicológicos (trastornos de ansiedad y pánico, agitación, cambios de humor). Las convulsiones también son bastante comunes, especialmente si el agente se interrumpe abruptamente. Síntomas de abstinencia severos incluyen pensamientos paranoides, alucinaciones y delirio (Soyka, 2017).

#### **2.5.1.1. Factores que condicionan el fenómeno de dependencia**

Aunque los principales factores del uso y dependencia de BZD están claramente definidos en la práctica clínica, el uso a largo plazo parece aumentar con la edad, lo que lleva a una alta tasa de prevalencia de usuarios a largo plazo, particularmente entre la población de mayor edad. Estudios recientes muestran un mayor riesgo para las mujeres mayores con respecto al uso potencialmente inapropiado de BZD, lo que indica una diferencia significativa por sexo entre los pacientes mayores (Morgan *et al.*, 2016). El desempleo y el sexo femenino son otros parámetros relacionados con los riesgos de una ingesta potencialmente inadecuada de BZD. Además de vincular los patrones de uso de BZD con variables demográficas, de estilo de vida y clínicas, estos estudios sugieren una asociación positiva del uso de BZD a largo plazo con el consumo de alcohol, la ansiedad y el estrés psicológico. Los factores psicológicos como la ansiedad, la depresión y el

comportamiento de adicción están asociados con el uso indebido problemático de ansiolíticos (Mokhar *et al.*, 2018; Morgan *et al.*, 2016).

Muchos factores están asociados con el uso a largo plazo de BZD. Estos patrones sugieren que un análisis más profundo podría revelar variables importantes que pueden conducir a una prevención de riesgos más amplia y más basada en la evidencia. Evitar el uso a largo plazo de estos medicamentos podría verse facilitado por el uso de indicadores de riesgo. Estos pueden producir una disminución en el uso de BZD a largo plazo, especialmente en pacientes de edad avanzada (Mokhar *et al.*, 2018).

## **2.6. Riesgos asociados al uso prolongado de BZD**

El uso crónico de BZD tiene un cociente riesgo/beneficio desfavorable en la mayoría de los pacientes. Es mayor en personas de avanzada edad, donde los efectos adversos sobre las funciones cognitivas y motoras pueden ser la causa de una mayor desorientación y delirios. Estos síntomas se agravan cuando existe polimedicación con otros fármacos como derivados opioides de prescripción médica. Todos estos efectos colaterales afectan considerablemente a las habilidades manuales, incluyendo la destreza al volante de un automóvil. Incluso, el uso de BZD puede ser también un factor predictor para el desarrollo del Alzheimer (de Gage *et al.*, 2012). Además, como ya se mencionó, en las personas de avanzada edad se asocia con mayor riesgo de fractura de cadera, patología que, a su vez, se asocia con la elevada morbilidad y mortalidad (González Moreno, 2020).

## **2.7. Bases neurobiológicas de la adicción**

Las sustancias que causan adicción como son la cocaína, BZD, nicotina, etc., aumentan de forma indirecta la liberación o la concentración de dopamina (DA) en el núcleo accumbens (NAC). El núcleo que libera DA al NAC es el área ventral tegmental (AVT) (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

La dependencia a dichas sustancias es producida por una disfunción neurobiológica de las estructuras cerebrales mesencefálicas, corticales y límbicas implicadas en procesos de reforzamiento de la conducta y en la motivación. Las áreas

AVT y el NAC son regiones cerebrales relacionadas con el aprendizaje y las vías de recompensa (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

Las drogas de abuso producen un aumento de la concentración del DA en el NAC y el estímulo crea un refuerzo relacionado con el consumo de dichas drogas. La exposición repetida del estímulo produce la dependencia física (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

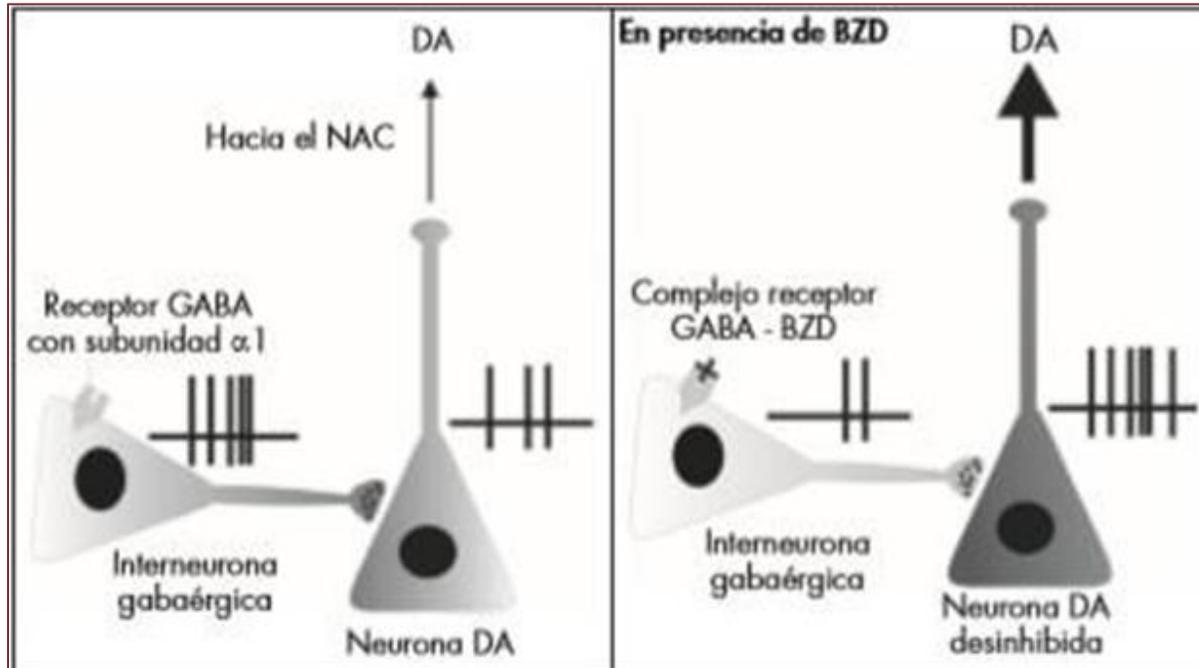
En el caso de las BZD se ha demostrado una similitud del mecanismo de adicción con respecto a otras drogas (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013). Para explicarlo, es necesario señalar que el AVT es un núcleo de tres poblaciones neuronales con diferentes funciones, donde la función de las interneuronas es disminuir la actividad eléctrica de las neuronas dopaminérgicas y así la cantidad de DA liberado al NAC, está bajo el control de la liberación del neurotransmisor GABA por parte de las interneuronas (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

Se ha demostrado que, aunque todas las neuronas expresan en el receptor GABAA, este es diferente a su composición molecular entre las neuronas dopaminérgicas y las neuronas gabaérgicas. La subunidad del receptor GABAA de las neuronas dopaminérgicas es el  $\alpha 3$  mientras que el de las interneuronas es el  $\alpha 1$ . Basándonos en esto señalamos que el efecto de las BZD sobre el circuito AVT-NAC está determinado por su efecto sobre la subunidad  $\alpha 1$  de los receptores GABAA que expresan las interneuronas inhibitorias (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

Mediante el estudio de las interneuronas y las neuronas dopaminérgicas concluimos en que aunque ambos tipos son susceptibles al efecto de las BZD, las interneuronas lo son más, dejando de liberar GABA a las neuronas dopaminérgicas, lo que origina una pérdida de inhibición de estas últimas, lo que promueve que la entrada excitatoria de las neuronas dopaminérgicas del AVT no tenga ningún contrapeso sináptico, lo que acaba produciendo la liberación descontrolada de DA en el NAC (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

En la figura 2 se puede apreciar el mecanismo neurobiológico de la adicción producida por BZD.

Figura 2. Mecanismo neurobiológico de la adicción producida por BZD



Nota: Adaptado de Rosas-Gutiérrez *et al.*

Esta figura muestra el funcionamiento de las neuronas del AVT, revelando lo que sucede cuando administramos la BZD y como el complejo receptor GABA- BZD creado, refuerza el consumo de BZD y genera la dependencia física y adicción a dichos fármacos, a partir de una mayor liberación de DA en el NAC por la disminución en la inhibición.

## **2.8. Tratamiento en caso de intoxicación**

En general, las BZD son una familia de fármacos segura porque presentan un gran índice terapéutico, los pacientes pueden abusar de ellos por automedicación o aumentando la dosis terapéutica para fines recreativos. El riesgo real surge cuando los pacientes combinan estos medicamentos con otras sustancias: el uso combinado de alcohol y benzodiazepinas aumenta el riesgo de muerte por sobredosis. Una interacción fatal similar puede ocurrir con los opioides: los usuarios de opioides de alto riesgo a menudo hacen un mal uso de las BZD y se asocian con morbilidad y mortalidad en este grupo (Batlle *et al.*, 2019; Liebrez *et al.*, 2015).

El mal uso o abuso puede provocar intoxicación o síndrome de abstinencia, que puede ser fatal. (Soyka, 2017). Afortunadamente, la sobredosis con benzodiazepinas responde a un antagonista, el flumazenil, aunque tiene sus limitaciones y posibles efectos adversos. Este antagonista de las benzodiazepinas, está disponible para el tratamiento de la intoxicación aguda y se ha demostrado que también revierte los efectos sedantes (Battle, 2019).

### **2.9. Interacciones y contraindicaciones de las BZD**

Como hemos comentado antes, las BDZ con ciertas sustancias pueden producir reacciones adversas que pueden incluso ocasionar la muerte. Este es el caso cuando se asocian las BZD al alcohol, barbitúricos, sedantes, antihistamínicos, algunos antidepresivos, analgésicos opioides o las fenotiazinas, que pueden provocar o potencian los efectos depresores del SNC (Deglin y Vallerand, 2009).

Así las BZD tienen interacciones farmacodinámicas con los fármacos que producen sedación haciendo que el efecto depresor de las BZD se suma con el de otros sedantes (Álvarez *et al.*, 2008). Comprender la prescripción de BZD entre los adultos mayores es de particular importancia dado el mayor riesgo de polifarmacia y la mayor sensibilidad a los efectos secundarios de los medicamentos dentro de esta población. El uso de BZD entre adultos mayores se ha asociado con muchos efectos adversos, como caídas, fracturas y accidentes automovilísticos. Si bien varios estudios han sugerido una posible asociación entre el uso de BZD y un mayor riesgo de demencia, un estudio prospectivo no encontró un aumento en el riesgo con una mayor exposición a BZD. (Gerlach *et al.*, 2018). Además, la mayoría de las BZD no deben asociarse a los inhibidores de la monoaminoxidasa (MAO) (Deglin y Vallerand, 2009).

Con los fármacos anticonvulsivantes, las BDZ modifican sus niveles plasmáticos, lo cual es peligroso en los pacientes con riesgo de padecer convulsiones. Cuando se combinan con los anticonceptivos hormonales, se inhibe el metabolismo enzimático de las BZD, por lo que hay que recomendar una anticoncepción adecuada (Moreno y García, 2011). En el caso de fármacos como la cimetidina, disulfiram, isoniazida y los

estrógenos, se produce un aumento de los niveles plasmáticos de las BZD y como ya se mencionó, con el uso de antiácidos puede disminuir su absorción (Álvarez *et al.*, 2008).

El uso de BZD puede incrementar los niveles plasmáticos de fenitoína, digoxina y provocar una reducción del efecto antiparkinsoniano de la levodopa. Por último, se resalta que el metabolismo de los componentes benzodiacepínicos puede verse aumentado por el consumo del tabaco (Álvarez *et al.*, 2008).

Nótese que las BZD están contraindicadas o deben usarse con precaución en los casos de:

- Miastenia gravis
- Glaucoma de ángulo estrecho
- Insuficiencia respiratoria grave
- Apnea del sueño
- Alcoholismo o toxicomanía
- Gestación (incidiendo durante el primer trimestre)
- Lactancia
- Insuficiencia renal grave
- Insuficiencia hepática
- Niños
- Ancianos

En el caso de los ancianos, el efecto de las BZD es superior al obtenido en la población adulta, por lo que conviene ajustar la dosis al mínimo necesario en personas mayores de 65 años, no solo por el riesgo de caídas, sino por el riesgo de producir ataxia (Álvarez *et al.*, 2008).

## **2.10. Consecuencias para la vida diaria de la toma de BZD**

Aunque los riesgos para la vida del paciente con la toma de BZD son bajos si su prescripción y uso es correcto, existen consecuencias a corto y a largo plazo cuando no se utilizan según las pautas indicadas.

**A corto plazo:**

- Somnolencia.
- Alteración de las funciones psicomotoras (con aumento del riesgo de accidentes, sobre todo en ancianos).
- Alteración de la memoria (fallo en la capacidad de consolidación de la información, afectando sobre todo a la memoria a medio plazo).

**A largo plazo:**

- Alteraciones cognitivas; como las alteraciones visoespaciales, el mantenimiento de la atención en una tarea repetitiva bajo la presión del tiempo y la alteración de la memoria (referido a la consolidación de la información). Estas alteraciones se restablecen al acabar el tratamiento.
- Abuso; implica un uso no terapéutico de las BZD en búsqueda de euforia, placer o intoxicación deliberada y frecuente asociada a otras sustancias (alcohol, cocaína...).
- Síndrome de rebote y dependencia; presentes en el consumo a altas dosis como también en bajas.
- Depresión; en pacientes dependientes o personas consumidoras de BZD a largo plazo.
- El consumo prolongado en el tiempo se asocia a una mayor cantidad de alteraciones emocionales y una mayor consulta de posibles enfermedades orgánicas.
- Un consumo a largo plazo provoca que los pacientes al no ser conscientes de la disminución de sus habilidades, pueden ser un riesgo para ellos mismos y para los demás.

**Otras consecuencias:**

- El uso de forma continuada en el embarazo puede provocar un síndrome de abstinencia en el neonato y posibles malformaciones con su uso durante el primer trimestre.

- Desarrollar una hipersensibilidad al fármaco.
- Se ha demostrado que su utilización puede llegar a ser discutible en pacientes que estén viviendo crisis agudas debido a un duelo, ya que el uso de BZD no permitiría un adecuado ajuste y buen manejo psicológico de la situación.
- Provocarían efectos paradójales, los cuales son menos frecuentes, pero pueden ser más graves, como la desinhibición de la conducta agresiva y de la conducta suicida en pacientes con algunos trastornos de la personalidad (MINSAL, 1994, Castillo, 2020).

### **2.11. Derivados benzodiazepínicos**

En este apartado se incluyen tres fármacos derivados de las BZD con acción ansiolítica e hipnótica que son: el zolpidem, la zopiclona, el clometiazol y el zaleplon (Moreno y García, 2011). Son fármacos que se usan para inducir el sueño porque potencia la acción gaba en los receptores GABAA (Rang, 2016). Poseen el mismo mecanismo de acción que las BZD (facilitando la acción inhibitoria efecto de GABA) pero mostrando más selectividad por BZ1, que afecta específicamente a la sedación y también causan menos efectos adversos. Sin embargo, no tienen estructura química BZD, ni siquiera la misma entre ellos (Weaver, 2015).

En primer lugar, el zolpidem es un hipnótico no benzodiazepínico que actúa en el receptor benzodiazepínico presente en cerebelo y corteza y no sobre los receptores medulares y periféricos, lo que le confiere una actividad hipnótica específica. Tiene una vida media corta, sin metabolitos activos y no se acumula con dosis repetidas (Moreno y García, 2011). Respecto a su actividad, reduce el periodo de latencia del sueño y mejora su calidad.

Tiene un efecto de rebote que es mínimo tras su suspensión y una escasa capacidad de producir dependencia. Se metaboliza a metabolitos inactivos por oxidación hepática, por lo que hay que disminuir su dosis en ancianos y en pacientes con problemas hepáticos (Moreno y García, 2011). Herrero (2018) afirma que: “La zopiclona es un hipnótico agonista de los receptores benzodiazepínicos. En pacientes cirróticos su aclaramiento plasmático está reducido. Disminuir la dosis en caso de insuficiencia

respiratoria y hepática” (p. 95). En último lugar, el clometiazol es un “derivado tiazólico con acción hipnótica, ansiolítica y anticonvulsivante. Hipnótico muy útil en ancianos cuando no se pueden emplear BZD. Usar en medio hospitalario y en tratamientos inferiores a una semana (provoca dependencia fuerte)” (Herrero, 2018, p.95).

### **2.12. Buspirona**

Herrero (2018) refiere este fármaco como: “un ansiolítico parcial de los receptores 5-HT1A (serotonérgicos) con escaso efecto sedante y eficacia similar a la de las BZD” (p. 95). Carece de actividad hipnótica, anticonvulsivante y miorrelajante. No provoca trastornos cognitivos o psicomotores, ni produce síndrome de abstinencia. A esto se añade que no potencia el efecto depresor del alcohol o de otros depresores del SNC, por lo que la Buspirona tiene una menor incidencia de efectos secundarios en comparación a las BZD (Herrero, 2018).

Su principal inconveniente es que el inicio de la acción ansiolítica tarda en aparecer unos 10 días aproximadamente. Mientras que su máximo beneficio terapéutico se alcanza transcurrido un mes de tratamiento. Por ello, los pacientes tratados con BZD no se sienten tan aliviados al ser sustituidas las BZD por la Buspirona, respecto a la sintomatología de abstinencia (Herrero, 2018).

Son usadas en las situaciones de ansiedad con o sin depresión asociada, siendo muy beneficiosas en pacientes con patología pulmonar, apnea del sueño o cuando las BZD están contraindicados (Herrero, 2018).

### **2.13. Tratamiento no farmacológico de la ansiedad e insomnio. Una alternativa a las BZD**

Para el manejo del insomnio existen medidas farmacológicas, no farmacológicas y combinadas (Alberdi *et al.*, 2018). Según la Guía Clínica de para el tratamiento del insomnio se deberá seguir un proceso paulatino escalonado, comenzando con la

educación para la salud y las medidas no farmacológicas (Baidés Noriega *et al.*, 2019). Para el abordaje del problema, solo se considera indicado uso de medidas farmacológicas con efecto hipnótico, si las medidas no farmacológicas fracasan y el insomnio interfiere en las ABVD. Además, en todos los casos, deberán prescribirse durante periodos de tiempo cortos priorizando el tratamiento no farmacológico (Alberdi *et al.*, 2018) (Baidés Noriega *et al.*, 2019).

El conocimiento y aplicación de las intervenciones no farmacológicas por parte de los profesionales sanitarios es fundamental para el manejo del problema. Estas terapias forman el primer escalón para el abordaje del insomnio y deben mantenerse durante todo el tratamiento para evitar el exceso en el uso de fármacos hipnóticos y persiguiendo mejores resultados a largo plazo (Baidés Noriega *et al.*, 2019).

El tratamiento no farmacológico del insomnio implica, además de medidas higiénicas del sueño, otras terapias conductuales entre las que se cuentan:

- Control de estímulos.
- Relajación muscular progresiva.
- Técnicas de respiración consciente y restricción del tiempo en la cama.

Tiene varias ventajas respecto al tratamiento exclusivamente farmacológico: menor coste, menos efectos secundarios y el paciente es el protagonista activo de su mejoría. A largo plazo, tiene menor riesgo de recaídas (Domínguez *et al.*, 2015).

A la hora de hablar del insomnio, no hay que definir como insomnes a todo aquel que le cueste dormir, para evitar que el paciente se obsesione y termine agravando su estado. Las necesidades normales referentes al número de horas de sueño varían entre 5 y 9 horas, variando para cada persona y este número disminuye según se envejece (Moreno y García, 2011).

El tratamiento no farmacológico de la ansiedad e insomnio que constituye el centro de esta investigación aborda las siguientes intervenciones y ofrece Educación Para la Salud (EPS) en los campos de: alimentación, horarios, prácticas para el manejo del estrés, meditación, psicoterapia, ejercicio físico, fototerapia y plantas medicinales.

En la alimentación debe informarse al paciente con ansiedad o insomnio de la necesidad de disminuir o evitar el uso de sustancias excitantes como son: café, teína, chocolate, nicotina, etc. Los que padecen insomnio, sobre todo deben evitar estas sustancias después de la comida y hasta el día siguiente, no deberán realizar cenas copiosas ni ingerir líquidos en exceso. En cambio, sí que podrán tomar alimentos ricos en triptófano como el plátano, piña o leche, entre otros, por sus efectos sedantes.

Respecto al ambiente, la habitación tiene que estar oscura, ser confortable, no debe haber ruidos y debe tener una temperatura adecuada. En el dormitorio no se han de realizar: actividades mentales o físicas estresantes, comer, beber, ver la televisión o trabajar en el dormitorio, ya que ello aumentará el estrés.

Sobre el horario es importante establecer unas rutinas para la hora de dormir o de levantarse, creando un ritmo de actividad-reposo, incluso en los días donde no hayamos tenido un sueño adecuado. Se considera saludable unos 20 minutos de siesta al día, pero no se debe incrementar el tiempo de siesta en los días que no se haya dormido bien.

Se tiene que reducir el tiempo de permanencia en la cama despierto y si no se puede conciliar el sueño, se recomienda levantarse de la cama y hacer otra actividad hasta cansarse y tener sueño. Si a pesar de ello no se consigue dormir, se aconseja girar el despertador, ya que este gesto reduce la ansiedad.

Referente a la fototerapia, se ha demostrado que exponerse a la luz durante 1 hora tras levantarse ayuda a regular el ritmo circadiano de sueño-vigilia.

El ejercicio físico matutino mejora el sueño nocturno, así las últimas horas de la tarde se aprovecharían para tareas más relajadas.

La relajación es clave antes de acostarse. Se consigue con música relajante, baños de agua caliente, lectura agradable...

Por último, hay una gran variedad de plantas medicinales usadas para facilitar el sueño y disminuir la ansiedad, como son: Espino albar, Kava, Lúpulo, Pasiflora, Pavolina, Valeriana, Melisa, Tila, Azahar y la Menta (Moreno y García, 2011).

## **2.14. Deshabitación a las benzodiacepinas**

En relación con los síntomas de abstinencia después del uso prolongado de BZD, generalmente se desarrollan más rápido con medicamentos de acción más corta (dentro de 2 a 3 días) que con medicamentos de acción prolongada (dentro de 5 a 10 días). Esta se presenta en forma de síntomas físicos (espasmos, debilidad, tensión muscular, etc.) y síntomas psicológicos (trastornos de ansiedad, pánico, agitación, cambios de humor). Las convulsiones también son bastante comunes, especialmente si el agente se interrumpe abruptamente. Los síntomas de abstinencia severos incluyen pensamientos paranoides, alucinaciones y delirio (Soyka, 2017).

Como ya se ha comentado, un tratamiento superior a 4 semanas puede causar dependencia y síndrome de abstinencia cuando se retire el fármaco. El síndrome aparece más frecuentemente en pacientes que han tomado dosis elevadas; como más de 15 mg al día de diazepam o similar, y usado por más de 3 meses para la ansiedad y de 6 semanas para el insomnio (Moreno y García, 2011).

Tiziani (2018) reporta que: “La suspensión de BZD debe ser gradual (en 4 a 16 semanas, dependiendo de la indicación para su uso), para evitar síntomas de abstinencia” (p. 55). Síndrome que se ha descrito hasta 3 semanas después de la interrupción de una BZD de acción larga, aunque a veces se manifiesta a las pocas horas cuando se trata de una BZD de acción corta. (Álvarez *et al.*, 2008).

Los síntomas que pueden manifestarse con el síndrome de abstinencia son: insomnio, ansiedad, pérdida de apetito y de peso, temblor, sudor, acúfenos, y en casos graves, trastornos de la percepción (Álvarez *et al.*, 2008).

Estos síntomas descritos son similares al trastorno original y a veces favorece que se produzca un incremento de la dosis y la posibilidad de continuar con la sintomatología incluso meses o semanas tras la suspensión del tratamiento (Álvarez *et al.*, 2008).

Las BZD de vida media corta producen con más facilidad este síndrome, ya que hay que administrarlas más frecuentemente, por lo que se recomienda sustituirlas por las BZD de vida media larga como el diazepam, a dosis equivalente, y administrarlas

preferentemente por la noche en una única toma (Moreno y García, 2011). Las BZD en pacientes con un consumo prolongado, especialmente si son de acción corta, se pueden retirar en fases quincenales aproximadamente en un octavo (intervalo de un décimo a un cuarto) de la dosis diaria. Así, en ese caso, se cambia el tratamiento del paciente por una dosis equivalente diaria de un fármaco de larga duración por la noche, como el diazepam. Empezaría a reducirse la dosis de diazepam cada 2 o 3 semanas de 2 o 2,5 mg. Si aparecen síntomas de abstinencia, se ha de mantener la dosis hasta la mejora de los síntomas (Álvarez *et al.*, 2008).

La reducción de las dosis se hace siempre de forma paulatina, y si fuera necesario, en escalones menores, ya que se prefiere reducirla lentamente a hacerlo con una premura exagerada. Finalmente, el tiempo para la suspensión completa de la medicación puede variar de las 4 semanas hasta 1 año o más (Álvarez *et al.*, 2008).

En resumen, las pautas protocolarias para minimizar esos cuadros de abstinencia son:

- Tratamientos de duración inferior a 4-6 semanas en el insomnio y a los 3- 4 meses en situaciones de ansiedad.
- No se recomienda la suspensión brusca de un tratamiento prolongado.
- Se aconseja reducir la dosis de forma paulatina.
- Emplear la dosis mínima eficaz usándola el menor tiempo posible en el caso de ansiedad (Herrero, 2018).



### CAPÍTULO 3: CUIDADOS ENFERMEROS EN EL CONSUMO DE BZD

El papel de los cuidados enfermeros en las intervenciones psicoeducativas y en el cuidado del paciente que consume BZD es fundamental en diversos aspectos. Esta función tiene un enfoque multidimensional, que abarca las esferas familiares, sociales, biológicas y la posibilidad de intervención farmacológica. En primer lugar, las enfermeras participan activamente en la psicoeducación del paciente. En este sentido, la enfermera puede impartir información al paciente sobre la naturaleza de su trastorno de ansiedad y sobre el consumo de BZD, proporcionando soporte y estrategias de gestión. Este proceso psicoeducativo puede desarrollarse tanto de forma grupal como individual, dependiendo de las necesidades del paciente (Rodrigues *et al.*, 2018).

Además, con la aparición de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs), las enfermeras tienen un papel relevante en la implementación de programas de tratamiento basados en estas tecnologías. Estos programas pueden incluir la exposición gradual a estímulos temidos, la orientación cognitivo conductual con técnicas de relajación y control de la respiración y/o la reestructuración cognitiva (Rodrigues *et al.*, 2018; Schofield *et al.*, 2020; Rollman *et al.*, 2018).

En relación con el cuidado de pacientes que consumen BZD, la enfermera tiene un papel crucial en el monitoreo de la evolución del paciente y en la identificación de posibles efectos adversos relacionados con el consumo de estas sustancias. Esto incluye el seguimiento de la adherencia al tratamiento y la evaluación de la efectividad de este.

Es importante destacar que la efectividad de las intervenciones de enfermería en el manejo de la ansiedad y el consumo de BZD ha sido demostrada en diversas áreas de cuidados, como la oncología y el cuidado de familiares de pacientes de salud mental (Schofield *et al.*, 2020, Shereda *et al.*, 2019). Por ejemplo, en el ensayo clínico aleatorizado realizado por De Góes Salvetti *et al.*, 2021, se evaluaron los efectos de una intervención psicoeducativa liderada por personal de enfermería, sobre el control de la calidad de vida (CdV) entre los pacientes con cáncer. El ECA incluyó a 107 pacientes ambulatorios oncológicos en tratamiento con quimioterapia o radioterapia. Los participantes fueron asignados al azar, unos se incluyeron al grupo de control (con

tratamiento habitual) o al grupo de intervención (solamente con intervención psicoeducativa), y evaluaciones al inicio y al finalizar de la intervención en ambos grupos. Como principales resultados, se obtuvo que, en el grupo experimental, hubo una mejora significativa, en términos de mejora de apetito ( $p= 0,002$ ). Sin embargo, se necesita más investigación para determinar la efectividad de las intervenciones llevadas a cabo por enfermeras que utilizan formatos online (Rollman *et al.*, 2018).

De lo anterior se evidencia la necesidad de implementar un abordaje transversal para mejorar la formación de los profesionales de enfermería en el uso de herramientas telemáticas para realizar intervenciones psicoeducativas. Diversos estudios ya han demostrado la eficacia de estas intervenciones, sin embargo, se requieren más investigaciones que se enfoquen específicamente en la formación y las habilidades de los profesionales de enfermería para liderar estas intervenciones de manera efectiva. Sin embargo, aunque la participación de los profesionales de enfermería en la realización de estas intervenciones ha demostrado ser efectiva, todavía hay un camino por recorrer en cuanto a su implementación en el ámbito de la telemedicina (Martínez-López *et al.*, 2022).

### **3.1. Indicaciones para la valoración y cuidados enfermeros**

1. No administrar el tratamiento si se tiene algún tipo de alergia o hipersensibilidad a las BZD o sus derivados.
2. Valoración individualizada de cada paciente.
3. Diseño de guías y protocolos mediante un enfoque multidisciplinar.
4. Formación y experiencia de las enfermeras responsables de la atención al paciente.
5. Vigilar la tensión arterial pulso y función respiratoria durante toda la IV en el caso de la administración de diazepam u otro fármaco similar por vía IV.
6. Un tratamiento prolongado a dosis altas puede provocar dependencia física o psicológica. Hay que limitar la cantidad del fármaco que puede disponer el paciente, sobre todo en casos de depresión, tendencia al suicidio o antecedentes de adicción.

7. Antes de iniciar el tratamiento y durante toda su duración, hay que ir valorando continuamente a intervalos regulares el grado de ansiedad y sedación (ataxia, mareos, habla confundida...).
8. Cuando se cambia un ansiolítico a la Buspirona, aquel debe retirarse de manera gradual, ya que la Buspirona no evita los síntomas de abstinencia (Deglin y Vallerand, 2009).
9. Los pacientes ambulatorios deben iniciar el tratamiento con la dosis más baja posible para disminuir el riesgo de caídas.
10. Las BZD no se recomiendan como tratamiento primario en personas con depresión o psicosis, pues pueden intensificar la depresión, enmascarar algunas tendencias suicidas o contribuir al deterioro en el caso de esquizofrenia grave.
11. Debe indicarse la importancia de no suspender el tratamiento con BZD de manera abrupta.
12. La sobredosificación se trata con carbón activado (ya sea por VO o por sonda nasogástrica) y con el flumazenilo IV.
13. Ser precavidos cuando se usen en pacientes donde la disminución de la presión arterial pueda acarrear complicaciones cardíacas o cerebrales.
14. Tener cautela si se administran BZD en pacientes con glaucoma de ángulo agudo, debilidad muscular preexistente o ataxia espinal-cerebelosa, depresión respiratoria y disfunción renal o hepática.
15. Las BDZ no deben administrarse en pacientes con miastenia grave, apnea del sueño, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con insuficiencia respiratoria incipiente, disfunción hepática grave y antecedentes de drogas o alcohol (Tiziani, 2018).

### **3.1.1. Indicaciones sobre la información al paciente-familia**

1. Indicar al paciente que evite la conducción de vehículos u operar máquinas si presenta somnolencia, vértigos, mareos.

2. Alertar al paciente de la disminución de la tolerancia al alcohol u otros depresores del SNC. Recomendar evitar el consumo en exceso de alcohol.
3. Avisar de la interacción del zumo de pomelo con las BZD durante el tratamiento, ya que aumentaría su concentración plasmática.
4. Hay que informar de que los efectos adversos que se observan al inicio del tratamiento suelen desaparecer al continuar su uso o con una disminución de la dosis.
5. El paciente debe ser alertado del peligro de la supresión brusca del tratamiento, automedicación o modificación de la dosis prescrita.
6. Enseñar a que el paciente solicite asistencia médica inmediata si presenta: conducta agresiva, ira, violencia, alucinaciones, temblor, vómito ictericia cutánea u oftálmica coluria...
7. Se recomienda a las mujeres que utilicen anticonceptivos para evitar el embarazo e informar de su planificación o sospecha (Tiziani, 2018).

## CAPÍTULO 4: LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON EL GÉNERO

### **4.1. Diferencias entre sexo y género**

Los términos sexo y género se usan a veces de forma indistinguible, pero hacen referencia a realidades diferentes con significados también distintos. El término “sexo” hace referencia a las características biológicas (cromosómicas, gonadales, hormonales, genitales...) e incluye los aspectos relacionados con la procreación y la sexualidad. Es un concepto multidimensional, pero que, al final, se convierte en una noción binaria referida a: hombre-mujer y masculino-femenino, aunque los elementos que la forman sean un continuo (Sánchez, 2014). Así pues, sexo y género no son sinónimos. El sexo, —a menos que se especifique lo contrario—, se relaciona con la biología: los gametos, los cromosomas, las hormonas y los órganos reproductivos mientras que el género se relaciona con los roles sociales, los comportamientos y las expectativas que varían con el tiempo y el lugar, histórica y geográficamente. Estas categorías describen diferentes atributos que deben ser considerados dependiendo del propósito para el que están destinados. La OMS establece que “Género se utiliza para describir las características de mujeres y hombres que son construidas socialmente, mientras que sexo se refiere a aquellas que son biológicamente determinadas (Mauvais-Jarvis *et al.*, 2020).

Sin embargo, la investigación médica contemporánea y la práctica clínica a menudo usan erróneamente sexo y género de manera intercambiable. Además, hay otras categorías, con propósitos distintos. El término es también usado en el campo de la investigación utilizando los términos de sexo masculino y femenino para comparar hombres y mujeres, pero sin mencionar los aspectos relacionados con el género. En este caso se designan como “diferencias entre sexos” sin la presunción sobre si las diferencias entre ellos son biológicas, sociales, psicológicas, o una interacción de todas (Sánchez, 2014).

En este sentido, Lovaas mencionó en 2005 que: “El término “género” hace referencia a roles, relaciones, rasgos de personalidad, actitudes, comportamientos,

valores, influencias y relaciones de poder que se construyen culturalmente y que la sociedad atribuye de forma diferencial a uno u otro sexo.” (Como es citado en Sánchez, 2014, p. 19). Al ser una categoría social hace que no existan unos rasgos o conductas que pertenezcan a un sexo en concreto. Todo ello, hace que la identidad de género sea el resultado del proceso evolutivo mediante el cual se interiorizan las expectativas y las normas sociales. Es el sentido psicológico que tiene un individuo de ser varón o mujer, junto con los comportamientos psicológicos y sociales que la sociedad define como masculino o femenino. Estos valores son transmitidos por la familia y escuelas, contribuyendo al reconocimiento que cada sujeto hace de su propia categoría de género (Sánchez, 2014).

En la cultura occidental se contribuye a la adquisición de los patrones de valentía y protección en niños, y de atracción y bondad en niñas. La pertenencia a un grupo u otro se realiza en una relación simétrica entre los grupos, lo que da lugar a la identificación colectiva de los individuos (Sánchez, 2014). Por otro lado, los hombres (como genérico) pertenecen a los grupos dominantes mientras que las mujeres (como genérico) pertenecen a los grupos dominados (Sánchez, 2014). Sin embargo, la bipolaridad del hombre vs. mujer, masculino vs. femenino, no refleja la gran variedad de experiencias, comportamientos e identidades que forman el género, ya que los seres humanos expresan su género a lo largo de comportamientos y características, y no a través de categorías excluyentes (Sánchez, 2014).

#### **4.2. Estereotipos e identidad de género**

El género se basa en un aprendizaje iniciado en etapas muy tempranas de la vida. Se distinguen a su vez 3 conceptos: la identidad de género, los roles de género y las relaciones de género (Sánchez, 2014). En cuanto a la identidad de género, se dice que es aquella que permite a la persona ubicarse en ese continuo de género. Esta identificación influye sobre los sentimientos y comportamientos relacionados con los sentimientos de ser un hombre o una mujer, pero es diferente a la orientación sexual (Sánchez, 2014).

La identidad de género se forma en función del contexto social, que determina cuál es la expresión del género adecuada según el sexo biológico de la persona. Por otro lado, las personas transgéneros son individuos que tienen una identidad de género incongruente con el sexo designado al nacer. Numerosos términos en el campo médico transgénero tienen definiciones superpuestas, lo que causa confusión entre los proveedores de atención médica involucrados en la atención transgénero (Korpaisarn & Safer, 2019).

Los roles de género o papeles establecen la forma en la que se expresa la identidad de género de la persona. Son las normas de comportamiento que el grupo social define para los hombres y las mujeres, e influyen sobre lo que deben sentir, qué es lo correcto, qué deben esperar, cómo tienen que expresarse, etc. (Sánchez, 2014).

Referente a las relaciones de género se definen cómo la manera en que cada persona debe relacionarse con los demás y cómo los otros se relacionan con ella según el género atribuido. El concepto de estereotipo designa al conjunto rígido y estructurado de creencias compartidas por los miembros de la sociedad y que se refieren a las características de la persona, como sus motivaciones, intereses, rasgos de personalidad (Sánchez, 2014).

El estereotipo sugiere un prejuicio y discriminación, cuando tiene un sentido negativo, o una simplificación de características muy esquematizadas, refiriéndose a un sentido más positivo. Son “atajos mentales” basados en generalizaciones e imágenes que permiten confirmar algunas de las creencias del sujeto y hacer una adaptación al medio. Son interiorizados mediante los procesos de interacción social y favorecen una valoración positiva del endogrupo a la vez que sirven para justificar las percepciones que tiene el individuo sobre el exogrupo. Al ser una construcción subjetiva, estos pensamientos estereotipados no siempre coinciden con la realidad (Sánchez, 2014).

A continuación, se resumen las características asociadas a los estereotipos masculinos y a los femeninos de la cultura occidental (Sánchez, 2014).

Tabla 6. Diferencias entre el estereotipo masculino y el femenino

	Estereotipo masculino	Estereotipo femenino
<b>Rasgos</b>	Activo, decidido, competitivo, independiente, seguro de sí, fortaleza psíquica...	Dedicación a los otros, emotividad, amabilidad, comprensión, calidez, consciente de los sentimientos de los demás...
<b>Roles</b>	Proveedor y control económico, cabeza de familia, líder, iniciativa sexual...	Ocupaciones domésticas, interés, fuente de soporte emocional, preocupación de y por los niños...
<b>Características físicas</b>	Atlético, corpulento, musculoso, fuerte, alto...	Belleza, elegante, sexy, eterna juventud...
<b>Destrezas cognitivas</b>	Analítico, pensamiento abstracto, destrezas matemático-científicas...	Pensamiento concreto, artístico, creativo, inteligencia social, destrezas verbales...

Nota. Derivado de La salud de las mujeres de M<sup>a</sup> del Pilar Sánchez López.

A partir de estos estereotipos sobre los hombres y mujeres se construye el sexismo, que se define como la actitud que se tiene hacia una persona o grupo en función de su sexo (Sánchez, 2014). Por otro lado, en relación con la ciencia y con base en la descripción de las teorías de salud anteriores, se había mantenido en el lenguaje el uso del masculino genérico para evidenciar la invisibilidad de la existencia de los sexos en dichos marcos teóricos, por lo que, el uso del patrón masculino y la invisibilidad de la existencia de las mujeres está presente en todas las manifestaciones científicas y textos referentes anteriores al feminismo (Sánchez, 2014).

Con la llegada del movimiento y de la teoría feminista se hacen visibles a las mujeres para que no permanezcan invisibilizadas bajo el género masculino, aportando mediante esta teoría, que el ser humano tiene sexo y que ambos sexos tienen una valoración cultural y social diferente y a su vez jerarquizada; estando las relaciones entre hombres y mujeres en el sistema patriarcal basadas en relaciones de poder y en la opresión de la mujer (Velasco, 2009).

Los estudios de género han enfatizado hasta ahora el tema de la desigualdad de la mujer en relación con el hombre, es decir, el énfasis ha estado en la mujer. Quizás se

deba a que el hombre desde siempre ha manejado las estructuras de poder, por tanto, se ha colocado en un orden superior a la mujer y ha sido esta última la que ha tenido que emprender la lucha por la igualdad de género (Farias y Cuello, 2018).

También, es sabido que los estereotipos de género se componen de una serie de características que se asocian más a hombres o a mujeres. Los hombres asociados a roles de poder y las mujeres al desarrollo de trabajos de cuidado a los demás. Así, se asocia el poder en el nivel público a los hombres y el nivel privado a las mujeres (López-Zafra *et al.*, 2008).

Es evidente que algo está cambiando en la sociedad actual, pero, a pesar de que las relaciones intergrupales entre los géneros están evolucionando, todavía persisten ciertos estereotipos de género que se resisten al cambio (García & Castro, 2017).

#### **4.3. Factores de vulnerabilidad relacionados con el género**

En general pareciera que las mujeres son más vulnerables a que su salud mental resulte afectada por ciertos factores sociales, aunque también cabe la posibilidad de que los hombres subreporten problemas de salud mental por su dificultad para buscar ayuda si los aqueja algún malestar emocional. Asimismo, se ha señalado que en ellos la depresión puede estar “escondida” detrás de comportamientos adictivos y de riesgo, así como detrás de la irritabilidad e impulsividad. Así como para la depresión ser mujer se configura como un factor de riesgo, ser hombre cumple el mismo papel para la violencia (Ramos-Lira, 2014). Las consecuencias de esto son, por una parte, la dependencia afectiva y a veces económica que impide a la mujer ser independiente, y, por otro lado, tener que soportar situaciones de abuso o de malos tratos por parte de su pareja. Un factor importante de salud es el papel de la cuidadora, ya que la mujer durante mucho tiempo “ha tenido la obligación” de cuidar de todas las personas que tiene a su cargo, ya sean ancianos, marido o niños, privándose con ello de tener tiempo propio para su ocio, lo que le lleva a estar recluida y aislada en su casa día tras día (Álvarez, 2012).

Al hablar de género, en general se ha hecho referencia a las mujeres por la histórica situación de desigualdad que han padecido por este motivo, lo que por mucho tiempo dejó fuera de la investigación a los varones. Es por ello que no sorprende que, a

pesar de que cada vez hay un mayor reconocimiento de que el género es un factor sociocultural relevante en el comportamiento saludable o relacionado con la salud, la salud masculina rara vez se deconstruye a través de los lentes del género (Ramos-Lira, 2014).

Burín, 2005 afirma que: en un estudio realizado en 1992 sobre las subjetividades vulnerables en mujeres por factores de distintos modelos de género, describe los estados de ánimo y malestares de mujeres tradicionales, incluida la adicción a tranquilizantes, y lo relaciona con los anteriores factores descritos, precisando el mecanismo como “Estados tóxicos: se trata de la imposibilidad de transformar una cantidad de lívido disponible en algo cuantificable, que tenga significación para el sujeto”, debido a aquella posición objetal y pasivizada en la que apenas hay disponible alguna vía de realización. (Como es citado en Velasco, 2012, p. 134).

Destaca la relación de estos dolores y malestares con los factores de vulnerabilidad de género, ya que relaciona las quejas por los dolores musculoesqueléticos propios de las tareas domésticas y de la sobrecarga de los cuidados, o la relación de la depresión con el aislamiento y con la falta de estímulos o de realización de actividades de ocio (Álvarez, 2012).

Para los hombres, en cambio, la vulnerabilidad de su rol se traduce en la necesidad de mantener una posición de potencia y de poder. La necesidad imperiosa de sentirse fuerte e invulnerable le empuja a buscar acción y a exponerse a riesgos, además de realizar acciones para mantener su posición respecto a la mujer, incluyendo con ello, el uso de violencia (Álvarez, 2012).

Finalmente, los factores de vulnerabilidad en mujeres que propician estas consecuencias son:

- Relación de dependencia y la subordinación/posición objetiva: referente a la dependencia, falta de autonomía, abusos y malos tratos, carencias en relación asimétrica de pareja.
- Reclusión en espacio doméstico: aislamiento con falta de estímulos, pasividad, incomunicación.

- Sobrecarga de cuidadora como única vía de realización: sobrecarga emocional, física, impacto de conflictos de las personas a su cargo, enfermedades de la pareja, consumo de tóxicos por parte de la pareja, enfermedades de los hijos (Álvarez, 2012).

En general, la discriminación de género opera en todos los niveles de la sociedad y puede ser más visible cuando se expresa a través de interacciones interpersonales explícitas que a través de prácticas institucionalizadas o políticas. Las formas más perniciosas de la discriminación de género pueden ser las más difíciles de detectar. Mientras tanto, aunque la educación superior aumenta el acceso a ocupaciones profesionales mejor pagadas, en promedio, existen marcadas diferencias institucionales en cómo mujeres y hombres son canalizados, promovidos y compensados, incluso dentro de niveles educativos similares o campos de trabajo idénticos, lo que hace que un panorama complejo de desigualdad ocupacional de género (M. A. Andersson & Harnois, 2020).

La discriminación de género daña la salud de las mujeres con el tiempo al aumentar la reactividad emocional y fisiológica, así como comportamientos poco saludables, los cuales a su vez conducen a una desregulación psicofisiológica elevada y deterioro mental y físico. Es probable que estas vías corporales y conductuales estén influenciadas por los contextos sociales en los que las mujeres trabajan y viven. Es decir, el trabajo, la familia y las estructuras ideológicas que se configuran por el logro educativo también pueden dar forma a la vulnerabilidad de las mujeres y a consecuencias para la salud y discriminación de género (M. A. Andersson & Harnois, 2020).

El aumento de la educación puede, en algunos aspectos, aumentar y en otros reducir la vulnerabilidad de las mujeres a los efectos en la salud y discriminación de género. Por un lado, las mujeres con mayor nivel educativo tienen más probabilidades que aquellas con niveles educativos más bajos de trabajar en ocupaciones dominadas por hombres, que pueden dejarlas con limitaciones de recursos prácticos y menor apoyo social para abordar la discriminación. En entornos de trabajo centrados en el hombre, es más probable que se consideren normales las prácticas discriminatorias o incluso, en cierto modo, legítimas. En el otro extremo, la educación superior es un recurso

potencialmente valioso para hacer frente a la discriminación de género como fuente de recursos humanos capital, mejorando las habilidades analíticas y creativas para resolver problemas que prestan una variedad más amplia de estrategias para hacer frente a la discriminación (M. A. Andersson & Harnois, 2020).

Si se habla de ideología, las diferencias ideológicas entre los niveles de educación pueden influir en la vulnerabilidad de las mujeres a cualquier consecuencia relacionada con la salud por discriminación. Estudios que examinan cómo la creencia política o ideológica influyen en el proceso de estrés siguen siendo relativamente escasos. Investigadores argumentan que la conciencia feminista proporciona a las mujeres un “marco cognitivo” para comprender sus experiencias de discriminación de género, reducir la auto culpabilidad y, por lo tanto, amortiguar el impacto de la discriminación en la salud de la mujer. También se dice que las mujeres con ideologías políticas moderadas y liberales tienen más probabilidades de ver desigualdad de género y otros tipos de desigualdad, socialmente creados, estructuralmente arraigados y es más probable que apoyen esfuerzos colectivos para el cambio social. Antagónicamente, puede ser que entender la discriminación de género como algo estructural pueda llevar a la frustración y la ira debido a la inercia o inmutabilidad de las jerarquías sociales (M. A. Andersson & Harnois, 2020; Kehn & Ruthig, 2013).

#### **4.4. El origen del malestar de las mujeres**

García Calvente (2004) refiere que: “La salud y la enfermedad son procesos que no pueden ser explicados exclusivamente desde la perspectiva orgánica, sino que deben ser relacionados con factores socioculturales y económicos de cada sociedad.” (Como es citado en Meneses, 2006, p. 41).

La sociedad occidental entiende la salud y la enfermedad desde el punto de vista biomédico, el cual presta más atención a los aspectos físicos u orgánicos que a los subjetivos y sociales, lo que dicotomiza al sujeto, impidiendo una atención integral a la persona (Meneses, 2006). Los síntomas y síndromes que se tratan no solo tienen una causa biológica, ni tampoco están solo asociados a las situaciones más precarias, sino que están relacionados con la esfera simbólica, ya que proceden de la posición subjetiva

de la persona en su contexto social y en la forma que tiene de enfrentarse a los conflictos; por lo que se recomienda el abordaje de la enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial vulnerable (Velasco, 2012).

Los síntomas constituyen la manifestación de los conflictos expresados con el cuerpo. Pueden presentarse como diversas manifestaciones somáticas y como síntomas anímicos, y esto ocurre mucho más en las mujeres debido a su forma de vida sujeta a situaciones de precariedad económica y pobreza, circunstancias sociales adversas y las condiciones culturales y sociales determinadas que las convierte en un colectivo vulnerable (Velasco, 2012).

La salud en lo que respecta a las mujeres, es el equilibrio entre el estado físico y el psíquico, ya que la salud posee dos dimensiones para ellas: el no tener un dolor físico ni psíquico y el encontrarse en equilibrio entre el cuerpo y mente. La percepción de la salud y enfermedad en las mujeres tiene un componente diferencial en función del género, ya que la experiencia de enfermedad o malestar y su tolerancia es diferente para cada sexo (Velasco, 2012).

En relación con el origen de los malestares y la manera de comunicar y expresar el malestar, el varón no se queja públicamente, pero sí que lo hace en el ambiente familiar. La mujer busca atención cuando ese malestar se hace insostenible o cuando ya no puede más, expresando sus dolencias al personal sanitario o a las personas cercanas a ellas (Martínez-Galiano *et al.*, 2019).

Así encontramos que, aunque las mujeres frecuenten más los servicios sanitarios, no lo hacen de manera inmediata, sino que lo posponen por sus obligaciones domésticas o debido a que llega un momento en el que les resulta insostenible aguantar el dolor, lo que lleva en numerosos casos, al agravamiento de su malestar o a desencadenar consecuencias graves para su salud (Meneses, 2006). Por otro lado, las mujeres que anteponen las necesidades de otros como prioridad frente a las suyas, se asocian a una mayor frecuentación de los servicios sanitarios de atención primaria, acudiendo para ellas mismas o con motivo de la salud de sus familiares (Meneses, 2006).

#### **4.5. Maneras en las que las mujeres comunican su malestar**

La ansiedad, el estrés y la depresión son los malestares más reconocidos por las mujeres y son los principales males que tratan de aliviar con psicofármacos. Estos malestares tienen correspondencia con una serie de signos físicos y psicológicos como la rigidez muscular, dolores de espalda, insomnio, nerviosismo, etc., y que a su vez están relacionados con la construcción social del género (García-Mina, 2006).

Esto, guarda relación con lo antes explicado. Las mujeres se vinculan según el modelo tradicional al sexo débil, a una mayor vulnerabilidad y a manifestar con un mayor número de quejas sus dolencias, comparadas con el hombre, haciendo físicos sus malestares psicológicos, mientras que los varones hacen mínimos y silentes sus síntomas (García-Mina y Carrasco, 2006).

La somatización de las enfermedades en las mujeres puede llevar a falsos diagnósticos y, por tanto, a malos tratamientos, lo que enfatiza la importancia de distinguir las causas y los efectos de las enfermedades en la mujer (García-Mina y Carrasco, 2006).

Las diferencias entre hombres y mujeres tienen su origen en aspectos socioculturales. Aunque cada vez prevalece menos la idea de que el varón nunca enferma y que debe aguantar pese a todos los malestares, aún existe el concepto de que el varón es más fuerte y que está exento de los malestares psicológicos (García-Mina y Carrasco, 2006). Sin embargo, cuando ellos enferman, su esposa, compañera, o madre acuden a los servicios sanitarios en su lugar, situación que deja en evidencia a un varón que minimiza sus dolencias y malestares, y una mujer que lleva a cabo el rol de cuidadora y vela por la salud de su familia (García-Mina y Carrasco, 2006).

Otro aspecto diferente en relación con los roles de género es la comunicación y las formas de expresión de cada sexo. Los varones no están acostumbrados a hablar sobre sus sentimientos o emociones, ya que hablan más y de forma diferente en público que en privado, y más sobre cuestiones ajenas y externas a ellos que de su situación privada. Tienen que reproducir la imagen social asociada al varón y si es afectivo, expresivo y sentimental, se le puede asignar un rol más femenino o relacionarlo con signos de debilidad (García-Mina y Carrasco, 2006).

En lo que respecta a la transmisión de la enfermedad y sobre todo si esta se trata de un malestar psicológico, rompería así con la imagen social de los varones fuertes e invulnerables. Aunque esta situación parece estar más relacionada con las antiguas generaciones porque en los varones jóvenes existe una nueva tendencia tanto en la forma de comunicarse como en la de expresar sus padecimientos (García-Mina y Carrasco, 2006).

#### **4.6. Motivos relacionados con el consumo de psicofármacos en mujeres**

Existen diversos factores desencadenantes del malestar de las mujeres, principalmente los socioculturales que, en muchas de las mujeres, somatizan generando una sintomatología física. Romo *et al.*, (2003) afirman que: “Las razones de consumo de psicofármacos están relacionadas fundamentalmente [...], con trastornos psicosociales que vivencian las mujeres y que pueden ser diferentes dependiendo del momento o etapa vital que se encuentre.” García-Mina y Carrasco, 2006).

En la Quinta Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Hogares de Uruguay se destaca que la cantidad de enfermedades mentales comunes diagnosticadas en mujeres constituyen porcentualmente el doble en relación con los varones. Estas enfermedades comunes se refieren a las somatizaciones, crisis de ansiedad y depresión. Según la OMS, los médicos y las médicas, ante síntomas iguales, tienden a prescribir psicofármacos en mayor medida a mujeres que a varones. Dicha diferencia respondería a diversos factores condicionantes, de los cuales se citan cuatro hipótesis que podrían explicar la significativa diferencia porcentual de diagnósticos evidenciada al introducir indicadores de género en investigaciones y estudios (Zina, 2018).

En primer lugar, se menciona la existencia de una mayor incidencia de dichas enfermedades en mujeres; en segundo lugar, una mayor tendencia por parte de las mujeres a solicitar ayuda. En tercer lugar, una inclinación por parte de médicos a prescribir psicofármacos al enfrentarse con situaciones que requieren una mirada psicosocial compleja y una articulación interdisciplinaria y por último, señalan una tendencia del personal sanitario a actuar en sintonía con los estereotipos de género, lo cual se traduce en una mayor prescripción de “tranquilizantes” a las mujeres. Estas

cuatro hipótesis sugieren a su vez posibles causas que podrían dar cuenta de la amplia diferencia porcentual entre varones y mujeres en relación con los diagnósticos de enfermedades mentales “comunes” y por ende de un mayor porcentaje de indicaciones de medicamentos, reflejados en los altos consumos de psicofármacos. Por otro lado, es importante señalar que estas explicaciones parecen contener algún grado de contradicción, siendo que la primera de ellas aludiría “al carácter femenino” de algunas enfermedades, mientras que otras explicaciones refieren al efecto de los estereotipos de género por parte de los equipos médicos y sanitarios (Zina, 2018). Fenómenos como son la pobreza, el paro o la soledad, que son procesos naturales de la vida, hoy en día se han catalogado como enfermedad. El responsable de esta medicalización es la industria farmacéutica, que vende todo tipo de productos, muchas veces innecesarios, para ampliar sus beneficios. El resultado es que personas sanas en numerosas ocasiones son tratadas con medicamentos, los cuales se diseñan “como fórmulas” para poder soportar la incertidumbre frente a lo que pasará en el futuro, para superar la angustia a lo desconocido o para aumentar la celeridad relacionada con la impaciencia de la sociedad actual, la cual no tiene tiempo para incubar “como antiguamente” procesos catarrales o gripales guardando dos o tres días de reposo. Hoy, los pacientes quieren las pastillas para acabar con el proceso que les perturba de manera inmediata, lo que contribuye a fomentar una actitud pasiva ante la enfermedad y transfiere al personal sanitario la responsabilidad de su salud (Sánchez, 2014).

Otros factores como son el estrés y el desarrollo profesional suelen ser los desencadenantes en las mujeres jóvenes. Por otro lado, la sobrecarga de trabajo fuera y dentro del hogar, el rol de madre y cuidadora y las otras exigencias sociales puede ser el origen en las mujeres de mediana edad. En cambio, en las de mayor edad, el rol tradicional de ama de casa y la soledad acaecida ante la emancipación de los hijos, constituyen las causas de sus malestares (García-Mina y Carrasco, 2006). Además de estos motivos, se tiende cada vez más a la medicalización y a patologizar los trastornos de las etapas vitales de las mujeres, cuyo origen son las características biológicas asociadas al ser mujer. Ejemplos de ello son: el síndrome premenstrual, la depresión posparto, etc. (García-Mina y Carrasco, 2006).

Este exceso de medicalización afecta más a las mujeres, ya que su cuerpo es bombardeado para que cumpla los cánones de belleza impuestos por la sociedad, lo cual hace que se confunda la belleza con salud, y también debido a que son las cuidadoras principales de su familia. Todo ello hace que las mujeres siempre sean “cosas” consideradas como “objetos mejorables”, imperfectas y sometidas al ojo crítico de la otra persona, mientras que los hombres son considerados como seres más alejados de esa imperfección (Sánchez, 2014). Esto, unido a la ausencia de nuevos modelos femeninos, la falta de reconocimiento público a los roles tradicionales o el conflicto de los roles de género, entre otros, son el origen de parte de los malestares, insatisfacciones, y conflictos que surgen en las mujeres y frente a los que ellas utilizan los psicofármacos, ya sea mediante la automedicación o por prescripción médica (García-Mina y Carrasco, 2006). Sin embargo, también se han encontrado mujeres que rechazan el uso de psicofármacos para sus dolencias o malestares, resistiendo su consumo y prescripción. En estos casos, suelen ser mujeres de nivel socioeconómico medio o alto, aunque también mediatizada por la edad, su padecimiento y el miedo a los efectos secundarios (García-Mina y Carrasco, 2006). Este rechazo o negativa respecto a la toma de psicofármacos se puede interpretar como una cierta desconfianza al estamento médico y a la adquisición de conocimiento respecto al diagnóstico y tratamiento propuesto por el médico y no compartido con el paciente, lo cual, constituye una cierta forma de romper con el poder y la autoridad sobre el cuidado de su salud. Por tanto, ese rechazo y la auto prescripción de los psicofármacos también se pueden interpretar como resultado del empoderamiento de la mujer. Mujeres que se habían acostumbrado durante décadas a que les diga lo que tienen que hacer o a que les recrimine por sus actuaciones (García-Mina y Carrasco, 2006).

Los cambios que ha sufrido la sociedad van generando nuevas pautas de actuación en las mujeres, siendo menos sumisas o llegando a cuestionarse numerosas circunstancias de poder y autoridad. Por ello los procesos de autodiagnóstico y tratamiento constituyen un modo de cuestionar la valoración hecha sobre su salud y sobre su cuidado, sobre todo cuando ellas han sido las cuidadoras de sus familias, diagnosticando y tratando los malestares de todos durante décadas (García-Mina y Carrasco, 2006).

Finalmente, se resume que las mujeres son las mayores consumidoras de psicofármacos ya que realizan un mayor autoconsumo de estos fármacos y porque se le prescriben en mayor medida que los varones con iguales dolencias debido a sus malestares psicológicos, lo que hace que los motivos y circunstancias de estas situaciones estén relacionados con los estereotipos de género proyectados sobre la salud femenina (García-Mina y Carrasco, 2006).

#### **4.7. Enfermedades mentales y su relación con el género femenino**

Tradicionalmente, se han justificado las diferencias en salud entre hombres y mujeres teniendo en cuenta solo aspectos biológicos. La anatomía, las diferencias genéticas, hormonales y metabólicas desempeñan sin duda un papel importante en las diferentes maneras de enfermar y morir de mujeres y hombres. Existen singularidades morfológicas y funcionales en el cerebro relacionadas con las diferencias en prevalencia, síntomas y curso de los trastornos de ansiedad. Las hormonas son otro ejemplo que acredita la presencia de disparidad de tipos de cáncer en hombres (próstata, testículos) y mujeres (mama). También tienen origen endocrino la osteoporosis en mujeres, o enfermedades relacionadas con el embarazo y parto. Del mismo modo, la presencia de trastornos del estado de ánimo como el síndrome premenstrual o la depresión postparto se justifican mediante la diferente endocrinología. Las diferencias metabólicas son por su lado responsables, al menos en parte, de la mayor tasa de mortalidad causada por diabetes en mujeres que en hombres. La mayor prevalencia de algunas enfermedades cardiovasculares en hombres también puede argumentarse en parte debida al metabolismo, ya que la acumulación de grasa en el abdomen, más frecuente en hombres que en mujeres, es un factor de riesgo de padecer este tipo de enfermedad (Neckenig Bramon, 2018).

A continuación, se comentan y exponen diferentes estudios realizados sobre las diferencias de género en la salud mental, la epidemiología de los trastornos mentales, las diferencias en el uso de los recursos sanitarios, la frecuencia de aparición de la sintomatología y cómo es la atención sanitaria dada en el ámbito de la salud mental.

Ellis y colaboradores en 2008 citaron datos de la OMS en 2002 en donde se exponía que: “Las diferencias en prevalencia según el sexo son muy marcadas en algunos de los trastornos mentales de mayor relevancia: los cuadros depresivos, junto a los trastornos mentales más comunes, como la ansiedad y quejas psicológicas y somáticas, que afectan al 30 % de la población, ocurren el doble en mujeres que en hombres.” (Como es citado en Sánchez, 2014, p. 193). Esa investigación también señala que: “Los síntomas depresivos parecen relacionarse más frecuentemente en las mujeres con dolor y abuso de sustancias, mientras que en los hombres se asocia más con una pobre salud física. Estos factores se constituirían, por lo tanto, en factores de riesgo diferenciales por sexo para presentar sintomatología depresiva.” (Como es citado en Sánchez, 2014, p. 193). No obstante, es importante señalar que, en este como en otros estudios, se presentaron limitaciones relacionadas con temas metodológicos a la hora de poder medir la salud mental o los criterios de inclusión de los estudios que limitan sus conclusiones. En este caso, una importante limitación a la hora de analizar sus datos fue que, en la mayoría de los estudios realizados, predominan las mujeres sobre los hombres. Por otro lado, estos mismos autores comentan que: “Los síntomas de ansiedad y la mayoría de los trastornos de ansiedad (como el trastorno de pánico, las fobias específicas, el trastorno de ansiedad generalizada, la fobia social o el trastorno de estrés postraumático) afectan más a las mujeres.” En relación con los trastornos de conducta alimentaria, como la anorexia o la bulimia nerviosas, son mucho más prevalentes entre las mujeres adultas y entre las adolescentes, y ellas suelen pedir ayuda profesional en mayor medida que los hombres que sufren este tipo de trastornos.” (Como es citado en Sánchez, 2014, p. 193). En ese mismo orden, se halló que las demencias son más prevalentes en mujeres, y otros trastornos, como la depresión o la psicosis posparto solo pueden ser diagnosticados en mujeres.” (Nordstrom *et al.*, 2019).

Otro de los factores que pudieran marcar una diferencia de género al respecto se relaciona con la longevidad. Así, se dice que el aumento de su prevalencia puede ir unido a una mayor longevidad asociada al sexo femenino y a la diferente expresión del malestar según género; ya que las mujeres expresan mediante sintomatología psicosomática o al profesional sanitario los malestares que les atormentan, lo que se traduce en un aumento

del consumo de psicofármacos para poder aliviar los TMC, como es la ansiedad, depresión, síntomas somáticos o el dolor sin causa orgánica (Sánchez, 2014).

En el extremo opuesto, la OMS afirmó en 2002 que: “Los hombres de todas las edades consumen más alcohol y tabaco que las mujeres, aunque el abuso y la dependencia a psicofármacos es más prevalente entre las mujeres.” (Como es citado en Sánchez, 2014, p. 194). Por su lado, la American Psychiatric Association menciona que: “La investigación ha demostrado que la esquizofrenia afecta a hombres y mujeres de manera bastante igual, pero puede tener un inicio más temprano en los hombres. Las tasas son similares en todo el mundo.” (Torres, 2020).

Ahora bien, independientemente del género, las personas diagnosticadas con enfermedades mentales experimentan múltiples formas de desventaja y desigualdad (McLeod 2015). Son más propensas a sufrir percances en su salud, tienen dificultades para acceder a servicios y experimentan estigmatización y discriminación. Sin embargo, no todos los individuos etiquetados como enfermos mentales se enfrentan a las mismas desigualdades y, por tanto, no todos comparten las mismas experiencias, la desigualdad y los estereotipos de género juegan un papel importante en cómo las personas con enfermedades mentales son percibidas y tratadas, y las experiencias dentro del sistema de salud mental a menudo manifiestan en resultados de salud mental únicos y a menudo perjudiciales (McLeod 2015, Frieh 2020).

Las mujeres con enfermedad mental experimentan el estigma de su padecimiento y efectos negativos, los que incluyen la victimización. Existe una gran cantidad de investigación sociológica sobre el estigma de la enfermedad mental, y ese estigma es fundamental para comprender las experiencias de las mujeres con alguna enfermedad mental. El estigma es una marca o atributo desacreditador que somete a las personas a discriminación e invoca deseo de distancia social en los demás, pues los estigmatizados son vistos como "no del todo humanos". La enfermedad mental está muy estigmatizada y vinculada a estereotipos de violencia e imprevisibilidad; muchos no solo ven la enfermedad mental como una imperfección del carácter, sino que también perciben a aquellos diagnosticados con problemas de salud mental como peligrosos y aterradores.

Esto es a pesar de los intentos de atribuir la enfermedad mental a causas genéticas y biológicas para reducir el estigma (Buchman *et al.* 2013; Frieh 2020).



## CAPÍTULO 5: DATOS Y CIFRAS DE LA ANSIEDAD Y CONSUMO DE BZD EN MUJERES

A continuación, se detallan los datos encontrados acerca de la ansiedad en mujeres y el uso de tranquilizantes, psicofármacos o fármacos hipnosedantes consumidos por este colectivo. La búsqueda bibliográfica ha sido llevada a cabo durante el año 2019 en algunas de las fuentes oficiales más importantes de España. Los datos son extraídos de la última publicación actualizada y publicados por dichas entidades entre 2017 y 2019, donde todos ellos han sido llevados a cabo en colaboración con El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Los estudios e instituciones de las cuales se obtuvieron los datos son:

1. Plan Nacional sobre Drogas (PNSD).
2. La Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).
3. El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA).
4. La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE).
5. Instituto Nacional de Estadística (INE).

A nivel mundial, se consideraron los datos de La Organización Mundial de la Salud (OMS) como otra de las fuentes empleadas para obtener los datos relativos a la salud mental en las mujeres.

### **5.1. Datos sobre la ansiedad y consumo de BZD a nivel mundial y nacional**

Según datos de la OMS en 2011 “Los trastornos mentales no tratados se cobran un alto precio, ya que representan el 13 % del total de la carga de morbilidad mundial (OMS, 2011). En otra de sus publicaciones de 2018 refiere que:

- La salud de las mujeres y las niñas está influenciada por la biología relacionada con el sexo, el género y otros determinantes sociales.
- Las mujeres son más longevas que los hombres. En 2016, la esperanza de vida mundial al nacer era de 74,2 años para las mujeres y de 69,8 años para los varones. Sin embargo, la morbilidad es más elevada en las mujeres, que utilizan los servicios de salud más que los hombres, sobre todo los de salud reproductiva.

- La depresión es más común en las mujeres (5,1 %) que en los hombres (3,6 %). En el caso de la depresión unipolar, es dos veces más frecuente.
- En los hogares y las comunidades, las mujeres son, sobre todo, quienes se ocupan de procurar cuidados a otras personas (OMS, 2018).

Finalmente, en 2019, explicó que “Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias constituyen el 10 % de la carga mundial de morbilidad y el 30 % de las enfermedades no mortales” (OMS, 2019). Según las predicciones actuales, para 2030 la depresión será la principal causa de morbilidad a nivel mundial. Cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3 % y el 33,5 % de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente”.

Por otro lado, a nivel nacional, el estudio elaborado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad correspondiente a “La Estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024” y titulado “Plan de acción sobre adicciones 2018-2020,” el cual forma parte de La Delegación del Gobierno para La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas (DGPNSD), diseñó un programa para el buen uso de psicofármacos y afirmó que: “El consumo de hipnosedantes está más extendido entre las mujeres, sobre todo entre las de más edad: en el grupo de 35-64 años el 30 % de mujeres ha consumido estas sustancias y una de cada diez los consume diariamente.” Este estudio, basado en datos del OEDA y en criterios del DSM-V, refiere que 775.762 personas tienen un consumo problemático de hipnosedantes. Esto implica que un 2,5 % de toda la población con edades de 15 a 64 años y un 21 % de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes en los últimos doce meses.

En referencia al consumo de hipnosedantes según su sexo: un 2,0 % corresponde al hombre y un 3,0 % a la mujer. Respecto a la edad, las edades con más prevalencia de consumo de hipnosedantes son: en primer lugar, de 45-54 años con un 3,6 % y, en segundo lugar, de 55-64 años con un 3,4 %. Por último, señala que los nuevos consumidores de hipnosedantes según la OEDA corresponden en un 67 % a las mujeres, y a su vez registra el mayor porcentaje de personas que inician el consumo, en las mujeres de 45 a 54 años (PNSD, 2018-2020).

En cuanto al estudio de EDADES 2017, titulado “Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 1995-2017”, publicado por el MSCBS y que forma parte de la DGPNSD, se trató del ámbito de los hipnosedantes y se estudió el consumo sin receta médica.

Incluye preguntas relacionadas con el consumo, su forma de obtención y el consumo de hipnosedantes en general. Sus resultados desvelan que un 7,5 % de la población española de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes con o sin receta en los últimos 30 días, y de los que la mayoría de ellos (el 80 %), los consume a diario en un 5,9 % (Correa-Rodríguez *et al.*, 2018).

Un dato revelador es que la edad media de inicio en 2017 en el consumo de los hipnosedantes (con o sin receta) es a los 34,4 años, lo que supone una disminución respecto al valor obtenido en 2013 (35,2). Confirma también que el consumo está mucho más extendido en las mujeres, ya que un 25,6 % de las mujeres de 15- 64 años han consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez en su vida (Correa-Rodríguez *et al.*, 2018).

Haciendo un análisis por sexo y edad referente a las prevalencias del consumo, se detecta una elevada prevalencia en las mujeres y el grupo de mayor edad es el de 35 a 64 años. El consumo de los hipnosedantes con o sin receta se incrementa según va aumentando la edad, siendo este aumento más llamativo en las mujeres. Así en el consumo de los últimos doce meses, se registra una diferencia de más de 15 puntos porcentuales entre el grupo de mujeres de 15 a 24 años (5,8 %) y el de 55 a 64 años (21,6 %) (EDADES, 2017).

La distribución por sexo y edad de los consumidores de hipnosedantes con o sin receta nos revela que alrededor del 65 % de las mujeres con edades en torno a los 45-64 años, han consumido estas sustancias en los últimos 30 días, mientras que la proporción de hombres en este grupo de edad es ligeramente menor (62,8 %) (EDADES, 2017).

Cabe mencionar que estos son los mismos datos que se hallaron en la publicación del estudio titulado “Informe 2019 de alcohol, tabaco y drogas ilegales en España”,

realizado por el OEDA en 2019, el cual es publicado por el MSCBS y forma parte de la DGPNSD (OEDA, 2019).

Por otro lado, la reciente actualización del estudio de EDADES 2017-2018, proporciona la información actualizada y datos referentes al perfil relacionado con el consumo de hipnosedantes con o sin receta médica. Este estudio aporta que los hipnosedantes con o sin receta constituyen el 7,5 % de las drogas legales consumidas en España, en los últimos 30 días y en la población de 15 a 64 años. El perfil consumidor lo forman en un 63,9 % las mujeres, con una edad media de 47,5 años, y de ellas, un 34,2 % padecen ansiedad. En el año 2017, un total de 632.00 personas empezaron a consumir hipnosedantes (EDADES 2017- 2018).

La Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE) es un estudio periódico de referencia creado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, comenzando en 1987, que se obtiene mediante entrevistas personales en los hogares de la población infantil y adulta. Se elabora cada dos años y es llevado a cabo por el MSCBS, en colaboración con el INE. La investigación se realiza sobre una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en España y utiliza un muestreo polietápico estratificado. La encuesta es personal, domiciliaria, administrada por entrevistador y con ayuda de ordenador.

Se ha diseñado con el objetivo de proporcionar información sobre el estado de bienestar general, tanto físico como emocional, identificando los principales problemas que los ciudadanos sienten (como enfermedades crónicas, dolencias, lesiones y limitaciones físicas). Además, se busca conocer el nivel de acceso y utilización de los servicios de salud y evaluar los factores determinantes de la salud, como el medio ambiente y los hábitos de vida que conllevan un riesgo para la salud. Esta información sanitaria recopilada sobre toda la población es útil como herramienta para la toma de decisiones, la evaluación de políticas sanitarias y material para estudios de investigación sobre el bienestar de los españoles y los factores que influyen en su salud. La colaboración con el IINE hace que la ENSE tenga una periodicidad quinquenal, alternándola cada dos años con la Encuesta Europea de Salud para permitir comparaciones internacionales.

De esta encuesta del año 2017 (antes de la pandemia) se obtuvieron ciertos datos que permitieron elaborar el perfil de la mujer consumidora de BZD para este trabajo. Entre estos datos destacan:

- En España, más de una de cada diez personas de 15 y más años refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (10,8 %).
- Las mujeres refieren algún problema de salud mental con mayor frecuencia que los hombres (14,1 % mujeres frente a 7,2 %, hombres).
- El 6,7 % de los adultos refiere ansiedad crónica, 9,1% de las mujeres y 4,3 % de los hombres. La depresión se declara en la misma proporción que la ansiedad (6,7 %), y es más del doble en mujeres (9,2 %) que en hombres (4 %).
- El 10,7 % de la población de 0 y más años consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13,9 % en mujeres y 7,4 % de los hombres), y el 5,6 % de la población de 15 y más años toma antidepresivos o estimulantes (7,9 % de las mujeres y 3,2 % de los hombres).
- Todos los indicadores de morbilidad neuropsiquiátrica en adultos procedentes de la ENSE 2017 mostraron un gradiente según la posición socioeconómica, más profundo en mujeres.
- Esta mayor morbilidad en mujeres y en las clases bajas se refleja perfectamente en el consumo de psicofármacos, pero no así en el uso y acceso a los servicios de salud mental.
- En adultos, el gradiente social se observó tanto en la frecuencia de alguna enfermedad mental (13,5 % en la clase más desfavorecida vs. 5,9 % en la clase más favorecida), como en el riesgo de padecerla (23,6 % en la clase VI vs. 12,4 % en clase I) y en la discapacidad debida a una enfermedad mental, que perfila un gradiente completo (desde el 5,3 % en la clase VI hasta el 1,9 % entre la clase I). La pendiente más marcada se observó en el deterioro cognitivo, sobre todo en mujeres, ampliándose la brecha por sexo al descender la clase social (2,5 puntos porcentuales de diferencia entre hombres y mujeres de clase I y 7,2 puntos porcentuales de diferencia en la clase VI).

- El consumo de los principales psicofármacos es un fiel reflejo de las prevalencias descritas, perfilando los mismos gradientes. En cambio, la frecuencia con que se acude a los servicios de salud mental es solo 1,5 puntos porcentuales mayores en mujeres y la misma para todas las clases sociales, lo que podría estar sugiriendo desigualdad de acceso ante las distintas necesidades. Esto parece confirmarse con las necesidades de atención médica no cubiertas, que de nuevo perfilan el gradiente social en el caso de la salud mental.

Respecto a la prevalencia de depresión, ansiedad crónica y otros trastornos mentales en población de 15 y más años, encontramos que de las 32 enfermedades o problemas de salud por los que inquiere la ENSE, la ansiedad crónica y la depresión se sitúan en los puestos 10º y 11º del ranking de prevalencia autodeclarada en la población no institucionalizada de 15 y más años, declarándose casi en la misma proporción en ambas enfermedades (6,7 %). El 3,9 % de la población refirió ambas, y el 9,6 % ansiedad crónica y/o depresión, 13,0 % de las mujeres y 5,9 % de los hombres (ENSE, 2017).

Tanto la ansiedad crónica como la depresión fueron más de dos veces más frecuentes en mujeres que en hombres, sin que se observasen diferencias por sexo en el grupo de 'otras enfermedades mentales' (ENSE, 2017).

Las diferencias por sexo que se observan en la ansiedad crónica y en la depresión se doblan a partir de los 55 años. En hombres, la ansiedad alcanza su máximo entre los 45-64 años, y en mujeres entre los 55 y los 84 años. La depresión y la ansiedad crónica se solapan parcialmente: más de la mitad de quienes declaran cualquiera de estos problemas de salud mental declara también el otro (ENSE, 2017).

En ambos sexos predomina ligeramente la ansiedad crónica sobre la depresión en jóvenes y edades medias, mientras que en mayores y ancianos prevalece la depresión (ENSE, 2017).

Durante los primeros meses de la pandemia, el porcentaje de la población que experimentó sensación de estar decaído o deprimido aumentó, mientras que disminuyó el porcentaje de personas que indicaron tener sensación de cansancio, sentirse mal con uno mismo o tener problemas para concentrarse. Respecto a 2014, se redujo en dos

puntos la prevalencia de cuadros depresivos en la población española, pasando de un 7,4% a un 5,4%. Esto significa que casi un millón de personas presentan cuadros depresivos mayores y algo más de un millón presenta cuadros depresivos de menor severidad. Las mujeres son las más afectadas, y entre los grupos más vulnerables se encuentran quienes se encuentran imposibilitados para el trabajo.

También, durante la pandemia, las consultas médicas disminuyeron fuertemente, especialmente entre los mayores, y un 20,5% de la población española entre 16 y 74 años accedió a servicios de salud en línea en los últimos 3 meses. Entre enero y mayo de 2020, las defunciones por suicidio, agresión y abuso de drogas disminuyeron con respecto a los mismos periodos de años (INE, 2021).

### **5.1.1. Sobre la posición socioeconómica y los resultados de 2017**

Para la encuesta de 2017, todos los indicadores de morbilidad neuropsiquiátrica en adultos procedentes de la ENSE 2017 mostraron un gradiente según la posición socioeconómica, más profundo en mujeres. Esta mayor morbilidad en mujeres y en las clases bajas se reflejó perfectamente en el consumo de psicofármacos, pero no así en el uso y acceso a los servicios de salud mental. De hecho, el consumo de los principales psicofármacos fue un fiel reflejo de las prevalencias descritas, perfilando los mismos gradientes. En cambio, la frecuencia con que se acudió a los servicios de salud mental es solo 1,5 puntos porcentuales mayores en mujeres y la misma para todas las clases sociales, lo que podría estar sugiriendo desigualdad de acceso ante las distintas necesidades. Esto parece confirmarse con las necesidades de atención médica no cubiertas, que de nuevo perfilan el gradiente social en el caso de la salud mental.

En adultos, el gradiente social se observó tanto en la frecuencia de alguna enfermedad mental (13,5 % en la clase más desfavorecida vs. 5,9 % en la clase más favorecida), como en el riesgo de padecerla (23,6 % en la clase VI vs. 12,4 % en clase I) y en la discapacidad debida a una enfermedad mental, que perfila un gradiente completo (desde el 5,3 % en la clase VI hasta el 1,9 % entre la clase I). La pendiente más marcada se observó en el deterioro cognitivo, sobre todo en mujeres, ampliándose la brecha por

sexo al descender la clase social (2,5 puntos porcentuales de diferencia entre hombres y mujeres de clase I y 7,2 puntos porcentuales de diferencia en la clase VI).

### **5.1.2. Clasificación de las clases sociales y perfil de la mujer consumidora en España según la ENSE 2017**

Aunque se han publicado actualizaciones de la Encuesta Europea de Salud en España y se han utilizado como referencia en nuestro estudio, se elaboró el perfil de la mujer consumidora utilizando datos de la Encuesta Europea de Salud en España del 2017. A la hora de clasificar las clases sociales mencionadas en el ENSE 2017, las 6 clases sociales mencionadas se corresponden con las 6 clases utilizadas en las ENSEs anteriores.

- I. Directores/as y gerentes de establecimientos de 10 o más asalariados/as y profesionales tradicionalmente asociados/as a licenciaturas universitarias.
- II. Directores/as y gerentes de establecimientos de menos de 10 asalariados/as, profesionales tradicionalmente asociados/as a diplomaturas universitarias y otros/as profesionales de apoyo técnico. Deportistas y artistas.
- III. Ocupaciones intermedias y trabajadores/as por cuenta propia.
- IV. Supervisores/as y trabajadores/as en ocupaciones técnicas cualificadas.
- V. Trabajadores/as cualificados/as del sector primario y otros/as trabajadores/as semicualificados/as.
- VI. Trabajadores no cualificados (ENSE, 2018).

Tanto la ansiedad crónica como la depresión fueron más de dos veces más frecuentes en mujeres que en hombres, sin que se observasen diferencias por sexo en el grupo de 'otras enfermedades mentales' (ENSE, 2017). Las diferencias por sexo que se observan en la ansiedad crónica y en la depresión se doblan a partir de los 55 años. En hombres, la ansiedad alcanza su máximo entre los 45-64 años, y en mujeres entre

los 55 y los 84 años. La depresión y la ansiedad crónica se solapan parcialmente: más de la mitad de quienes declaran cualquiera de estos problemas de salud mental declara también el otro (ENSE, 2017). En ambos sexos predomina ligeramente la ansiedad crónica sobre la depresión en jóvenes y edades medias, mientras que en mayores y ancianos prevalece la depresión (ENSE, 2017). Analizando el desglose correspondiente a la “Utilización de servicios sanitarios (valores porcentuales y medias)” y, junto a los datos de la “Serie informes monográficos. Salud mental” de la ENSE 2017, se obtienen los siguientes resultados:

**5.1.2.1. Desglose de datos del ENSE 2017. Tipo de medicamento consumido en las últimas dos semanas por sexo y edad**

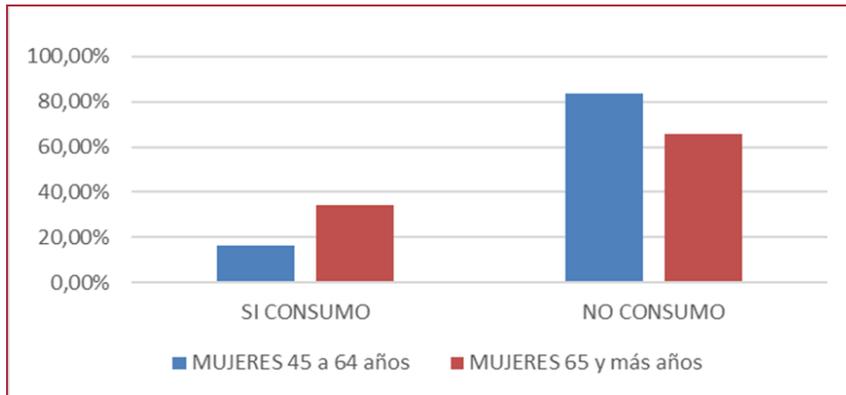
A continuación, se analizarán los datos del ENSE 2017, momento en el cual se procedió a su desglose y estudio; comenzando por el porcentaje según sexo y grupo de edad; en este caso se analizó el uso de tranquilizantes, relajantes y pastillas de dormir:

Tabla 7. Consumo de psicofármacos en mujeres

	EDAD	SÍ CONSUMO	NO CONSUMO
MUJERES	45 a 64 años	16,50 %	83,50 %
	65 y más años	34,06 %	65,94 %

Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

Figura 3. Consumo de psicofármacos en mujeres mayores de 65 años



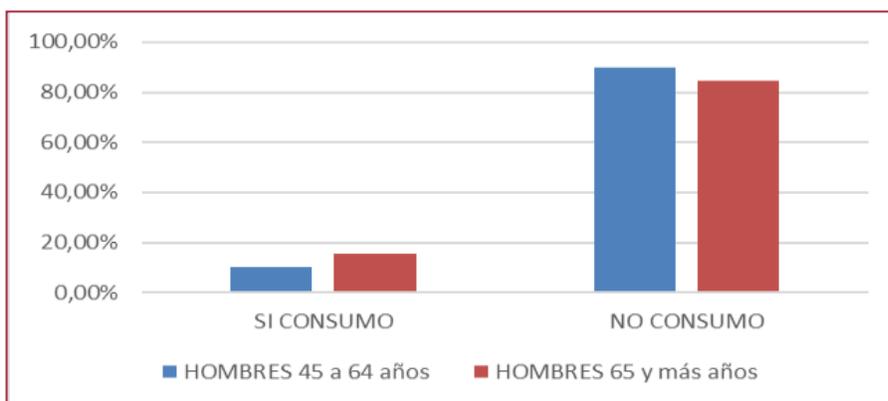
Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

Tabla 8. Consumo de psicofármacos en hombres

HOMBRES	EDAD	SÍ CONSUMO	NO CONSUMO
	45 a 64 años	10,05 %	89,95 %
65 y más años	15,41 %	84,59 %	

Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

Figura 4. Consumo de psicofármacos en hombres



Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

### 5.1.2.2. Tipo de medicamento consumido en las últimas dos semanas por sexo y clase social

Porcentaje según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia; en este caso se analizó el uso de tranquilizantes, relajantes y pastillas de dormir:

Tabla 9. Porcentaje según clase social de las mujeres

CLASE SOCIAL		SÍ CONSUMO	NO CONSUMO
MUJERES	Clase social V	16,00 %	84,00 %
	Clase social VI	16,03 %	83,97 %

Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

Tabla 10. Porcentaje según clase social de los hombres

CLASE SOCIAL		SÍ CONSUMO	NO CONSUMO
HOMBRES	Clase social V	7,79 %	92,21 %
	Clase social VI	9,79 %	90,21 %

Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

En este apartado la prevalencia es mayor en mujeres que consumen de clase social VI.

### 5.1.2.3. Tipo de medicamento consumido en las últimas dos semanas según haya sido recetado o no

Porcentaje según sexo y grupo de edad; en este caso se analizó la receta médica de tranquilizantes, relajantes y pastillas de dormir:

Tabla 11. Porcentaje de consumo de medicamento con o sin recetas según edad en mujeres

MUJERES	CLASE SOCIAL	SÍ CONSUMO	NO CONSUMO
	45 a 64 años	97,02 %	2,98 %
65 y más años	99,46 %	0,54 %	

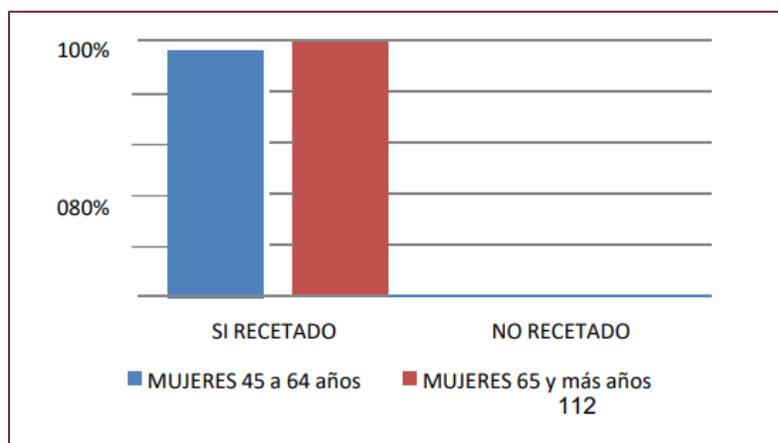
Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

Tabla 12. Porcentaje de consumo de medicamento con o sin recetas según edad en hombres

HOMBRES	CLASE SOCIAL	SÍ CONSUMO	NO CONSUMO
	45 a 64 años	97,11 %	2,89 %
65 y más años	99,54 %	0,46 %	

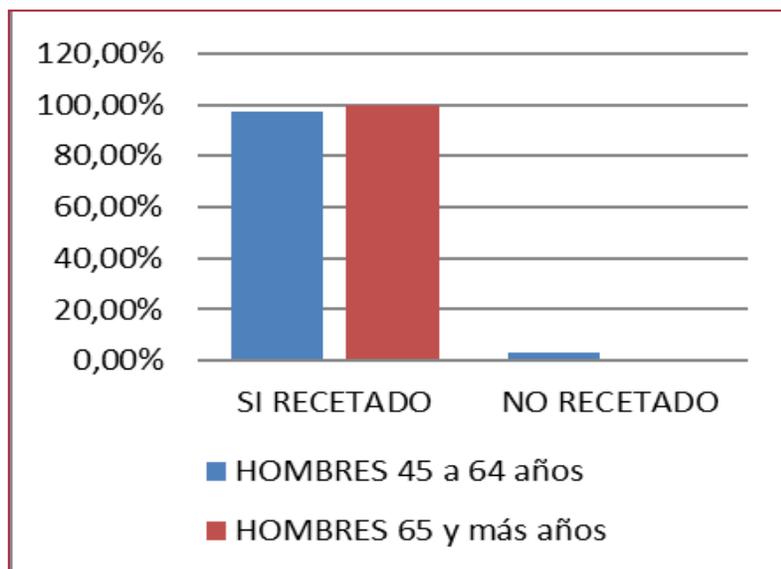
Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

Figura 5. Consumo de medicamento con o sin recetas según edad en mujeres



Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

Figura 6. Hipnosedantes con y sin receta en hombres



Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

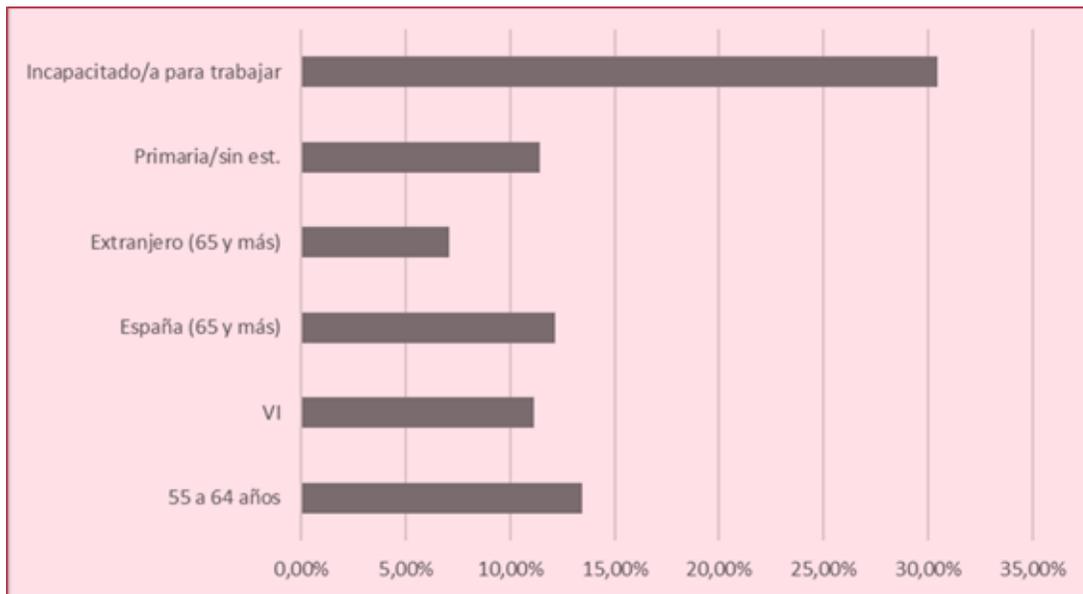
En este caso la prevalencia es mayor en hombres de 65 y más años que en mujeres.

Tabla 13. Prevalencia de ansiedad crónica en mujeres y hombres según características sociodemográficas

ANSIEDAD CRÓNICA	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	MUJERES	HOMBRES
EDAD	55 a 64 años	13,44 %	5,91 %
CLASE SOCIAL	VI	11,14 %	5,69 %
PAÍS Y EDAD	España (65 y más)	12,13 %	4,10 %
	Extranjero (65 y más)	7,09 %	2,14 %
NIVEL DE ESTUDIOS	Primaria/sin est.	11,40 %	5,50 %
RELACIÓN CON LA ACTIVIDAD ECONÓMICA	Incapacitado/a para trabajar	30,43 %	25,25 %
	Jubiladas	12,89 %	4,47 %

Nota. Adaptado de ENSE, MSCBS/INE. En este caso se analizaron las variables más importantes, como lo son: la edad, clase social, país y edad, nivel de estudios y la relación con la actividad económica. Prevalencia de ansiedad, depresión, otros problemas mentales y 'alguna enfermedad mental (ansiedad, depresión u otro problema mental)' según sexo y diversas características (%). Población de 15 y más años. España 2017.

Figura 7. Aproximación al perfil de mujeres que padecen ansiedad crónica



Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

Se evidencia que la prevalencia es mayor en el grupo de edad de 55 a 64 años en mujeres, con clase social VI.

España es el país que tiene mayor ansiedad en mujeres de 65 años y más en comparación con el extranjero.

El nivel de estudios predominante son los estudios primarios o sin estudios y la ansiedad aumenta en mujeres incapacitadas para trabajar y en jubiladas.

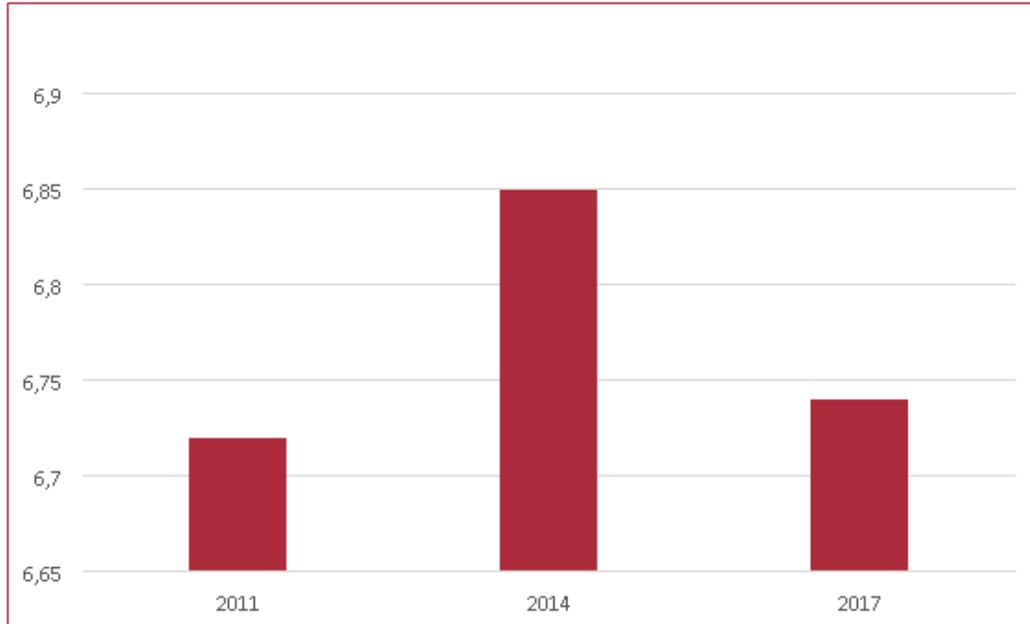
La evolución de la ansiedad crónica con el tiempo ha presentado las siguientes fluctuaciones:

Tabla 14. Evolución de la ansiedad crónica con el tiempo

EVOLUCIÓN ANSIEDAD CRÓNICA		
2011	2014	2017
6,72	6,85	6,74

Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

Figura 8. Evolución de la ansiedad entre 2011 y 2017



Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

En este caso la evolución de la ansiedad según el último estudio ha disminuido ligeramente respecto a 2014, aunque su dato más bajo fue en 2011.

#### **5.1.2.4. Perfil de la mujer consumidora de BZD**

Según los datos obtenidos de ENSE 2017 se concluye lo siguiente en relación con el consumo de las BZD en mujeres con ansiedad y el perfil de la mujer consumidora.

- Existe una mayor proporción de mujeres que refieren alguna enfermedad mental frente a los hombres.
- La frecuencia de las enfermedades mentales es mayor en las clases sociales desfavorecidas, así como el riesgo de padecerlas y en la discapacidad derivada de las mismas.
- Según los datos relacionados con la ansiedad crónica, es padecida por el doble de mujeres más que los hombres.

- En relación con la ansiedad crónica, su mayor prevalencia se muestra en las mujeres de 55 a 64 años, con estudios primarios o sin estudios, españolas y en situación de incapacidad laboral o jubiladas.
- Los españoles padecen más ansiedad crónica y consumen tranquilizantes con más frecuencia que los extranjeros.
- De la población consumidora de tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir, el consumo es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres.
- La edad media de inicio en el consumo de tranquilizantes es de 34,4 años; por otro lado, la edad media de los consumidores de BZD es de 47,5 años, de los cuales, el 34,2 % está diagnosticado de ansiedad.
- El mayor consumo de hipnosedantes se da en primer lugar en las mujeres de 45 a 54 años y, en segundo lugar, en mujeres de 55 a 64 años; por lo que lo agrupamos en las mujeres de 45 a 64 años, en los que predomina la clase social VI (trabajadores no cualificados).
- En relación con su consumo en los últimos 30 días, la prevalencia es mayor en el grupo de mujeres de 45 a 64 años.
- Referente a la prescripción con receta médica de BZD, encontramos la mayor prevalencia en las mujeres de 65 y más años.

Según estos datos, es factible concluir y afirmar que el perfil de las mujeres que padece ansiedad y consume BZD, son: *mujeres de 45 a 64 años, correspondientes a la clase social VI, con estudios primarios o sin estudios, españolas y en situación de incapacidad laboral o jubiladas.*

Las BZD se utilizan con mayor frecuencia entre mujeres que hombres, lo que resulta en tasas más altas de sobredosis entre esta población, visitas al departamento de emergencias y muertes que involucran las benzodiazepinas han aumentado significativamente entre las mujeres en los últimos años. A partir de 1999 hasta 2017, la tasa de muertes por sobredosis de drogas que benzodiazepinas entre mujeres de 30 a 64 años aumentó 830%.

Este aumento se observó en todos los grupos de edad de mujeres de 30 a 34 años a 60–64 años (Michaels *et al.*, 2021a).

BZD y fármacos similares (por ejemplo, zolpidem) son los segundos más utilizados medicamentos psicotrópicos entre mujeres embarazadas en Estados Unidos. Los riesgos asociados con el uso de BZD durante embarazo son inciertos, pero pueden incluir aborto espontáneo y malformaciones congénitas (Bellantuono *et al.*, 2013; Michaels *et al.*, 2021a).

## **5.2. Consumo de antidepresivos y de tranquilizantes. Automedicación.**

Uno de los problemas más importantes asociados al uso de las BZD es la automedicación. El médico de AP o el psiquiatra deben informar de las características de las BZD y orientar el tratamiento. Los pacientes con ansiedad generalizada suelen precisar ansiolíticos durante un largo periodo de tiempo; de no prescribirlos hay un alto riesgo de dependencia a otros tóxicos como puede ser el alcohol (Álvarez *et al.*, 2008). Se conocen los siguientes datos:

Según ENSE 2017, el 12,5 % de la población de 15 y más años refirió haber consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir en las últimas 2 semanas. Los hombres los consumieron con menor frecuencia (8,6 %) que las mujeres (16,1 %). Tanto el consumo de tranquilizantes como el de antidepresivos fueron mayores a mayor edad, aunque la pendiente fue mayor en el caso de los tranquilizantes. Respecto a esto, una de cada cuatro personas de 65 y más años tomó tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (25,9 %). Las clases sociales menos favorecidas consumieron más tranquilizantes/relajantes y más antidepresivos/estimulantes. Este gradiente social se observó para ambos medicamentos y tanto en hombres como en mujeres, pero la pendiente fue más acentuada en mujeres. El consumo de tranquilizantes fue más elevado en mujeres de las clases IV (18,3 %), V (18,2 %) y VI (18,1 %) acercándose a una de cada cinco (ENSE, 2017).

Por su parte, las personas nacidas en España consumen tranquilizantes con mayor frecuencia que las nacidas en otro país (13,4 % vs. 6,3 %). Según la relación con la actividad económica, destaca la prevalencia de consumo entre las mujeres dedicadas

a las labores del hogar (10,13 %), tanto en el caso de los tranquilizantes como de los medicamentos antidepresivos; aunque en el caso del consumo de tranquilizantes, está aumentado en las mujeres incapacitadas (32,07 %) y en jubiladas (15,64 %). En el caso de los tranquilizantes, la automedicación es algo mayor, 4,0 % en hombres y 2,5 % en mujeres. El consumo sin receta se presenta con mayor frecuencia en las clases altas. Aun así, el 10,7 % de la población ha consumido tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir sin receta y el 97,0 % con receta (ENSE, 2017).

### **5.3. Datos sobre la ansiedad en Murcia**

Respecto al estudio referente a la ansiedad por Comunidades Autónomas (CC. AA), la primera Comunidad con la prevalencia más alta de “alguna enfermedad mental” padecida en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico, referente a las mujeres, es Asturias con un 24,2 % y, en segundo lugar, le sigue Galicia con un 21,9 %. En cambio, la CCAA que menos porcentaje presenta es Baleares con un 10,6 %.

En cuanto a Murcia, esta comunidad presenta un 12,2 % de mujeres y un 8,2 % de hombres que sufren “alguna enfermedad mental” en los últimos 12 meses y (diagnosticada por un médico) (ENSE, 2017).

Figura 9. Prevalencia de mujeres y hombres con “alguna enfermedad mental” en Murcia respecto a 2017



Nota. Estos datos se derivaron del Estudio Nacional de Salud Español (ENSE, 2017).

### 5.3.1. Nuevos datos post pandemia

Después de la pandemia se publicaron datos actualizados sobre el consumo de hipnosedantes en España. Según el estudio de EDADES (2022):

- En 2020, se estima que 645.000 personas iniciaron el consumo de hipnosedantes con o sin receta.
- Entre las mujeres de 35 a 64 años fue donde se registró el mayor inicio de consumo.
- Un 22.5% de la población de 15 a 64 años había consumido hipnosedantes con o sin receta alguna vez, superando la barrera del 20% por tercera vez en la serie histórica.
- El 12.0% de la población general ha consumido hipnosedantes con o sin receta en los últimos 12, 8.6% en el último mes y el 6.4% diariamente en el último mes. Además, el 1.3% de la población general había consumido hipnosedantes sin receta durante los últimos 12 meses (calculados en los meses previos a realización de la encuesta).
- Menos del 1% de la población general había consumido hipnosedantes sin receta durante los últimos 30 días.
- El 3.1% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes sin receta alguna vez en su vida, con una edad media de inicio de 30.6 años.
- Comparado con el consumo de hipnosedantes con o sin receta, la prevalencia de consumo de los mismos sin receta ha sido muy similar en todos los grupos de edad y ambos sexos.
- Durante el último año previo a la encuesta, el policonsumo era más frecuente entre los hombres de 25 a 34 años. Un número significativo de personas de este grupo habían consumido cuatro o más sustancias psicoactivas adicionales al alcohol, tabaco y cannabis, con prevalencias superiores al 90%. Más de la mitad de estos individuos habían usado cocaína en polvo o medicamentos hipnosedantes, ya fueran con o sin receta médica. Por otra parte, también se encontraron consumos significativos de éxtasis, anfetaminas y alucinógenos, superiores al 15%.

- En 2021 se observó una tendencia a la baja en el consumo de todas las drogas, tanto legales como ilegales, con la excepción de los hipnosedantes. Esta tendencia se atribuyó principalmente a la crisis sanitaria del COVID-19 que obligó a la implementación de medidas de restricción y control de la movilidad con el objetivo de controlar la propagación del virus. Estas medidas tuvieron un gran impacto en la sociedad, en la actividad laboral y en el ocio nocturno, con muchas discotecas y bares cerrados o con restricciones horarias.
- Entre los jóvenes de 14 a 18 años, las drogas lícitas (alcohol, tabaco e hipnosedantes) son las más consumidas.
- El consumo de drogas ilícitas es mayor entre los hombres mientras que el consumo de drogas lícitas está más extendido entre las mujeres.
- Los hipnosedantes fueron las sustancias más consumidas después del alcohol, el tabaco y el cannabis entre los estudiantes.
- Según la encuesta de 2021, el 10,3% de las personas de entre 14 y 18 años había consumido hipnosedantes sin receta al menos una vez en su vida, el 7,2% lo hizo en el último año y el 3,6% en el último mes antes de la encuesta. Se evidencia un ligero aumento del consumo de hipnosedantes sin receta entre la población de 14 a 18 años.
- En el caso de muertes por hipnosedantes en 2020, su consumo apareció junto con otras sustancias, generalmente opioides, cocaína y alcohol. Solo en el 2,7% de los fallecidos, los hipnosedantes fueron la única sustancia detectada, de los cuales el 58,3% se trató atención primaria de casos notificados como suicidios.

### **5.3.2. Comparación de los datos de la Encuesta europea de salud en España del año 2017 (pre-pandemia) y los del año 2020**

Aunque el perfil de la mujer consumidora se obtuvo a partir de la ENSE del año 2017, se consideró oportuno comparar algunos de los datos prepandemia, con los obtenidos para el año 2020 a fin de evidenciar si el consumo había empeorado, mejorado o seguía igual. Según los resultados de dicha comparación, se halló que:

#### ***5.3.1.1. Respecto a los problemas de salud mental en personas de más de 15 años***

En España, según los resultados de 2017, más de una de cada diez personas de 15 y más años refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental (10,8 %) (ENSE, 2017). Por su parte, en 2020, había un 5,4% de la población que presentaba algún tipo de cuadro depresivo, lo que equivale a 2,1 millones de personas. De estas, 230.000 presentaban una sintomatología grave, lo que significaba que la depresión grave afectaba a 230.000 personas (ENSE, 2020).

#### ***5.3.1.2. Se mantiene la tendencia de mayor depresión en las mujeres***

Según los datos de 2017, entre las enfermedades o problemas de salud más frecuentes están también la ansiedad y la depresión. El 6,7% de los adultos refirió padecer ansiedad crónica (4,3% de los hombres y 9,1% de las mujeres). La depresión se declaró en la misma proporción (6,7%) y al igual que la ansiedad, la depresión fue más del doble en mujeres (9,2%) que en hombres (4%) (ENSE, 2017).

Por su parte, en 2020 se refirió que el 12,74% de la población de 15 y más años presentó sintomatología depresiva de distinta gravedad: el 8,46% sintomatología leve, el 2,51% moderada, el 1,19% moderadamente grave y 0,58% grave. Además, la frecuencia de la sintomatología depresiva fue prácticamente el doble en mujeres (16,32%) que en hombres (8,94%) en todos sus grados de severidad (ENSE, 2020).

### **5.3.1.3. Ansiedad crónica**

En 2017, el 6,7 % de los adultos refirió ansiedad crónica: 9,1 % de las mujeres y 4,3 % de los hombres (ENSE, 2017). Mientras que en 2020 el porcentaje fue de 3,5% en los hombres y 8,1% en las mujeres (ENSE, 2020).

Respecto a la prevalencia de depresión, ansiedad crónica y otros trastornos mentales en población de 15 y más años, encontramos que de las 32 enfermedades o problemas de salud por los que inquiriere la ENSE, la ansiedad crónica y la depresión se situaron en los puestos 10° y 11° del ranking de prevalencia autodeclarada en la población no institucionalizada de 15 y más años, declarándose casi en la misma proporción en ambas enfermedades (6,7 %) (ENSE, 2017).

### **5.3.1.4. Depresión**

En 2017 la depresión se declaró en la misma proporción que la ansiedad (6,7 %), y fue más del doble en mujeres (9,2 %) que en hombres (4 %) (ENSE, 2017).

En 2020, las estadísticas demostraron que la prevalencia de la depresión en mujeres también fue significativamente más alta que en hombres. Mientras que el 7,1% de las mujeres sufrió de depresión, el porcentaje en los hombres fue del 3,5%. Además, los casos graves de depresión en mujeres superaron por tres los casos graves en hombres, con 3,5% casos femeninos por cada caso masculino (ENSE, 2020).

### **5.3.1.5. Incapacidad para el empleo, principal riesgo en 2020**

La incidencia de cuadros depresivos aumentó con la edad, siendo el porcentaje más alto entre las personas mayores de 85 años, con un 16,0%. La frecuencia de cuadros depresivos fue mayor entre las personas con incapacidad para trabajar: 24,4% en hombres y 23,4% en mujeres. Por el contrario, estudiar o trabajar se asoció con menos incidencias de cuadros depresivos, mayores o de otro tipo (ENSE, 2020).

### **5.3.1.6. “La paradoja de la buena salud en pandemia”**

Durante el periodo de pandemia recogido en la Encuesta Europea de Salud de España hasta julio de 2020, la proporción de población con salud autopercibida regular, mala o muy mala disminuyó, mientras que el peso de la población con buena salud general (física y mental) aumentó en cuatro puntos en comparación con el periodo anterior. Al mismo tiempo, el exceso de mortalidad al inicio de la pandemia se asoció principalmente a edades avanzadas y problemas previos de salud (comorbilidades). De acuerdo con la Estadística de defunciones según la causa de muerte, durante los cinco primeros meses del año, el 87,1% de los fallecimientos por covid-19 con virus identificado tenían 70 o más años, mientras que el 89,2% de los fallecimientos por covid-19 con sospecha tenían 75 años o más. La principal comorbilidad de los que fallecieron por covid-19, informada por los médicos en el certificado médico de defunción, fue la enfermedad hipertensiva (13,7% en los fallecimientos por covid-19 con virus identificado y 21,0% en los de covid-19 con sospecha). La insuficiencia renal fue la segunda comorbilidad en los fallecimientos por covid-19 con virus identificado (8,7%), mientras que la demencia fue la segunda comorbilidad en los fallecimientos por covid-19 con sospecha (13,0%) (ENSE, 2020).

### **5.3.1.7. Menos consultas presenciales en 2020**

Durante los cinco primeros meses de la pandemia, el 9,3% de los hombres y el 12,4% de las mujeres de 15 años o más habían recibido atención médica del médico de familia en las cuatro semanas anteriores a la entrevista, en comparación con los porcentajes de antes de la pandemia del 21,1% y 29,2%, respectivamente. Asimismo, el 3,9% de los hombres y el 5,5% de las mujeres de 15 años o más habían consultado a un médico especialista durante los cinco primeros meses de la pandemia, en comparación con los porcentajes previos de 9,5% y 13,6%, respectivamente. Esta reducción en las consultas se aprecia en todas las edades, siendo más pronunciada en el grupo de 65 años o más, con descensos de 25 puntos en las consultas al médico de familia y de 10 puntos para los médicos especialistas (ENSE, 2020).

### **5.3.1.8. Reservas online**

En 2020, uno de cada cinco personas accedió a servicios de salud en línea en lugar de visitar el hospital. También fue común reservar citas médicas a través de un sitio web o aplicación móvil (40,3%). Además, un 17,6% obtuvo acceso a archivos personales de salud (ENSE, 2020). La proporción de personas que usaban la red para estos fines en los últimos tres meses de 2020 fue mayor en mujeres que en hombres. El 73,0% de las mujeres realizaron búsquedas por Internet relacionadas con temas de salud, el 43,6% reservaron una cita con un médico a través de un sitio web o aplicación móvil, el 22,1% accedieron a otros servicios de salud en línea en lugar de visitar el hospital y un 17,8% obtuvieron acceso a archivos personales de salud (INE, 2021).

### **5.4. “La tranquilidad recetada”**

La frase "la tranquilidad recetada" en el contexto de este libro se refiere a la tendencia de medicalizar y tratar con medicamentos los problemas de salud mental de las mujeres, en lugar de abordar las causas subyacentes relacionadas con el género y las desigualdades sociales. El libro examina cómo se ha construido el concepto de salud-enfermedad mental en las mujeres, y cómo esta construcción ha influido en la manera en que se abordan sus problemas de salud mental. La "tranquilidad recetada" sugiere que se les prescriben medicamentos a las mujeres para aliviar sus síntomas y mantenerlas "tranquilas", en lugar de abordar las cuestiones de género y los factores sociales que contribuyen a sus problemas de salud mental (Burin *et al.*, 1990).

Es preocupante el creciente uso de psicofármacos de los últimos años en España. Esto es constatado a través de la creciente tendencia en el aumento del consumo de psicofármacos en la actualidad y en comparación con los años anteriores (Velasco, 2009). Como ya se indicó, según el informe del ENSE, MSCBS/INE del 2017, el 10,7 % de la población consume tranquilizantes, relajantes o pastillas para dormir (13,9 % en mujeres y 7,4 % de los hombres) (ENSE, 2017). Esto indica que el consumo es el doble en las mujeres más que en los hombres de todas las edades, a excepción de los menores de 15 años, donde los niños toman el doble de tranquilizantes que las niñas. Según el estudio de ENSE en 2017, el 97,03 % del total de las personas que toman tranquilizantes,

relajantes o pastillas para dormir lo hacen con receta médica. Existe una cierta preocupación por el 2,97 % restante, porcentaje que sugiere un posible uso inapropiado de dichos fármacos, como puede ser la automedicación.

El aumento en el consumo de los psicofármacos, según Nuria Romo y colaboradores en 2003 afirma que: “No puede explicarse solo por un aumento de los TMC, sino que hay que pensar en la creciente medicalización de los malestares, especialmente de los de las mujeres a las que se les está prescribiendo psicofármacos para malestares inespecíficos sin diagnóstico psicopatológico.” (Como es citado en Velasco, 2009, p. 275). El uso y abuso de los psicofármacos y el escaso desarrollo de nuevos métodos de tratamiento alternativos a la medicalización unido al aumento del interés por las mujeres, reafirmar el propósito de generar una buena racionalización del uso de los psicofármacos y motiva a desarrollar nuevos métodos en el nivel básico e inicial de la atención sanitaria, que es la AP. Y al hablar de nuevos métodos, se hace referencia a métodos que no sean farmacológicos, sino biopsicosociales, desarrollando psicoterapias, tratamientos grupales o intervenciones psicosociales para tratar los malestares o esos TMC (Velasco, 2009).

### **5.6. El inadecuado uso de las BZD como problema creciente de Salud pública**

Ya son varios años en los que determinadas entidades públicas muestran su preocupación sobre la posible prescripción excesiva o inadecuada del grupo de fármacos de las BZD. A las entidades, también se ha unido la protesta del equipo interdisciplinar sanitario para advertir sobre el riesgo y los efectos secundarios derivados de su uso, que puedan acarrear un importante problema de salud pública. Cuando los deseos y las capacidades se ven sobrepasadas por las exigencias requeridas, se produce un desmoronamiento de las sujeciones al mundo y la crisis de la presencia impulsa a buscar sustitutos en la biomedicina (Lopez & Rodríguez, 2020).

El uso y prescripción de BZD se ha relacionado con un alto riesgo de abuso y dependencia debido a su uso inadecuado, ya que, aunque se administren de forma adecuada y a niveles terapéuticos, poseen un alto potencial de dependencia mayor que otros fármacos con acción ansiolítica (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013). En Estados Unidos

se recopiló información sobre el último año (2019) (es decir, tomado según lo prescrito) y el uso indebido. Se preguntó a los encuestados sobre la forma específica de uso indebido: sin receta, en cantidades mayores o con más frecuencia de lo prescrito, más tiempo de lo prescrito o cualquier otro uso que no sea el prescrito. A continuación, se les preguntó sobre las razones del mal uso: “para relajarse”, “para experimentar”, “para drogarse”, “para dormir”, “por emociones”, “para contrarrestar el efecto de otra droga”, porque están “enganchado”, u otra razón. Finalmente, se preguntó a los encuestados sobre la fuente de medicación por uso indebido (por ejemplo, su médico o un amigo o familiar). Para este análisis, la categoría de uso indebido identifica a un encuestado que informó cualquier uso indebido en el último año, aunque ese encuestado también haya usado la benzodiazepina según lo prescrito (Maust *et al.*, 2019).

Respecto a las variables y a los factores de riesgo implicados en el desarrollo de la dependencia a BZD se encontraron tres que tienen una importancia decisiva: la naturaleza del fármaco, el propio individuo y el medioambiente (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013). Respecto a la naturaleza del fármaco, la cinética de las BZD ha demostrado ser un elemento clave para influir sobre su abuso, ya que las BZD con mayor lipofilia, y que, por tanto, se absorben mejor, tienen una mayor probabilidad de producir este efecto en comparación con las que se absorben más lentamente (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013). En relación con el individuo, la genética de este es clave, por el hecho de que hay personas que no metabolizan bien estos fármacos debido a la variación de la actividad de unas determinadas enzimas implicadas en la metabolización de las BZD. También la edad influye en el uso de las sustancias que crean adicción, ya que como se ha apuntado anteriormente, las personas de mayor edad consumen más que los jóvenes. Esto también es debido a una prevalencia mayor del insomnio en la edad adulta (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

Por lo general y según los estudios realizados, los hombres consumen en mayor proporción drogas ilegales y legales, pero las mujeres consumen más BZD. Las mujeres, al estar más expuestas a diferentes niveles de la hormona progesterona desde la pubertad hasta la menopausia, las hace más sensibles a los efectos negativos derivados del uso de las BZD, ya que se ha podido demostrar que los niveles de progesterona

potencian el efecto de las BZD, favorecen su uso y el abuso de estas (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

Por último, vinculado al medio ambiente, cabe destacar el alcohol como un factor externo que también ejerce influencia sobre el abuso en relación con las BZD, ya que actúan sobre los mismos receptores. Según diversos estudios, el 15-20 % de los pacientes alcohólicos presentan un abuso de estos fármacos, ya que se han auto medicado para tratar sus síntomas de ansiedad o abstinencia, o bien como euforizantes para potenciar los efectos del alcohol (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013). La dependencia farmacológica derivada de una BZD, que normalmente se manifiesta en los síntomas de abstinencia cuando el tratamiento se interrumpe repentinamente, pueden ocurrir incluso desde un uso legítimo. Esta respuesta, provocada por la acción constante del fármaco después de mucho tiempo, puede evitarse, por ejemplo, con la reducción gradual de la dosis y/o el cambio de medicación (Battel, 2019).

Por todo, deberían revisarse las directrices empleadas en la utilización de las BZD en el ámbito clínico y así poder combinar su prescripción con otras formas de tratamiento farmacológico y no farmacológico. En definitiva, las BZD en condiciones idóneas de uso, pueden ser un mecanismo eficiente de intervención en un gran número de indicaciones terapéuticas. Pero su uso potencialmente inadecuado, parece ser frecuente en nuestra sociedad, y ello conlleva una gran cantidad de problemas sanitarios, unido a una utilización irracional de los recursos. Por tanto, la investigación, la educación de los profesionales y de la población, incorporación de criterios de eficiencia en la práctica clínica, junto con medidas de regulación racional, son el camino más razonable para que del uso de estos fármacos se derive en un beneficio neto indiscutible para nuestra sociedad (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

Es indispensable hacer hincapié en el buen uso, realizar una adecuada prescripción según los tiempos recomendados para cada patología y hacer una prescripción racional de las BZD para evitar que los problemas asociados a su mal uso puedan agravarse y crear complicaciones, no solo a los pacientes sino a la sociedad y crear con ello un problema de salud pública (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

Según afirmó Vázquez Barquero en 1990: “Se calcula que entre el 30 % y el 60 % de todas las visitas en atención primaria son debidas a síntomas para los que no se encuentra causa médica”. (Como es citado en Velasco, 2006, p. 26). El siguiente cuadro refleja las quejas y síntomas más comunes en atención primaria. Estas quejas están constituidas de dolores y síntomas somáticos, los cuales muchos de ellos son manifestaciones vegetativas, que la mayor parte de las veces son funcionales, es decir, no tienen un trastorno orgánico evidenciable, y que se pueden asociar por alteraciones psicológicas como físicas y son la expresión somática de las quejas de salud (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013). Dichos síntomas pueden manifestarse solos o en grupos mediante diferentes combinaciones, ya sea de forma alterna o sucesiva en una misma persona, y asociado también a situaciones conflictivas vitales o a veces, no se consigue asociar a un suceso desencadenante, lo que hace que sean bien conocidos e identificados por el personal sanitario en las consultas de AP (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013).

Todas estas quejas se presentan mucho más en las mujeres que en los hombres, ya que entre el 73 % y el 80 % de los pacientes son mujeres. Esto puede ser debido a que como se ha explicado anteriormente, existe una forma diferente de enfermar y manifestar la enfermedad según el sexo, lo que hace que las mujeres acudan con mayor frecuencia al sistema sanitario y, por tanto, hacen los síntomas registrables (Rosas-Gutiérrez *et al.*, 2013). Con base en la clasificación hecha por Nimnuan en 2001, el siguiente listado lo constituyen los síntomas somáticos y quejas más frecuentes en atención primaria. Hay que señalar que el listado no es exhaustivo ya que existen síntomas somáticos que no se pueden explicar médicamente como es el bruxismo, inquietud de piernas, cólicos intestinales, etc. Pero en él se pueden apreciar diversos síntomas que nos señalan algunas manifestaciones características o que pueden aparecer en una persona con ansiedad o que se dan en los ataques de ansiedad.

Tabla 15. Quejas más frecuentes en atención primaria

<b>Quejas más frecuentes en atención primaria</b>	
<b>Síntomas generales</b>	Dificultad para respirar Temblor Vértigo Cansancio mental Cansancio físico Cambios de humor Irritabilidad Fallos de memoria
<b>Dolores</b>	Dolor persistente Dolor lumbar Sentir dolor por todas partes Entumecimiento Rigidez matutina Dolor pélvico Síntomas menstruales Dolor facial Cefalea Dolor abdominal Dolor torácico Palpitaciones
<b>Del sistema digestivo</b>	Molestias en la Garganta Boca seca Ardor Alteración del gusto Vómitos Náuseas
<b>Alergias o sensibilidad</b>	Picor Reacciones a químicos o alimentos Zumbidos Fonosensibilidad Fotosensibilidad
<b>Respecto al sueño</b>	Despertar temprano Dormir demasiado pronto Angustia al caer dormido Somnolencia diurna Pesadillas

Nota. Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2006.



## CAPÍTULO 6: TRATAMIENTO ALTERNATIVO DE LA ANSIEDAD EN AP PARA LA PANDEMIA POR COVID-19

### **6.1. Situación pandémica por la COVID-19 y su relación con el aumento de la ansiedad en la población general**

La pandemia generada por la COVID-19 ha supuesto e impuesto un autoaislamiento a gran escala de toda la población mundial lo que ha provocado muchas consecuencias indeseables, de las cuales, para esta investigación atañen sobre todo las relacionadas con la salud mental y sus patologías (Vicente, 2020).

Además de representar una gran amenaza para la salud física de la población, la pandemia de COVID-19 plantea una amenaza para la salud mental debido al aumento y la prolongación de los sentimientos de miedo e incertidumbre, separación, duelo y perturbación de los sistemas sociales y económicos (Ghebreyesus, 2020). La evidencia internacional emergente indica que el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y los síntomas de depresión fueron comunes en la población general durante la fase inicial de esta pandemia. Otra amenaza para la salud mental de la población es la implementación de medidas de cuarentena a nivel nacional promulgadas para frenar la propagación de COVID-19. Si bien la cuarentena pudo ser una medida de salud pública efectiva tuvo costos económicos, sociales y psicológicos significativos (Brooks *et al.*, 2020; Hyland *et al.*, 2020).

La pandemia ha provocado importantes cambios en diferentes patrones de consumo, como en el alcohol, psicofármacos, analgésicos mayores o drogas estimulantes, utilizados en este contexto para “aliviar el displacer”, lo que ha producido un aumento del consumo de estas sustancias. Entre los factores que agravan este aumento se encuentran múltiples factores psicosociales y ambientales, donde estos influyen a su vez en otras comorbilidades, como es la ansiedad, depresión, adicción a pantallas, entre otras, pudiendo empeorar o incrementar estas situaciones previas (Pascale, 2020).

Hablando específicamente de la ansiedad agravada por la pandemia se encuentran algunos de sus efectos colaterales, situaciones de miedo o inseguridad personal debido a la situación social, la cual lleva a la aparición o reagudización de los cuadros previos de ansiedad, por lo que, resulta de vital importancia investigar el impacto psicológico generado por la pandemia a fin de desarrollar nuevas estrategias que reduzcan el impacto psicológico y las repercusiones de este nuevo y gran problema (Pascale, 2020).

A este respecto, un estudio comparativo sobre los niveles de estrés, ansiedad y depresión realizado en marzo de 2020 con una muestra de n=976 personas pertenecientes a La Comunidad Autónoma Vasca, demostró que los niveles severos y extremadamente severos de las comorbilidades anteriores fueron menores en dicha población. Además de revelar que los individuos que contaban con otras patologías crónicas mostraban una media superior de estrés, depresión y ansiedad (Ozamiz-Etxebarria *et al.*, 2020). También, reveló que las edades entre las que predominaban estas comorbilidades eran entre los jóvenes de 18-25 años, seguidos de los de 26-60 años y siendo su media inferior en los mayores de 60 (Ozami-Etxebarria *et al.*, 2020).

Por otro lado, la detección positiva de ansiedad o depresión se ha asociado con una edad más joven, tener más de un hijo en el hogar, niveles de ingresos más bajos en 2019, experimentar una pérdida de ingresos debido a la pandemia de COVID-19, tener una condición de salud subyacente (enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca o diabetes), tener un ser querido con una condición de salud subyacente (disfunción pulmonar), enfermedad cardíaca o diabetes, tener una infección confirmada o sospechada de COVID-19 y tener un nivel moderado o alto de riesgo de infección por la COVID-19 durante el transcurso del tiempo (Hyland *et al.*, 2020; Shevlin *et al.*, 2020).

Todos estos datos muestran la importancia de mantener un adecuado bienestar psicológico para afrontar la pandemia y prevenir enfermedades mentales, utilizando para ello nuevas terapias orientadas a reducir y controlar la sintomatología de ansiedad, burnout de los profesionales sanitarios o no sanitarios, y sobre las situaciones adversas presentes o futuras presentadas resultado de la situación provocada por la COVID-19 (Ozami-Etxebarria *et al.*, 2020).

## **6.2. Intervención grupal psicoeducativa como una alternativa para tratar la ansiedad en AP**

El tratamiento farmacológico es el que más se utiliza para combatir y tratar los trastornos de ansiedad, pero, debido a los innumerables e importantes efectos secundarios asociados a su uso crónico, se ha producido un incremento y auge de los estudios científicos sobre la psicoterapia como una alternativa o complemento a la farmacología, los cuales han demostrado su eficacia para reducir la sintomatología ansiosa (Prieto, 2018). Las intervenciones psicológicas pueden ayudarlos a modificar la percepción del paciente con alguna enfermedad y reducir sus síntomas depresivos, ya que las percepciones de los pacientes afectan sus estrategias de afrontamiento y voluntad de participar en el autocontrol de su malestar. Además, el ejercicio físico conduce a una mejora de la capacidad de autocuidado y la calidad del sueño, así como la disminución de fatiga, bajo nivel de depresión y aumento de la calidad de la vida (Xing *et al.*, 2016).

La terapia cognitivo-conductual es el más eficaz método psicoterapéutico de uso frecuente para reducir ansiedad y depresión en pacientes con enfermedades, mientras que mejora su cumplimiento con el tratamiento. Incluye métodos bien estructurados para ayudar a los pacientes a reorganizar sus pensamientos negativos y obtener control sobre ellos y se vale de gran variedad de métodos, como técnicas de relajación, reestructuración cognitiva y exposición que puede aplicarse individualmente o en grupos (Duarte *et al.*, 2009, Wolgensinger, 2015). Analizando los diferentes estudios encontrados en la búsqueda bibliográfica centrada en las intervenciones psicoeducativas presenciales, se evidencia que, para tratar la ansiedad con terapias alternativas desde atención primaria, se recomienda la combinación de estrategias farmacológicas con las no farmacológicas (psicoterapia, counselling, técnicas de relajación, entrenamiento en el manejo de la ansiedad, etc.).

Las intervenciones cognitivo-conductuales que más han recibido apoyo empírico sólido entre las intervenciones no farmacológicas para trastornos de ansiedad se centran en gran medida en abordar las creencias desadaptativas y comportamientos que sirven para mantener la ansiedad y el deterioro asociado.

Sin embargo, para muchas personas, las intervenciones cognitivo-conductuales no dan lugar a cambios clínicamente significativos, con efectos más pequeños obtenidos para el trastorno de estrés postraumático, el trastorno de ansiedad social y trastorno de pánico (Carpenter *et al.*, 2018). Una posible explicación de esta brecha en el tratamiento es que estas intervenciones pueden fallar en abordar la hiperexcitación que se observa a menudo en estos trastornos, particularmente la exposición interoceptiva que aborda el miedo a las sensaciones asociadas con la excitación ansiosa tiende a servir como el principal medio empíricamente respaldado (Leyro *et al.*, 2021).

En la GPC consultada del año 2008, se explica que los abordajes grupales que con más frecuencia se utilizan en atención primaria para los trastornos de ansiedad son los denominados “desarrollo de habilidades”. En ellos se aplica el aprendizaje basado en las técnicas de relajación y respiración, afrontamiento y manejo del estrés, resolución de problemas, y el entrenamiento y manejo de la ansiedad, etc. Algunas de las técnicas más usadas en atención primaria para disminuir los síntomas de la ansiedad son las técnicas de relajación, exposición, entrenamiento de habilidades sociales, autoinstrucciones, entrenamiento en el manejo de la ansiedad, técnicas de resolución de problemas, counselling, entre otras (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Entre las evidencias encontradas al respecto sobre las técnicas psicológicas de aplicación en el ámbito de AP para el TAG y TA, se encuentran una serie de características que deben ser comunes a todas ellas:

- Deben estar realizadas por profesionales formados en la materia de consumidoras de BZD durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena.
- Ser estructuradas: siendo sencillas de aprender y fáciles de hacer.
- Breves y con tiempos pautados previamente.
- Objetivos concretos fijados tras la evaluación.
- Estar detallada su efectividad para el diagnóstico a tratar (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Por tanto, y según la guía citada, las intervenciones para el tratamiento de la ansiedad en atención primaria deben ser breves, estructuradas, sencillas, con tiempos pautados, objetivos realistas, efectividad descrita, fáciles de aplicar y llevados por profesionales formados en la materia, que asuma las técnicas de relajación como una función más de su rol profesional (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008).

Las intervenciones realizadas por consejería grupal pueden crear condiciones y atmósferas que permitan a las personas reevaluar sus pensamientos, sentimientos y comportamientos, cambiar sus percepciones, actitudes y sentimientos o sus acciones y prepararlos para enfrentar las obligaciones de la vida. El enfoque asume que cualquier cosa en la mente humana define cómo se desempeñan y sienten. La técnica de reestructuración cognitiva enfoca su atención en el esfuerzo de identificación y cambia los pensamientos u opiniones negativos en uno mismo y las creencias irracionales de los pacientes en pensamientos positivos y racionales. Esta técnica está diseñada para ayudar a alcanzar mejores respuestas emocionales al cambiar el hábito común de evaluación habitual a inusual (Makhmudah *et al.*, 2019).

A esta GPC, se incluyen los artículos más importantes, encontrados en los diversos metabuscadores de literatura científica, explicados posteriormente, muchos de los cuales son llevados a cabo en el ámbito de la AP acerca del tratamiento de la ansiedad. En cada una de las investigaciones realizadas y los resultados obtenidos, se demuestra la eficacia de la intervención psicoeducativa grupal, ya que disminuye considerablemente la puntuación en las escalas usadas para cuantificar la ansiedad. Entre las escalas más utilizadas en estas publicaciones para medir la ansiedad están: El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y La Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS), las cuales se describen posteriormente. Las intervenciones son llevadas a cabo por el profesional sanitario del equipo interdisciplinar, en su mayoría médicos, psicólogos, pero son pocos los enfermeros que las realizan. Siguen una metodología de intervención en las que se hacen de 5 a 12 sesiones, con periodicidad semanal (aunque la mayoría de los estudios recomiendan hacer de media 8 sesiones), y son dirigidos a población adulta con sintomatología ansiosa, con o sin tratamiento farmacológico previo; aunque

en la mayoría de los estudios encontrados, el paciente no toma un tratamiento ansiolítico previo en el momento de la intervención.

Se ha constatado que los estudios sobre esta intervención y de una menor duración no presentan resultados significativos para la reducción de dichos síntomas. En cambio, este formato hace referencia a la eficacia de los grupos psicoeducativos, ya que ofrece los resultados más significativos para la reducción de los síntomas de ansiedad y estrés en atención primaria, asociándose una disminución de la reactividad emocional frente a un factor de estrés negativo, lo cual sigue la línea de la literatura utilizada por los diferentes autores señalados (Prieto, 2018).

Dentro de los grupos psicoeducativos también se incluyen los grupos de relajación. Se llegó a la conclusión de que el entrenamiento en relajación es uno de los procedimientos más utilizados para disminuir la sintomatología de ansiedad, ya que existen en la actualidad gran variedad de técnicas de relajación indicadas para los problemas de ansiedad (Ramírez *et al.*, 2014). En otro de los estudios referenciados se concluye que el entrenamiento en relajación es la solución más efectiva para disminuir la ansiedad, por lo que, los talleres centrados en la aplicación de la terapia de relajación son una herramienta fundamental de autoayuda para el afrontamiento familiar e individual en las personas con ansiedad. Además de la relajación, se hace hincapié en reforzar una serie de recomendaciones que disminuyen la ansiedad, como es el fomentar la vida saludable, la práctica de ejercicio físico y el llevar una alimentación sana, es decir, donde se refuerzan las MHD (Soriano González, 2012).

Se objetiva que, con todas las investigaciones obtenidas, las cuales evidencian una disminución significativa de la ansiedad, es válido concluir que la psicoeducación sobre la ansiedad y entrenamiento en técnicas de relajación son una nueva forma para abordar los trastornos de ansiedad que puede ser liderada por el profesional de enfermería y puede servir de complemento u opción a la farmacoterapia en los trastornos de ansiedad en atención primaria (Ramírez *et al.*, 2014).

Como limitaciones encontradas en algunos de estos estudios anteriormente expuestos se encuentran:

- La mayoría de las intervenciones psicoeducativas han sido desarrolladas y realizadas por médicos y psicólogos, y en una menor proporción en colaboración con las enfermeras.
- No hay un liderazgo de intervenciones psicoeducativas realizadas solamente por enfermeras.
- La falta de seguimiento posterior después de la intervención; haciéndose necesario el mismo para poder corroborar los resultados obtenidos, meses después de acabar la intervención (Prieto, 2018).

Debido a que, en la mayoría de los estudios, la intervención grupal psicoeducativa se ha llevado a cabo en pacientes que no tomaban tratamiento ansiolítico, esto implica que:

- Existen apenas estudios donde se compruebe la eficacia de la combinación de la terapia psicoeducativa junto con el tratamiento farmacológico, para evaluar si su eficacia es mayor juntos o por separado (Ramírez *et al.*, 2014).
- Podría investigarse si tienen más importancia en la disminución de la ansiedad: las técnicas grupales o los ejercicios de relajación, o la combinación de ambas (Tello *et al.*, 1997).
- Sería interesante valorar si a través de una intervención psicoeducativa de entrenamiento en técnicas de relajación se consiguen disminuir el consumo de ansiolíticos en pacientes con trastornos de ansiedad y si se ve disminuida también la demanda de atención (Ramírez *et al.*, 2014).

Todos los estudios referenciados llegan a la conclusión de que el taller psicoeducativo con técnicas de relajación reduce considerablemente los niveles de ansiedad; pero referente al consumo de psicofármacos y las técnicas de relajación, cabe la duda de si esto se da también en los pacientes que estén tomando psicofármacos, ya que ellos, al tomar el fármaco tienen un efecto reductor de la ansiedad, y por ello, su ansiedad con la relajación no disminuye tanto (Soriano, 2012).

Mientras que los que no toman tratamiento farmacológico, si se ha cuantificado una disminución más significativa de su ansiedad, lo que sugiere:

- La necesidad de considerar que quizá no haga falta el uso de psicofármacos, debido a la disminución de la ansiedad con la relajación en pacientes sin tratamiento ansiolítico; y en el caso del uso de psicofármacos, no complementarla por este motivo con relajación.
- Sería necesario investigar la realización de las terapias de relajación en pacientes con ansiedad que estén con tratamiento farmacológico, para valorar si sigue siendo necesario el uso de los ansiolíticos en esos pacientes, o solo con las técnicas de relajación, conseguiremos los efectos deseados (Soriano, 2012).
- Aunque existe evidencia de que la terapia con pacientes puede disminuir de forma significativa la ansiedad, solo se localizó un estudio en el que se constató a través de sus resultados que las mujeres participantes ya no tomaban los ansiolíticos de forma continua sino ocasionalmente o de forma puntual, según su estado emocional, lo que evidenció una disminución en el consumo de estos fármacos (Tello *et al.*, 1997).

Al haberse encontrado únicamente un solo artículo en toda la bibliografía buscada cabe señalar como limitaciones que:

- Solo se ha encontrado un estudio en el que se ha evidenciado cuantitativamente la disminución de la demanda de atención sanitaria. (R. C. Sánchez *et al.*, 2009). Lo que demuestra la necesidad de registrar la disminución de la demanda sanitaria en las consultas médicas y enfermeras.

### **6.3. Justificación sobre el uso de las TICs (tecnologías de la información) en una intervención grupal psicoeducativa telemática como alternativa para abordar la ansiedad en AP**

Actualmente, se ha producido un creciente desarrollo tecnológico que ha impulsado el uso indiscriminado de las TICs, las cuales constituyen un elemento muy importante y significativo en la vida cotidiana actual contribuyendo en casi todas las actividades del día a día y también en el marco sanitario. Ya en los años 1970 Lang, Melamed y Hart, hicieron un experimento a través de su programa ELIZA, con el cual, pretendían imitar a un paciente en situación de psicoterapia (Calvo, 2008). A partir de ese hallazgo, se han ido desarrollando y extendiendo múltiples programas que abarcan desde el diagnóstico clínico, tratamiento de diversos problemas de salud mental, hasta la formación de psicoterapeutas, ya que conforme avanza la tecnología a pasos agigantados, también junto a ella, avanzan las aplicaciones tecnológicas para la salud, y más concretamente para la psicoterapia (Calvo, 2008). Un nuevo elemento que surge relacionado con el auge impulsado por las TICs, es la ciberterapia, la cual es una modalidad que aparece para ayudar a las personas que buscan resolver asuntos relacionales y de la vida utilizando para ello el ámbito de internet, llevándose a cabo sin proximidad o contacto físico y existiendo una gran interactividad y retroalimentación (Ramírez-Moreno *et al.*, 2007).

Esta nueva corriente utiliza las comunicaciones medidas a través del ordenador y se clasifica en: sincrónicas (cuando el emisor y el receptor se comunican simultáneamente en el tiempo, como una videoconferencia), y asincrónicas (cuando la relación no es simultánea y en ellas se produce una motivación, respaldo o se anima una exposición, como es a través del email o foros) (Soto-Pérez *et al.*, 2010).

La ciberterapia también se denomina: e-terapia, consulta online, terapia virtual, terapia online, consejo web, tele-salud conductual o e-terapia conductual. El uso de la tecnología es cada vez más común en numerosos aspectos de la atención de la salud, incluida la psicología clínica (Pomerantz, 2017). Los investigadores y los médicos han comenzado a incorporar tecnología en los tratamientos de enfermedades mentales utilizando una amplia gama de aplicaciones tecnológicas, incluida la

bio-retroalimentación a través del monitoreo fisiológico, la realidad virtual, la terapia administrada a través de la web y otros programas informáticos. Esta área en desarrollo de técnicas terapéuticas ha sido denominada ciberterapia (Pomerantz, 2017). La ciberterapia utiliza la tecnología para brindar, mejorar y facilitar el tratamiento a los pacientes. La investigación ha demostrado que los resultados del tratamiento de la ciberterapia han sido comparables a otros tratamientos cognitivo-conductuales, como la terapia de exposición, durante una variedad de trastornos. Además, la ciberterapia ha sido útil para evaluar y monitorear múltiples trastornos, lo que indica que puede ser una poderosa herramienta clínica para la salud del comportamiento (Lucifora *et al.*, 2021).

Por otro lado, las aplicaciones para móviles (apps) surgieron a finales de 2008 y unas 40.000 de ellas aproximadamente, estuvieron relacionadas con el ámbito de la salud. El uso de las TICs en relación con la psicología se basa en una intervención fundamentada en los mismos principios psicológicos que la intervención de manera presencial, ya que se aplica el mismo de la TCC pero con un formato distinto (Bornas *et al.*, 2002).

Es una de las más desarrolladas debido a que está estrechamente relacionada con el grado de elaboración y estructuración que ha alcanzado la TCC para la ansiedad tratada de manera presencial, lo que facilita el diseño de las partes específicas necesarias para la creación de un programa que trate la ansiedad mediante el ordenador (Calvo, 2008). Este último concepto nos lleva a la definición de otro término encontrado en las revisiones bibliográficas, que es la TCCI (Terapia Cognitivo Conductual por Internet), la cual ofrece un sistema de ayuda al paciente y al terapeuta a la hora de tomar las decisiones sobre el diseño y ejecución de la terapia, ayudando en la prevención de recaídas. Así el programa permite delegar en el paciente la mayoría de las tareas necesarias, guiándolo a través de la TCC de autoayuda para la ansiedad o trastornos depresivos, permitiendo el ahorro de al menos dos tercios del tiempo de terapeuta empleado por paciente (Calvo, 2008).

Según los diferentes estudios realizados a lo largo de estos años, se ha demostrado que las TICs pueden mejorar la eficacia de algunos tratamientos, incrementar la adherencia del paciente al tratamiento, permitiéndole llevar a cabo los

principios terapéuticos aprendidos y poder ejecutarlos en su vida cotidiana. Con esto, es posible potenciar el mantenimiento de los logros adquiridos tras la intervención y, en consecuencia, produce una mejora en la calidad de vida durante y después de la intervención terapéutica (Bornas *et al.*, 2002).

Los medios virtuales incluyen prácticas en las que los pacientes se someten a una exposición virtual y experiencias comparables a la exposición in vivo en terapia (Pomerantz, 2017). Las prácticas incluyen simulaciones de tiempo real y eventos, que pueden activar los sentidos del paciente. Lo inmersivo y la naturaleza interactiva de la realidad virtual les proporciona a los pacientes una sensación de estar físicamente presente mientras también pueden interactuar con el mundo virtual (Riva, 2005). Las nuevas aplicaciones utilizadas en la realidad virtual ofrecen varias ventajas durante todo el proceso de la terapia en comparación con métodos tradicionales de terapia de exposición (Ventura *et al.*, 2018).

Numerosos estudios han examinado la posibilidad de utilizar herramientas virtuales como una forma de tratamiento de los trastornos de ansiedad, así como fobias específicas. Un metanálisis realizado por Parsons & Rizzo, (2008) de 21 estudios reveló una gran disminución en los síntomas de ansiedad después de la terapia de exposición de realidad virtual. Powers & Emmelkamp, (2008) analizaron 13 estudios y encontró que la terapia de exposición de realidad virtual es muy eficaz en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, e incluso ligera pero significativamente más eficaz que la terapia de exposición in vivo. De su metanálisis, Powers y Emmelkamp, también concluyeron que la terapia de exposición de realidad virtual utilizado para los trastornos de ansiedad apoyó muchas de las ventajas discutidas anteriormente, tales como la capacidad de llevar a cabo la terapia en un consultorio médico seguro, generando más asignaciones, y paulatinamente exposición a situaciones que provocan ansiedad (Foreman-Tran, 2019).

Algunas de las ventajas del uso de las TICs en el ámbito de la salud mental son: incremento de la continuidad de la atención terapéutica, difusión primaria de la información, potenciar la adherencia a las intervenciones e indicaciones terapéuticas, disminución de los costos económicos, aumento de la capacidad de atención,

potenciación del anonimato e intimidad, lo que facilita la sinceridad y desinhibición del paciente en la relación terapéutica, superación de los temores a la estigmatización, mayor comodidad, apoyo e intercambio social, disminución de los desplazamientos y frecuencia de los contactos, libertad temporal y espacial, posibilidad de control de la intervención por parte del usuario, necesidad de investigar, acceso y satisfacción de usuarios aislados y/o estigmatizados (Soto-Pérez *et al.*, 2010).

Por el contrario, algunas de las desventajas son: poca claridad respecto a los costos reales, acreditación del cliente, falta de profesionales con formación adecuada, prejuicios y resistencias, multi-dependencia, necesidad de habilidades técnicas, caídas del sistema, requerimientos y determinantes tecnológicos, validez o credibilidad de la información, confidencialidad, disminución de elementos usados en la comunicación no verbal, dudas respecto a su efectividad (Soto-Pérez *et al.*, 2010).

Tras la enumeración de las ventajas y desventajas, no deberían existir razones que no apoyen el uso de las intervenciones online o recursos que nos proporciona internet, al menos, usado como complemento a la terapia tradicional (G. Andersson, 2009). Lo cual supondría al menos, el uso del email o la disposición de información online, como una parte rutinaria en la intervención realizada, lo cual permitirá aumentar la cobertura, el acceso y mejora de la continuidad de cuidados, produciendo con todo ello una disminución de los costos (Soto-Pérez *et al.*, 2010).

Añadido a esto, es relevante reseñar que el 25 % de los pacientes que poseen un trastorno de ansiedad, rechazan la técnica expositiva y, por tanto, se produce un abandono del tratamiento, lo que revela la importancia, junto con las ventajas antes enumeradas, del estudio e investigación cada vez más necesario de las TICs usadas como complemento de los trastornos de ansiedad (Baños *et al.*, 2011).

Muchos autores recomiendan que los tratamientos comiencen con sesiones psicoeducativas y de autoevaluación online (Andersson, 2009). Referente a la búsqueda bibliográfica desarrollada en las bases de datos y realizada en los meses de pandemia por la COVID-19 para poder justificar con la evidencia científica pertinente a la realización del taller grupal telemático llevado a cabo a través de las TICs, se han referenciado los

artículos más significativos, entre los cuales, se destacan diferentes estrategias a la hora de llevar a cabo la intervención. Algunas de estas estrategias están centradas en el estudio de la importancia o intrascendencia de la colaboración de un terapeuta o de grupos de apoyo a la TCCI, ámbitos de realización, profesionales en su ejecución, uso de las TICs junto con la terapia, sus ventajas, beneficios y limitaciones como es la evidencia de la necesidad de estudiar nuevos ámbitos de estas novedosas terapias. Específicamente en el primer estudio desglosado en el que se realizaron diversos ensayos controlados aleatorizados de la TCCI asistida por un terapeuta, en comparación con una lista de espera o grupo de discusión en línea (es decir, la realización de TCC no guiada frente a la TCC presencial) (Olthuis *et al.*, 2016), los resultados obtenidos indican que la TCCI asistida con el apoyo de un terapeuta es más eficaz que no hacer ningún tratamiento para la reducción de la ansiedad ni de su sintomatología, aunque la calidad de la evidencia fue de baja a moderada. La intervención contó con un bajo riesgo de sesgo en los estudios implicados (Olthuis *et al.*, 2016).

Por otro lado, no hubo diferencias significativas en la eficacia entre la TCC no asistida y la TCCI asistida por un terapeuta, lo cual, se interpreta como falta de precisión en el estudio, aunque se constató una mayor satisfacción del paciente con una TCCI asistida por terapeuta, pero esta no fue evaluada de manera formal (Olthuis *et al.*, 2016). Finalmente, se constata que la TCCI con el apoyo de un terapeuta puede no diferir en la efectividad en comparación con la TCC presencial, lo que hace evidenciar la necesidad de futuros estudios que comparen la TCCI y la TCC presencial y que estudien la importancia de la función del terapeuta en la TCCI e incluyan ensayos más efectivos sobre la TCCI en un contexto real. Previo al análisis del estudio se halló que la intervención obtuvo una mayor respuesta que cuando no se llevó a cabo ningún tratamiento y no fue significativamente inferior a la terapia presencial en los diferentes estudios hechos. Se obtuvieron resultados beneficiosos en las medidas de efecto secundarias, como es la depresión o la calidad de vida, pero estas pruebas tuvieron una calidad de baja a moderada. En cambio, no se estudiaron los resultados de los efectos perjudiciales. Mediante este conocimiento se constata la importancia y utilidad de las herramientas virtuales como ayuda para el manejo de la ansiedad, ya que han

demostrado ser eficaces en pacientes que no son capaces o no están dispuestos a utilizar otros servicios para el manejo de su ansiedad (Olthuis *et al.*, 2016).

Por otro lado, la TCC presencial es probablemente superior desde el punto de vista clínico, y a pesar de haber realizado varios ensayos, la generalización de sus resultados es limitada. Lo que sí se puede afirmar es la recomendación de la autoayuda como primer paso para el tratamiento de algunos de los trastornos de ansiedad. Aun así, no se ha establecido la efectividad a corto y largo plazo de las intervenciones realizadas, por lo que, se necesitan ensayos de más envergadura que evalúen y maximicen los efectos tan beneficiosos de las intervenciones de autoayuda para la ansiedad (Wilson y Montgomery, 2013).

Otro estudio que se ha usado como referencia para la justificación de la intervención grupal psicoeducativa telemática usando las TICs, se ha realizado a través de ensayos clínicos aleatorizados de tres brazos con evaluaciones de resultados sesgados. En este estudio, siguiendo las tendencias de los estudios anteriores, se examinó la eficacia de la combinación de un grupo de apoyo a internet con la terapia cognitiva-conductual computarizada en línea dada a través de un programa de atención colaborativa para tratar la ansiedad y depresión, frente a la terapia cognitiva-conductual computarizada en línea solo sin grupo de apoyo (Rollman *et al.*, 2018).

Valoró además si proporcionar la terapia cognitiva-conductual computarizada a través de los medios computacionales es más eficaz que la atención habitual. También junto a esto, se evaluó la calidad de vida relacionada con la salud mental y los síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad (ansiedad generalizada y ataques de pánico) (Rollman *et al.*, 2018). Para poder realizar la intervención, se consideraron como criterios de inclusión, la necesidad de tener acceso a internet, correo electrónico, una puntuación de 10 puntos o más en la Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) o de mínimo 9 puntos en el Cuestionario Sobre la Salud del Paciente-9 (PHQ- 9), no poseer una dependencia actual del alcohol y no tener una enfermedad mental grave (Rollman *et al.*, 2018). Los cuestionarios se enviaron y contestaron por correo electrónico, el CI se obtuvo de la grabación de la llamada al paciente, también se pasó el Cuestionario de Salud SF-12. Después se aleatorizaron los pacientes. El estudio contó con 8 sesiones

que comenzaban con unos 10 minutos de video introductorio, seguido de 50 minutos correspondientes a la sesión interactiva. Cada sesión contó con un lenguaje de fácil comprensión, mensajes concisos, clips audiovisuales y tareas para realizar en casa. Se ofrecían herramientas de WordPress y un correo electrónico para escribir las dudas al moderador (Rollman *et al.*, 2018). A los dos meses de haber acabado la intervención, se hacía una llamada quincenal de 15-30 minutos de seguimiento. La intervención contó con un seguimiento posterior de seis meses, en el cual, se evaluaba la evolución de la duración del tratamiento y sintomatología seis meses más tarde. Durante los 6 meses posteriores a la intervención, los pacientes contaron con un acceso guiado al programa de terapia cognitiva-conductual computarizada en línea. Las sesiones fueron dadas por gerentes de atención primaria que, a su vez, informaron a los médicos de atención primaria acerca del progreso de los pacientes (Rollman *et al.*, 2018). Posterior a los seis meses siguientes a la intervención, se demostró que los pacientes que recibieron terapia cognitiva-conductual computarizada en línea en combinación junto con el grupo de apoyo a internet, informaron de mejoras similares en los seis meses posteriores respecto a su calidad de vida, estado anímico y la sintomatología relacionada con la ansiedad, en comparación con los pacientes que solo habían recibido la terapia cognitiva-conductual computarizada en línea y sin el grupo de apoyo a internet (Rollman *et al.*, 2018).

Se constató también que en comparación con los pacientes que habían recibido solo la atención habitual, los pacientes que habían recibido la terapia cognitiva-conductual computarizada en línea por sí solos, informaron de las mejoras anteriormente descritas e incluso estas persistieron seis meses después, por lo que se constató que la terapia cognitiva-conductual computarizada en línea por sí sola, es más eficaz que la atención habitual en esas condiciones. En cambio, proporcionar solamente el acceso a los grupos de apoyo a internet no obtuvo ningún beneficio adicional sobre la terapia cognitiva-conductual computarizada en línea para mejorar la calidad de vida y salud de los pacientes (Rollman *et al.*, 2018).

Otro estudio de interés, realizado por Soto-Perez, (2010) enumera las ventajas que ofrecen las TICs, asegurando que han llegado para quedarse, por lo que, hay que asumir de manera positiva su irreversible aparición. Desmantela el planteamiento sobre

la asociación de internet a la limitación del vínculo terapéutico y del contacto interpersonal, argumentándolo con las evidencias existentes sobre la potenciación del anonimato e intimidad que proporciona internet, el cual facilita la sinceridad y desinhibición personal de la relación terapéutica. Define los tipos de ciberterapia y dentro de ellas se destaca la asincrónica, ya que es la empleada para tratar de manera telemática los trastornos de ansiedad a través de la TCC. En estas, el encuentro no se produce compartiendo el mismo momento temporal y hay un bajo grado de contacto y mínima intervención terapéutica. Algunas de las intervenciones asincrónicas que realiza el terapeuta son: motivar, respaldar o animar a través del email, biblioterapia, foros autoayuda, consulta de expertos y páginas webs, entre otras. Estas requieren una alta estructuración, pero son de gran ayuda (Soto-Pérez *et al.*, 2010).

Conviene señalar como dato importante el consentimiento informado, ya que es un elemento fundamental para poder proporcionar servicios de salud mental a través de intervenciones online. También es importante recalcar que las terapias online requieren un paciente más alfabetizado. A su vez, es necesario adaptar bien los textos y gráficos empleados, para favorecer la comprensión, empatía y ayudar a promover el cambio. Los resultados asociados a la terapia online empleada para tratar los trastornos de ansiedad usando las TICs son significativamente mejores en comparación a las listas de espera o placebo (Soto-Pérez *et al.*, 2010).

Como todos los artículos anteriores, se evidencia la necesidad de profundizar en la investigación que permita poder ajustarse a la rapidez de los avances tecnológicos y a las nuevas necesidades, como la de aprender a dar empatía y otros valores a través de internet (Soto-Pérez *et al.*, 2010). En otro de los estudios revisados, se llevó a cabo una extensa revisión bibliográfica donde se seleccionaron 22 artículos, los cuales se centraban en las intervenciones empleando el uso de las TICs y sus beneficios aportados, cuyo criterio de inclusión era el diagnóstico de ansiedad y el de exclusión, acudir en ese momento a algún tipo de terapia o haber acudido con anterioridad a terapia psicológica. Todos los estudios revisados son ensayos cuasi experimentales y la mitad de ellos siguen una metodología de ensayo clínico randomizado. Utilizan distintas variables de medida e incluso es diferente la finalidad de los estudios, ya que algunos se

centran en los efectos de la intervención sobre los síntomas de ansiedad, mientras que otros se concentran en el impacto de la intervención sobre la calidad de vida.

Contando con que cada tipo de intervención tiene su duración, los tiempos de los estudios revisados han sido desde una semana hasta los 3 meses, aunque la mayoría ha tenido una duración de 4 a 12 semanas. La duración de las sesiones oscilaba entre los 10 y 60 minutos. Los resultados de los diferentes estudios evaluados mostraron una reducción de la ansiedad y obtuvieron grandes mejorías en el funcionamiento general del individuo (Ausín & Regidor 2020). Así mismo, se mostró preferencias por el uso de las TICs en las intervenciones conllevando su uso un alto nivel de satisfacción. Se confirmó que el uso de las TICs demostró mejorías moderadas respecto a los niveles de ansiedad y depresión en general y se verificó que las TICs producían una reducción de manera significativa en los niveles de ansiedad, así como un aumento del nivel de relajación tras el uso de estas (Ausín y Regidor, 2020).

También los estudios señalan que tanto las aplicaciones móviles como las intervenciones telemáticas pueden ser eficaces en la reducción de los síntomas de ansiedad, ya que los pacientes se mostraban motivados por el entorno interactivo y divertido que ofrecen las apps, haciendo uso de ellas y considerándolas como una herramienta cuando experimentaban síntomas de ansiedad (Ausín y Regidor, 2020). Como limitaciones encontradas en los estudios revisados, objetivamos que no se incluyen a personas mayores de 50 años, por lo que, no se pueden generalizar los resultados a toda la población (Ausín y Regidor, 2020).

Como ventajas, encontramos un aumento en la motivación de los pacientes, una mayor accesibilidad a recursos y una mayor personalización del escenario virtual a las necesidades personales de cada individuo. Las desventajas en cambio son la falta de espontaneidad producida muchas veces por la tecnología y un aumento de los costos económicos. Aunque es evidente que los beneficios superan las limitaciones y, a pesar de las dificultades planteadas, las intervenciones telemáticas tienen hoy en día, un prometedor futuro (Ausín y Regidor, 2020). Sin duda, serían necesarias más investigaciones para comprobar si la adopción de las TICs es satisfactoria a todos los rangos de edad, a diferentes tipos de trastornos e incluso para los familiares, para que

puedan identificar las señales de alarma de manera rápida y clara, y tener el mismo fin concreto, que es el de producir un aumento en la calidad de vida de las personas (Ausín y Regidor, 2020).

Otro trabajo significativo analiza a través de un estudio cuasi experimental la eficacia de una intervención de enfermería psicoeducativa dirigida a las familias de pacientes con un primer episodio de psicosis para superar los sentimientos de estrés, culpa, estigma, pérdida de control, además de promover la recuperación de los enfermos con dicho episodio. El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la intervención de enfermería para pacientes externos de salud mental y psiquiátrica con una muestra de conveniencia de cincuenta cuidadores. Los resultados mostraron que hubo una mejora clínicamente significativa entre el nivel de conocimiento y la percepción de la enfermedad de los cuidadores asignados al puesto de intervención psicoeducativa, mientras que el nivel de emoción expresada mejoró después de la intervención realizada por enfermeras. Los autores concluyen recomendando la intervención enfermera psicoeducativa para mejorar el nivel de conocimiento, la percepción de la enfermedad y la emoción expresada (Shereda *et al.*, 2019). En otro de los estudios referenciados se realizó una metasíntesis en inglés que conllevó la revisión bibliográfica de 8 estudios centrados en estudios cualitativos donde se exploraba la experiencia del usuario enfocada al uso de terapias computarizadas para la ansiedad y la depresión y de sus beneficios, ya que permite adquirir un rol activo en su recuperación. La revisión se centra en el empleo de la terapia computarizada como un tratamiento de baja intensidad, es decir, son intervenciones de cuidado personal con un aporte profesional mínimo, lo que permite a los pacientes acceder a recursos terapéuticos o poder apoyarse directamente a través de tecnologías remotas, como computadoras y teléfonos (Knowles *et al.*, 2014).

La terapia computarizada se puede considerar como intervenciones totalmente auto gestionadas o en combinación con el apoyo presencial o remoto. Estas intervenciones han aumentado en las últimas fechas debido a la necesidad de ampliar el acceso a la terapia psicológica online, ya que requiere menos recursos y permite superar las barreras logísticas, como son el tiempo y el espacio (Knowles *et al.*, 2014). Este tipo de terapia hecha a través de medios telemáticos logra que el usuario pueda adoptar un

papel activo en su recuperación, lo cual, permite realizar un traslado de autoridad y de control del tratamiento de los expertos hacia el usuario, lo cual, constituye un punto muy positivo. Como resumen de este estudio, se pudo verificar la necesidad de incorporar investigaciones cualitativas en los estudios con TCCI para poder estudiar las consecuencias del cambio producido tras la terapia, ya que esta metasíntesis demuestra la falta de estudios cualitativos realizados hasta la fecha, que hablen de la experiencia que han experimentado los pacientes (Knowles *et al.*, 2014). También señala la necesidad de incorporar más terapias, ya que solo se realizaba la TCC, lo que evidencia la necesidad de ampliar la evidencia científica para poder considerar a distintos grupos de pacientes y así valorar el potencial de la terapia empleada. A su vez, requiere una profundización en los beneficios de la terapia informatizada para poder trabajar con varios grupos de pacientes y lograr que esta pueda formar parte del tratamiento de la salud mental (Knowles *et al.*, 2014).

Un artículo que estudia el tratamiento de la ansiedad online a través del uso de la TCCI, evidencia la misma como una herramienta de ayuda tanto para el paciente como para el terapeuta, ya que le permite capacitar y empoderar al paciente; además apunta la TCC por ordenador como la terapia que tiene más experiencia en el tratamiento de la ansiedad y, por tanto, es la más desarrollada (Calvo, 2008).

Señala la TCCI como un apoyo tanto al paciente como al terapeuta sobre la forma de diseñar y ejecutar la terapia, sirviendo como elemento de ayuda en la toma de decisiones y en la prevención de recaídas, lo que permite que la TCCI delegue en el paciente la mayoría de las tareas necesarias para su guía a través de la TCC de autoayuda para la ansiedad y trastornos depresivos. También se incluye el término de “internet terapia” el cual permite que el paciente y el terapeuta se puedan comunicar a través de internet en el momento que una de las partes lo requiera, como por ejemplo el teléfono (Calvo, 2008). El artículo muestra la RV como una de las herramientas empleadas en los trastornos de ansiedad y designa el PC como un complemento más de ayuda a las terapias tradicionales (Calvo, 2008).

El uso de la tecnología aporta hoy en día una ayuda incalculable al tratamiento de la ansiedad. Con la TCCI se produce una mejora clínica y significativa de los síntomas

de ansiedad, un aumento del grado de satisfacción, aunque también conlleva un aumento económico. Como ventajas permite superar los miedos, permite mayor anonimato, accesibilidad en cualquier momento lugar, adaptación a las necesidades de cada individuo, llegar a todas las personas ya que no tiene límites, superar la timidez, lo cual esto último puede exacerbar o mejorar los síntomas de ansiedad social; por todo ello, se necesitan más estudios fiables para ver si es útil o perjudicial.

Por otro lado, no se ha encontrado literatura que evalúe la calidad o utilidad de los sitios webs para las personas con trastornos de ansiedad. Es importante reconocer y señalar algunas de las limitaciones de la tecnología, ya que no debe reducirse a ser considerada una solución milagrosa sino más bien, una herramienta que pueda ayudar a los pacientes a desarrollar expectativas realistas para el tratamiento asistido por ordenador, y así las personas que utilicen la tecnología en otros aspectos de su vida, también la comiencen a utilizar para reducir su sufrimiento. Por ello debe ser considerada una herramienta de ayuda al terapeuta y al paciente y debe ser incluida en programas de formación y proyectos de investigación para garantizar el uso correcto de la misma (Calvo, 2008). A continuación, se presenta una tabla resumen con las investigaciones discutidas anteriormente.

Tabla 16. Resumen revisión de literatura científica

Autores y año de publicación	Título	Objetivo	Relevancia de la investigación
Olthius <i>et al.</i> , 2016	<i>Terapia cognitivo-conductual por Internet asistida por un terapeuta para los trastornos de ansiedad en adultos.</i>	Revisar mediante ensayos controlados aleatorizados la comparación de la TCCI asistida por un terapeuta con una lista de espera o grupo de discusión en línea, y la TCC presencial.	Representa que la TCCI asistida con el apoyo de un terapeuta es más eficaz que no hacer ningún tratamiento para la ansiedad y que esta, puede no diferir en la efectividad en comparación con la TCC presencial, lo que hace evidenciar la necesidad de futuros estudios que estudien la importancia de la función del terapeuta en la TCCI.
Wilson y Montgomery, 2013	<i>Terapia conductual (autoayuda) y terapia cognitivo-conductual proporcionadas por distintos medios para los trastornos de ansiedad en adultos</i>	Realizar ensayos controlados aleatorios de TCC y otras TCC realizadas a través de diferentes medios en adultos con ansiedad, comparadas con la realización de ninguna intervención, y también comparadas con TCC presencial.	Señala la importancia y utilidad de la autoayuda en pacientes no dispuestos a usar otros servicios para el manejo de su ansiedad. Evidencia la efectividad de la TCC presencial desde el punto de vista clínico; aunque también la importancia de la autoayuda como el primer paso para tratar la ansiedad. No hay estudios sobre su efectividad a corto y largo plazo, lo que señala la necesidad de nuevos ensayos.
Rollman <i>et al.</i> , 2018	<i>Effectiveness of online collaborative care for treating mood and anxiety disorders in primary care: a randomized clinical trial</i>	Determinar la eficacia de la combinación de un grupo de apoyo a internet con la TCCI dada a través de un programa de atención colaborativa para tratar la ansiedad y depresión, frente a la TCCI sola. Valoró si proporcionar la TCCI a través de los medios computacionales es más eficaz que la atención habitual. También se evaluaba la calidad de vida relacionada con la salud mental y los síntomas relacionados con la depresión y la ansiedad.	Las sesiones fueron dadas por gerentes de AP que, a su vez, informaron a los médicos de atención primaria (MAP) acerca del progreso de los pacientes. Se demostró que los pacientes que recibieron TCCI en combinación con el grupo de apoyo a internet, informaron de mejoras similares incluso en los seis meses posteriores respecto a su calidad de vida, estado anímico y la sintomatología relacionada con la ansiedad, en comparación con los pacientes que solo habían recibido la TCCI sin el grupo de apoyo a internet. Estos no obtuvieron ningún beneficio adicional en la mejora de su la calidad de vida y salud.

Autores y año de publicación	Título	Objetivo	Relevancia de la investigación
Soto-Pérez et al., 2010	<i>Internet y psicología clínica: Revisión de las ciber-terapias</i>	Evidenciar las ventajas del uso de las TICs en el tratamiento online de la ansiedad con las ciberterapias.	Aporta las ventajas del uso de las TICs en las ciberterapias, así como los elementos necesarios para poder realizarlas, como es el CI o el requerimiento de un paciente más alfabetizado para las intervenciones online. Demuestra la necesidad de desarrollar nuevos estudios sobre las TICs y el requerimiento de enseñar a transmitir otros valores a través de internet, como es la empatía, y hacer que se puedan mostrar sin ser una barrera.
Ausín y Regidor, 2020	<i>Tecnologías de Información y comunicación (TIC) aplicada al tratamiento de los problemas de ansiedad</i>	Estudiar los 22 artículos seleccionados, donde la mayor parte son ensayos cuasiexperimentales y la mitad de ellos, siguen una metodología de ensayo clínico randomizado. Unos estudios se centran en los efectos de la intervención sobre los síntomas de ansiedad, mientras que otros, se concentran en el impacto de la intervención sobre la calidad de vida.	<p>Demostraron una reducción de la ansiedad y mejoras del funcionamiento general del individuo.</p> <p>Así mismo, se mostró preferencias por el uso de las TICs en las intervenciones conllevando su uso, un alto nivel de satisfacción.</p> <p>Las TICs demostraron mejorías moderadas respecto a los niveles de ansiedad y depresión en general y se verificó que producían una reducción de manera significativa en los niveles de ansiedad, así como un aumento del nivel de relajación tras el uso de estas.</p> <p>También señalan que tanto las aplicaciones móviles como las intervenciones telemáticas pueden ser eficaces en la reducción de los síntomas de ansiedad, ya que los pacientes se mostraban motivados por el entorno interactivo y divertido de las apps, haciendo uso de ellas y considerándolas como una herramienta cuando experimentaban síntomas de ansiedad.</p> <p>Señalar como limitación que no se incluyen a personas mayores de 50 años, por lo que, no se pueden generalizar población.</p>
Shereda et al., 2019	<i>The effectiveness of a Psycho-educational Nursing intervention on</i>	Desarrollo de un estudio cuasiexperimental donde se evaluó el efecto de la intervención psico-educacional de enfermería a las familias de pacientes	Este estudio aporta evidencia de calidad moderada sobre la utilización de intervenciones psicoeducativas con una muestra de n=50 cuidadores, por parte del personal enfermero a la hora de

Autores y año de publicación	Título	Objetivo	Relevancia de la investigación
	<i>Illness perception, Knowledge and Expressed emotion of caregivers of patients with first episode psychosis</i>	con un primer episodio de psicosis.	asistir a enfermos con alteración de su salud mental. Se demostró que la intervención mejoró el nivel de conocimiento, percepción de la enfermedad y la emoción expresada.
Knowles et al., 2014	<i>Qualitative Meta-Synthesis of user experience of computerised Therapy for depression and anxiety</i>	Examinar la metasíntesis compuesta de 8 estudios cualitativos sobre la experiencia del usuario enfocada al uso de terapias computarizadas de baja intensidad para la ansiedad y la depresión. Se tratan de intervenciones de cuidado personal con un aporte profesional mínimo, es decir, autogestionadas o en combinación con el apoyo presencial o remoto. El usuario accede o se apoya a través de recursos como PC o teléfono móvil.	En este tipo de terapia el usuario pueda adoptar un papel activo en su recuperación, lo que permite realizar un traslado de autoridad y de control del tratamiento de los expertos hacia el usuario. También verifica la necesidad de incorporar investigaciones cualitativas en los estudios con TCCI para poder estudiar las consecuencias del cambio producido tras la terapia, ya que no hay estudios que estudien la experiencia del usuario. Además, señala la necesidad de incorporar más terapias, ya que sólo se realizaba la TCC, y el requerimiento de profundizar en los beneficios de la TCCI.
Calvo, 2008	<i>Tratamiento de la ansiedad on-line</i>	Valorar el impacto de las intervenciones para el tratamiento de la ansiedad online a través de la TCCI y el uso de las TICs.	Presenta la TCC por ordenador como la terapia que tiene más experiencia en el tratamiento de la ansiedad, por lo que, es la más desarrollada. Establece la TCCI como una ayuda tanto al paciente como al terapeuta, ya que permite delegar en el paciente la mayoría de las tareas necesarias. Con esta se produce una mejora clínica y significativa de los síntomas de ansiedad, un aumento del grado de satisfacción; por lo que se debe considerar una herramienta de ayuda al terapeuta y al paciente y debe ser incluida en programas de formación y proyectos de investigación; aunque no se ha encontrado literatura que evalúe la calidad o utilidad de los sitios webs para las personas con trastornos de ansiedad.

Nota: elaboración propia.

Haciendo un resumen de los puntos comunes a toda la revisión bibliográfica realizada es factible resumir una serie de ventajas y desventajas:

- ✓ El empleo de las TICs ha demostrado que produce mejoras significativas en los pacientes con ansiedad (también en otras patologías), en el funcionamiento general del individuo, aumento de la relajación tras su uso e incluso ha aumentado la calidad de vida de los pacientes que han realizado terapia online.
- ✓ Las apps e intervenciones telemáticas han mostrado su eficacia como herramientas empleadas en la reducción de los síntomas de ansiedad.
- ✓ La autoayuda es un elemento de efectividad demostrada incluso como primer paso para el tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- ✓ Se recomienda el empleo de páginas webs y apps como herramientas fundamentales en el tratamiento de la ansiedad para que puedan ser utilizadas cuando el paciente presente reagudizaciones y no solo para ser utilizadas desde el punto de vista del ocio.
- ✓ La ciberterapia empleada para el tratamiento de la ansiedad es un tipo de terapia asincrónica con bajo grado de contacto entre el terapeuta y el paciente y con una mínima intervención terapéutica.
- ✓ Las TCCI permiten otorgar un mayor empoderamiento al paciente mediante un traslado de autoridad del experto al usuario, lo que le lleva a conseguir un mejor control del tratamiento, concediéndole un rol activo en el mismo.
- ✓ Se destaca la importancia de la necesidad del terapeuta en la TCCI, ya que se ha demostrado que las intervenciones computarizadas asistidas con el apoyo de un terapeuta pueden ser prácticamente igual de efectivas que la TCC presencial. También se ha constatado una mayor eficacia y beneficios de la TCCI combinada con un grupo de apoyo en internet en comparación con los pacientes que solo recibieron TCCI sin el grupo de apoyo.
- ✓ Las intervenciones psicoeducativas desarrolladas principalmente en formato presencial, lideradas por enfermeras, han mostrado una mejora en la CdV en los enfermos con problemas crónicos de salud, pacientes de salud mental, sus familiares y cuidadores principales.

- ✓ Los estudios dirigidos por enfermería demostraron una alta efectividad cuando son llevados a cabo en ambientes de AP, ya que es ahí donde las enfermeras tienen un rol clave para el cuidado de estos pacientes y sus familiares, constatando su eficacia a corto y largo plazo tras la intervención presencial, manifestada a través de una mejora significativa de todos los grupos intervenidos.
- ✓ Se halló evidencia sobre la efectividad y mejora en la calidad de vida, nivel de conocimientos, percepción de la enfermedad, sintomatología y estado anímico de los pacientes incluso en los seis meses posteriores a la intervención con la TCCI combinada con un grupo de apoyo en internet.
- ✓ El tipo de intervención más comúnmente utilizada fue el estudio controlado aleatorio randomizado.

Por otro lado, como limitaciones se señalan:

- ✗ La mayoría de los artículos sobre la TCCI evidencian que necesitan un mayor tamaño muestral, centrarse en la petición de si se requiere o no la asistencia del terapeuta y la necesidad de llevarlos a cabo de forma más prorrogada en el tiempo para permitir una valoración de los beneficios, limitaciones y con ello, poder realizar nuevas investigaciones más consistentes y poder aplicarlas al resto de la población.
- ✗ Las intervenciones lideradas solamente por enfermeras han sido desarrolladas en formato presencial, pero no se encuentran resultados referentes a la realización de estudios para gestionar el manejo de la ansiedad dirigidos por enfermeras que lleven a cabo la intervención íntegramente en remoto y usando elementos online.
- ✗ Solamente se evidencian dos estudios de la TCCI con ámbito de actuación en AP. En uno de ellos, las sesiones fueron dadas por gerentes de AP y donde posteriormente, se informaron a sus médicos de AP sobre el progreso de los pacientes. En el otro, se evidencia la figura de la enfermera como líder y ejecutora de la intervención psicoeducativa presencial, haciéndose pertinente su aplicación en AP.
- ✗ Únicamente se constatan tres estudios donde se han realizado intervenciones presenciales psicoeducativas dirigidas por enfermeras. En el resto de los estudios

no se evidencia la figura de la enfermera ni en la actuación ni en su participación con el resto del equipo interdisciplinar.

- ✘ Se halló evidencia sobre la pertinencia de llevar a cabo investigaciones futuras usando las TICs y el formato online liderados íntegramente por el personal de enfermería o junto con las diferentes disciplinas sanitarias, para desarrollar intervenciones con éxito con base en las nuevas necesidades actuales.
- ✘ Se demostró la necesidad de realizar nuevas investigaciones en torno a la TCCI, sobre todo, las centradas en los estudios cualitativos que permitan estudiar las experiencias, beneficios y cambios producidos en los pacientes tras finalizar las intervenciones online.
- ✘ La gran parte de los estudios analizados cuentan con un nivel de calidad de evidencia moderado y/o bajo, lo que hace evidente la necesidad de desarrollar nuevos estudios en el futuro donde se realicen intervenciones con ECAS que evalúen de forma más exhaustiva la eficacia de este tipo de intervenciones, con una mayor muestra y un periodo de seguimiento más largo.
- ✘ Se hace evidente el requerimiento de proporcionar una mayor formación específica sobre las TICs y de cómo realizar las TCCI para poder transmitir los valores y sentimientos necesarios a través de la pantalla.
- ✘ Se notó la ausencia de una evaluación de calidad de manera reglada en las páginas webs y apps empleadas para tratar la ansiedad.
- ✘ No se ha encontrado literatura que evalúe la calidad y/o utilidad de los sitios webs usados como herramientas en los trastornos de ansiedad.
- ✘ No hay resultados ni investigaciones en la población mayor de 50 años, por lo que sería necesaria poderla incluir para estudiar si el uso de las TICs es apto para la población general y no solo para pacientes jóvenes y alfabetizados.
- ✘ En los estudios no se especifica si las investigaciones se focalizaron en un determinado grupo de población centrado en hombres o mujeres.
- ✘ La mayoría de los estudios encontrados son en inglés, lo que remarca los escasos estudios realizados en España y otros países hispanohablantes.

## CAPÍTULO 7: HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

### 7.1. Hipótesis

#### **Hipótesis conceptual**

- Se espera que la intervención grupal psicoeducativa telemática con entrenamiento en técnicas de relajación planteada, y llevada a cabo por la Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), reducirá los niveles de ansiedad en mujeres con trastorno de ansiedad leve/moderado, disminuirá su consumo de BZD y aumentará su calidad de vida percibida.

#### **Hipótesis operativas**

- En esta investigación sobre la comprobación de la eficacia para tratar la ansiedad a través de estrategias no farmacológicas, llevada a cabo mediante una intervención grupal psicoeducativa telemática con entrenamiento en técnicas de relajación y realizada en el ámbito de AP, se revisarán las siguientes hipótesis:
- La intervención grupal psicoeducativa telemática con entrenamiento en técnicas de relajación de la Enfermera Especialista EFyC en pacientes con trastorno de ansiedad leve/moderado disminuirá los niveles de ansiedad patológica en nuestras pacientes. Abordar los trastornos de ansiedad conseguirá disminuir el consumo de ansiolíticos, lo que conlleva una disminución en la demanda del profesional médico y enfermero en AP.
- Esta intervención resultará eficaz para mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes, lo cual se conseguirá mediante la adquisición de conocimientos y de herramientas, consiguiendo así un rol activo de su enfermedad.

## **7.2. Objetivos**

### **7.2.1. Objetivo general:**

Evaluar la efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática durante la pandemia por COVID-19, desarrollada por la Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) en mujeres con trastorno de ansiedad leve/moderado consumidoras de BZD, pertenecientes a la zona básica de salud (ZBS) de Los Dolores del Área de Salud II (Cartagena), sobre el nivel de ansiedad y consumo de BZD.

### **7.2.2. Objetivos específicos:**

1. Describir el perfil y las características sociodemográficas de la muestra general objeto de estudio (mujeres con trastorno de ansiedad leve/moderado consumidoras de BZD del CS de Los Dolores y sus consultorios periféricos).
2. Analizar en estas mujeres cómo la intervención grupal psicoeducativa telemática disminuye la ansiedad a través del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), y el consumo de BZD, mediante el Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ- Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire) de manera previa, posterior a la intervención y a los 6 meses de la misma.
3. Evaluar la eficacia a medio y largo plazo del consumo de BZD en las mujeres participantes objeto de estudio una vez finalizada la intervención y 6 meses después.
4. Valorar la demanda asistencial posterior a la intervención tanto de la enfermera como del médico, en relación con los trastornos de ansiedad leve/moderado atendidos en AP.
5. Evidenciar la utilidad percibida por las mujeres obtenida en nuestra intervención.
6. Explorar la posible implementación de la intervención grupal psicoeducativa telemática de entrenamiento en técnicas de relajación en otros CS del área II.





# PARTE II: METODOLOGÍA



## CAPÍTULO 8: MATERIAL Y MÉTODO, DISEÑO METODOLÓGICO

### **8.1. Justificación y búsqueda bibliográfica de las intervenciones psicoeducativas presenciales y telemáticas**

La realización de una justificación presencial y otra telemática se debe al cambio de modalidad de la intervención psicoeducativa realizada por enfermeras, ya que al comienzo de esta intervención en 2019, se tenía planteada de manera presencial, pero, debido a la pandemia por la COVID-19 acaecida en España en el año 2020, el trabajo fue adaptado a las nuevas circunstancias y a la entrada de las nuevas tecnologías lo que conllevó un nuevo diseño de la intervención psicoeducativa que permitiera de manera telemática ayudar a las mujeres y seguir adelante con la investigación.

La presente justificación se centra en un primer lugar en la descripción de la evidencia científica encontrada para las intervenciones grupales psicoeducativas realizadas de manera presencial, y más adelante, se hace referencia a la bibliografía más actual hallada sobre las intervenciones telemáticas psicoeducativas utilizadas para el tratamiento de la ansiedad. A fin de hallar evidencia científica pertinente a la hora de diseñar la presente intervención, se realizó una búsqueda bibliográfica sobre las intervenciones grupales psicoeducativas realizadas de manera presencial. La estrategia de búsqueda contempló la evidencia publicada en inglés o español entre enero de 2020 y enero de 2021, en las siguientes bases de datos: PUBMED, Cuidatge, CUIDEN y COCHRANE, utilizando para ello los siguientes descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS): Centros de salud, atención primaria de salud, salud mental, trastornos de ansiedad/ansiedad, enfermería, ansiolíticos, estrés, educación/educación en salud, promoción de la salud, atención plena, relajación y psicología, mujeres, terapia cognitivo-conductual. También se hizo la búsqueda en sus respectivos términos en inglés, Medical Subject Headings (MeSH): Health centers, primary health care, mental health, anxiety/anxiety disorders, nursing, anxiolytics, stress, health education/education, health promotion, mindfulness, relaxation, psychology, woman, cognitive behavioral therapy.

Como estrategia de búsqueda se utilizaron los diferentes DeCS referenciados con anterioridad y los operadores booleanos “AND” y “OR” de las siguientes manera: anxiety disorders AND nursing AND primary health care; Anxiety disorders OR anxiolytics, AND Nursing AND Cognitive Behavior Therapy OR relaxation.

Por otro lado, para hacer la nueva justificación referente a las intervenciones psicoeducativas llevadas a cabo de forma telemática, se realizó la búsqueda bibliográfica de los estudios publicados, pertinentes y relevantes entre los años 2007 y 2020, siendo las principales bases de datos de consulta los metabuscadores: PUBMED, Medline, PsycInfo, COCHRANE, complementados con revistas online de psicopatología y psicología clínica.

Como criterios de inclusión, se han considerado aquellos estudios con un componente de diseño cualitativo, revisiones sistemáticas, ensayos cuasiexperimentales, y experimentales randomizados con y sin grupo de control. Se hizo especial énfasis durante la búsqueda en estudios experimentales o de síntesis que evaluaran la efectividad sobre el uso de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) usadas en la terapia cognitivo conductual asistida por internet (TCCI), frente a la terapia cognitivo conductual (TCC) presencial. Se han estimado los estudios y revisiones centrándonos en los estudios en inglés y español. Se excluyeron los estudios que no cumplieron los criterios de inclusión, es decir, las intervenciones donde no se hacía uso de las TICs, así como aquellos que no tenían resúmenes para su selección inicial.

Los descriptores utilizados en castellano fueron seleccionados a partir de la consulta a los DeCS, utilizando los siguientes: Ansiedad, acceso a internet, sistemas en línea, telemedicina, políticas de eSalud, estrategias de eSalud, aplicaciones de la informática médica, salud 2.0., e intervenciones basadas en internet.

También se buscó a través del lenguaje natural utilizando el término “online psycho-educational interventions”.

Estos se usaron para facilitar la búsqueda de estudios que incluyeran, tanto en el título y en el resumen, el tema en revisión. A su vez también se utilizaron los siguientes

MeSH en inglés: Therapy, computer-assisted, anxiety, anxiety disorders, mobile applications, Internet-Based Intervention.

Como estrategia de combinación de descriptores, se utilizó el operador booleano “AND” en las siguientes formas: Terapia asistida por computador AND ansiedad; Therapy, computer-assisted AND anxiety; anxiety disorders AND mobile applications.

## **8.2. Diseño metodológico**

Se ha seguido una metodología científica basándose en una investigación cuantitativa de tipo analítico cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo, llevado cabo a través de una cohorte experimental de tipo pre-post. Se aplicó una intervención grupal psicoeducativa con entrenamiento en técnicas de relajación a las mujeres con ansiedad leve/moderada que consumen BZD, evaluando posteriormente su eficacia y las diferencias en el nivel de ansiedad, consumo de BZD y otras variables clínicas y el número de visitas a los profesionales médicos y enfermeros de AP de forma previa y posterior a la intervención, así como en el seguimiento realizado a los 6 meses tras finalizar la intervención.

## **8.3. Ámbito de estudio**

El estudio se llevó a cabo con la población perteneciente al CS de Los Dolores y sus 4 consultorios periféricos, que son: consultorio Polígono Residencial Santa Ana, consultorio Santa Ana, consultorio local La Aljorra y consultorio local de Miranda. Entre todos se atienden a un total de población general mixta que en el año 2019 era de aproximadamente 34.150 usuarios. Este CS pertenece a la Zona Básica de Salud (ZBS): 30-Cartagena/Los Dolores, adscrita a la Gerencia del Área de Salud II (Cartagena) y gestionado por el Servicio Murciano de Salud (SMS).

El CS de Los Dolores y sus consultorios periféricos, tiene un área de influencia que engloba a un total de población de 14.156 mujeres mayores de 14 años, pertenecientes al CS central y a los Consultorios periféricos. De la muestra, se obtuvo un total de 4.895 mujeres con edades comprendidas entre 45 y 64 años, las cuales era la media de edad según el perfil de mujeres que padece ansiedad y consume BZD, según

los datos extraídos del ENSE 2017. El programa fue desarrollado por la investigadora principal y por cuatro enfermeras colaboradoras en el proyecto del CS de Los Dolores.

#### **8.4. Justificación del tamaño de la muestra**

Para justificar el tamaño de la muestra se seleccionó la información referente al análisis estadístico recogido en el estudio de Ramírez *et al.*, (2014), el cual, utilizaba La Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) para evaluar el nivel de ansiedad obtenido antes y después de la intervención realizada. Por lo que, según los resultados alcanzados con el cuestionario HARS utilizado en este estudio, se ha usado como base el mismo test aunque en este caso, se ha utilizado para realizar el cribado inicial que consideraba si las mujeres candidatas cumplían los criterios de inclusión; así mediante el HARS se ha calculado el tamaño muestral del grupo de tratamiento, utilizando para ello las medias apareadas (repetidas en un grupo), consiguiendo los siguientes resultados:

Se ha estimado una tasa de pérdidas de seguimiento del 10 %. Con las referencias conseguidas en este estudio, el cual obtuvo una cuantía total de 24 sujetos, se calculó la varianza de las puntuaciones resultando en un valor de 4,6378. Por otro lado, descartando las puntuaciones no indicativas de ansiedad, se aplicó la siguiente fórmula de bioestadística (Portillo, 2011):

Figura 10. Fórmula de bioestadística usada en esta intervención

$$n = \frac{2}{\frac{\infty; \infty \sigma^2}{e^2}}$$

Fuente: Portillo, 2011.

Se ha utilizado esta fórmula para calcular el tamaño muestral necesario para la presente investigación. En este estudio se pretende bajar 3 puntos en la puntuación tanto en el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) como en el Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ), los cuales, fueron pasados antes y

al finalizar la intervención psicoeducativa, y posteriormente en el seguimiento tras los seis meses de esta.

Aplicando dicha fórmula se obtuvo un total de 14,68 personas de tamaño muestral, lo que, redondeando, llevó a escoger a 15 mujeres como muestra necesarias para realizar un estudio que fuese significativo y aplicable al resto de la población.

Sobre las 15 mujeres elegidas, comenzó la investigación. Cuatro (4) de ellas abandonan la intervención una vez comenzada la misma, por lo que, al tener las puntuaciones referentes de cada uno de los test necesarios para realizar el estudio, tanto antes de comenzar, como al finalizar la intervención, y transcurridos seis meses de esta, se consideró estas 4 mujeres que no recibieron la intervención completa como el grupo no intervenido, el cual permite medir el efecto positivo de la intervención y verificar que los resultados no han sido fruto del azar.

Por último, se pretende determinar si el grupo intervención tiene una variación de 3 puntos en el STAI y en el BWSQ, visitas al CS, consumo de BZD y compararlos con los resultados del grupo de las mujeres no intervenidas.

### **8.5. Población diana y población a estudio**

La población diana se compone de las mujeres de entre 18 y 64 años, diagnosticadas previamente de ansiedad y consumidoras de BZD.

La población a estudio comprende las mujeres de entre 18 y 64 años pertenecientes al CS de Los Dolores y sus consultorios periféricos, diagnosticadas previamente de ansiedad, consumidoras de BZD.

### **8.6. Criterios de inclusión y exclusión**

#### ***Criterios de inclusión:***

- ✓ Disponer de un ordenador personal (PC) o cualquier otro dispositivo con conexión a internet.
- ✓ Tener registrado el diagnóstico de ansiedad en el programa OMI-AP con (CIAP-2 P74).

- ✓ Tomar en la actualidad de al menos una BZD para el tratamiento de la ansiedad.

***Criterios de exclusión:***

- ✗ Obtener en el cuestionario de cribado de La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS), una puntuación superior o igual a 29 puntos, ya que sería indicativo de nivel de ansiedad grave y sería excluyente para realizar el estudio.
- ✗ No aceptar el CI ni comprometerse voluntariamente a participar en el taller.
- ✗ Presentar dificultad para recibir información oral y visual, con comprensión oral y escrita de la lengua castellana.
- ✗ Padecer alguna enfermedad orgánica o de salud mental invalidantes que desaconsejen realizar el taller.

### **8.7. Selección de la muestra**

La muestra la constituyeron 15 participantes (n=15) pertenecientes al CS de Los Dolores y sus consultorios periféricos en Cartagena. Antes de la selección, la enfermera responsable del programa psicoeducativo e investigadora principal informó mediante una sesión clínica dirigida al equipo interdisciplinar sobre el estudio y de sus criterios de inclusión y exclusión, dando estos por escritos a cada miembro del equipo de atención primaria.

La muestra se obtuvo a través un muestreo no aleatorio realizado a través de diferentes vías:

- Captación a través de carteles informativos de la intervención expuestos en el CS de Los Dolores y cada uno de sus consultorios periféricos.
- Realización de una charla conjunta en el CS con la matrona sobre cuidados en la menopausia. Nos centramos en esa determinada etapa de la vida, ya que coincidía con la media de edad relacionada con el consumo de BZD en mujeres con ansiedad.
- Derivación desde los cupos de médicos y enfermeros de dichos centros.

Con los criterios anteriormente expuestos no se pudo obtener la muestra requerida en el plazo de tiempo planificado en un principio debido a la menor afluencia

de pacientes al CS por motivos de seguridad individual y grupal fruto de la situación actual de pandemia por COVID-19. Por ello, fue necesario realizar una búsqueda activa a través de las historia clínicas (HC) filtrando mediante los criterios de búsqueda basados en la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP-2) (Comité Internacional de Clasificación de la WONCA, 1999), centrados en el diagnóstico trastorno ansiedad/estado ansiedad (CIAP-2 P74) (Obaya, 2018), y considerando el criterio farmacológico de la toma de al menos una BZD por parte de la mujer con el fin de obtener los resultados deseados. También se realizó captación durante toda la campaña vacunal de la gripe, ya que era un motivo de causa justificada de acudir al CS a pesar de los niveles de alerta sanitaria. La captación llevada a cabo por todo el personal sanitario duró ocho meses, desde junio de 2020 a enero de 2021, y reclutó a un total de 38 mujeres.

Una de las formas de captación se realizó con las mujeres que acudían al CS por vacunación, visita al médico o a su enfermero de AP o por cualquier otro motivo. En ese momento y teniendo la HC abierta, se aprovechaba para captarlas y proporcionarles información del taller. Si estaban interesadas y había tiempo disponible, se les hacía el cribado, la primera entrevista en ese mismo momento y el resto de información se enviaba por email. Por otro lado, si la mujer fue captada en los primeros meses de pandemia por COVID-19, se realizaba una llamada telefónica para preguntar si seguía interesada en el taller (por el cambio de modalidad presencial a telemática), y poder realizarle el cribado de forma telefónica mediante La Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) para poder clasificarla según su grado de ansiedad, para así incluirla o excluirla de la intervención. Si cumplía con los criterios de inclusión, se aprovechaba la llamada para hacerle la primera entrevista, donde se recogían los datos sociodemográficos necesarios y referentes a los fármacos que tomaban, entre otros parámetros.

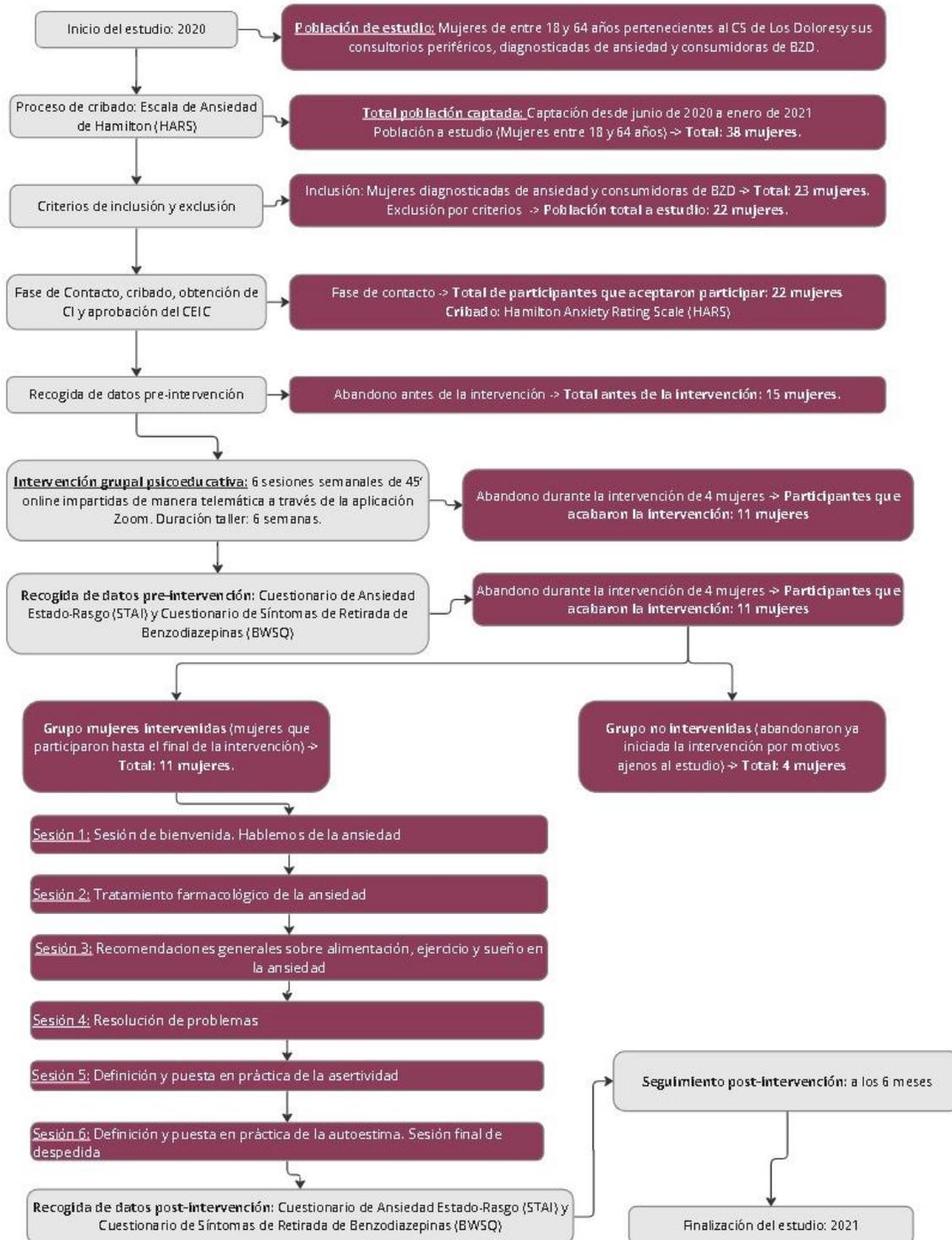
En esa llamada se le explicaba también el propósito de la actividad, sus horarios, así como los criterios de inclusión y exclusión. Las participantes accedían de manera libre y firmaron CI, en el cual, se les informaba sobre la normativa vigente en el ámbito de la protección de datos de carácter personal de participantes de investigaciones, donde la intervención se incluiría en la Tesis Doctoral (TD), concretando los objetivos de la

intervención, la participación voluntaria y la realización del estudio tomando sus fármacos habituales.

Tras la llamada se mandaba el resto de información y test al correo electrónico. El número final de participantes que habían hecho la primera entrevista y querían participar voluntariamente en el estudio, fue a un total de 23 mujeres, aceptando todas ellas a participar. Al realizar el cribado a esas 23 mujeres, solamente 1 de ellas fue excluida debido a que presentaba una puntuación de 29 puntos en el cribado, por lo que, no cumplía los criterios de inclusión. Del total de 23 mujeres que aceptaron y pasaron la primera entrevista junto con el cribado, un total de 8 no comenzaron la intervención, debido a que, como hemos comentado, una de ellas fue excluida al no cumplir criterios de inclusión y las otras 7 restantes, no llegaron a empezarla, ya que no contestaron a los emails, llamadas ni se conectaban a las sesiones. Y, 4 mujeres que sí que empezaron la intervención, abandonaron por diversos motivos personales y ajenos a la intervención.

A continuación, se presenta un flujograma que ayuda a entender el flujo de los participantes a lo largo de esta intervención y proporciona una visión general de la cantidad exacta de personas que se comprometieron y siguieron en el estudio.

Figura 11. Flujograma de la intervención, elaboración propia.



## **8.8. Periodo de estudio**

La duración total del estudio desde la preparación de la intervención hasta la difusión de sus resultados fue de aproximadamente de tres años, que han abarcado desde el 1 de octubre de 2018 al 1 marzo de 2022 (tabla 17).

### **Las fases en las que se desarrolló el estudio son:**

1. Fase de contacto:

- Lectura de literatura científica.
- Elaboración de la intervención.
- Obtención de certificados por parte del CS Los Dolores (Cartagena).
- Aprobación del CEI (Comité Ético de Investigación) Áreas II y VIII

2. Fase de reclutamiento de la muestra: La captación llevada a cabo por todo el personal sanitario duró ocho meses, desde junio de 2020 a enero de 2021, y reclutó a un total de 38 mujeres.

3. Fase de intervención:

Recogida de datos pre-intervención.

- Intervención grupal psicoeducativa realizada en formato telemático con entrenamiento en técnicas de relajación realizada en CS Los Dolores.
- Recogida de datos post-intervención justo al finalizar la misma, y seguimiento posterior realizado a los 6 meses.

4. Fase de análisis estadístico:

- Recogida y análisis de los datos.
- Comparación de nuestros resultados con otros estudios.

5. Fase de comunicación:

- Contacto con revistas científicas.
- Comunicación a Congresos y Jornadas.
- Defensa de la TD (Valera, 2018).

Tabla 17. Cronograma del estudio

<b>AÑO 2020</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Fase de Contacto												
Obtención de certificados												
Aprobación del CEI												
Fase de Intervención												
Recogida de datos pre-intervención												
Fase de reclutamiento de la muestra												
<b>AÑO 2021</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Realización de cribado telefónico												
Intervención grupal psicoeducativa												
Recogida de datos post-intervención:												
Seguimiento 6 meses												
Fase de Análisis Estadístico												
Fase de Análisis Estadístico												
<b>AÑO 2022</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Publicaciones asociadas a la Tesis												
Modificaciones de la Tesis												
<b>AÑO 2023</b>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Modificaciones de la Tesis												
Fase de comunicación: Entrega de la Tesis												

Nota. Elaboración propia.

## **8.9. Variables**

A continuación, se describen las variables que han formado parte del estudio. La variable principal de la investigación fue la cuantificación en la puntuación de la ansiedad de la mujer consumidora de BZD, medida a través de El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el cual, se describe posteriormente. Esta es una variable cuantitativa continua.

A continuación, se describen las variables que más influyen en el estudio:

### **Variables independientes:**

1. Fecha de nacimiento: cuantitativa discreta.
2. Grupo: cualitativa nominal dicotómica, definida como intervenido (1) o no intervenido (2).
3. Nivel de estudios: cualitativa nominal, definida como: sin estudios (1), primarios (E.S.O/E.G.B) (2), secundarios (BTO./F.P.2) (3) o universitarios (4).
4. Situación laboral: cualitativa nominal politómica, definida como: estudiante (1), trabajadora (2), jubilada (3), desempleada (4).
5. Padecimiento de otra enfermedad: cualitativa nominal politómica, definida como: hipertensión arterial (1), diabetes (2), cardiopatías (3), enfermedades respiratorias (4), otras (5).
6. Conocimientos previos en las TICs: cualitativa nominal, definida por los conocimientos previos que posee sobre las TICs que le permitan realizar el taller.
7. Profesional que durante el último año trata su ansiedad en AP: cualitativa nominal politómica, definida como: profesional de enfermería (y/o matrona) (1), profesional de medicina (2), otros (administrativo/a, trabajador/a social) (3).
8. Tiempo de evolución de la ansiedad: cualitativa nominal politómica, definida como: 0-6 meses (1), 6-12 meses (2), 1-2 años (3), más de 2 años (4).
9. Tratamiento con otro profesional: cualitativa nominal politómica, definida como: psicólogo (1), psiquiatra (2), no (3).
10. Visitas al CS para tratar la ansiedad en el último año: cualitativa nominal dicotómica, definida como si (1) o no (2).

11. Número de visitas a AP debido a la ansiedad: cuantitativa discreta, medida en números.
12. Realización de terapias grupales previas o de relajación: cualitativa nominal dicotómica, definida como si (1) o no (2).
13. Encuesta de evaluación por el paciente de la actividad formativa: cuantitativa continua, medida en puntuación total a través de un cuestionario específico (anexo 8).

**Variables dependientes:**

1. Consumo de BZD después de la intervención: cualitativa nominal politómica definida como igual (1), menor (2) y mayor (3).
2. Tratamiento que toma puntual y habitualmente (Listado de BZD): cualitativa nominal politómica, definida por listado de fármacos referidos.
3. Terapia no farmacológica empleada: cualitativa nominal dicotómica, definida por: infusiones, herboristería, etc. (1), otros (2).
4. Consumo actual de estimulantes: cualitativa nominal politómica, definida como: cafeína (1), teína (2), Coca-Cola (3), tóxicos (4).
5. Valoración de síntomas de abstinencia producidos por las BZD: cuantitativa continua, medida en puntuación total. Para ello se usará El Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ), descrito posteriormente, la cual, consta de 20 ítems más una serie de síntomas adicionales con respuestas de tipo likert que van del 0 al 2. Para obtener la puntuación total hay que sumar los puntos. La puntuación mínima es 0 y la máxima es de 40, sin incluir los síntomas adicionales. No hay puntos de corte, ya que, a mayor puntuación, mayor gravedad del síndrome de abstinencia (apéndice 3).
6. Mejora percibida de la calidad de vida tras la intervención: cualitativa dictotómica, definida por expresión de la mejora en la calidad de vida tras finalizar el taller.
7. Evaluación de la disminución de la ansiedad: cuantitativa continua, medida en puntuación total. Se utilizará el Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI), descrita a posteriori. Consta de 40 ítems y dos subescalas: Estado y Rasgo, con respuestas en una escala tipo likert del 0 al 3. Para obtener la puntuación total,

hay que sumar los puntos correspondientes a cada una de las subescalas. La puntuación mínima es 0 y la máxima es de 60 para cada una de las subescalas, pero no hay puntos de corte, por lo que, a mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad (apéndice 2).

### **8.10. Instrumentos, escalas y medidas de evaluación**

Uno de los instrumentos de cribado usados para detectar los posibles casos relacionados con una patología son las escalas, evitando con ello los infradiagnósticos de múltiples enfermedades importantes. Con ellas no se pretende generar un diagnóstico como tal, ya que solo se seleccionaron a las personas que hubieran obtenido las puntuaciones más altas, para posteriormente hacer un estudio diagnóstico más profundo.

Las escalas sirvieron para hacer y completar una valoración adecuada, ya que refuerzan el juicio diagnóstico obtenido tras la entrevista clínica y la exploración psicológica. Entendiendo que, como todos los instrumentos de medida, poseen unas limitaciones a la hora de detectar los falsos positivos y negativos, ya que tienen una sensibilidad y especificidad inferior al 100 %, por lo que no se recomienda usar las escalas de manera rutinaria en atención primaria con fines diagnósticos y en ningún caso sustitutivos de la entrevista clínica.

A pesar de ello, son muy útiles como guía de la entrevista clínica, para apoyar el diagnóstico generado y como herramientas útiles al campo de la investigación clínica para comprobar y medir el efecto que tienen las intervenciones terapéuticas sobre la evolución de la enfermedad en el paciente. También con el uso de las escalas se persigue evaluar la efectividad y la evolución del tratamiento farmacológico (con el uso de fármacos ansiolíticos), y del no farmacológico (mediante las psicoterapias o los grupos psicoeducativos).

Ahora bien, las escalas deben ser expeditas y de fácil manejo (fáciles de manejar e interpretar) pues el tiempo que se dispone para evaluar a los pacientes en las consultas de atención primaria es limitado (Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria, 2008). Según la literatura científica revisada, actualmente se utilizan distintos cuestionarios validados para la detección y

cuantificación de la ansiedad. Las escalas más utilizadas y comunes a cada uno de los estudios son:

- El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), La Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) y El Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ).
- La Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS-Hamilton Anxiety Rating Scale) (Bobes *et al.*, 2002).
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Por otro lado, no se han encontrado estudios al respecto al uso del Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ), el cual evalúa los síntomas de abstinencia producidos por la retirada o reducción de las BZD; por lo que en este caso se usará Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ-Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire) (G-Portilla *et al.*, 2011) para evaluar el consumo de BZD en las mujeres, antes y después de la intervención, y, asimismo, la dependencia que experimentan estas pacientes ante la disminución o retirada de las mismas.

### **8.10.1. Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)**

La Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS) es una escala que se usa para evaluar el grado de ansiedad del paciente. Fue originalmente publicada por Max Hamilton, en 1959 (Vera y González, 2017).

Existe otra escala de Hamilton usada para la evaluación de la depresión, que es la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS), pero en este estudio se eligió la HARS traducida y validada al castellano en 1986 por Ramos-Brieva y nombrada como Escala de Hamilton para la Ansiedad (Moreno y García, 2011).

Esta escala se usó en la primera entrevista como instrumento de cribado para cuantificar la ansiedad que tenía la mujer en ese momento, es decir, antes de realizar la intervención; permitiendo descartar un alto grado de ansiedad, lo cual, constituye uno de los criterios de exclusión a la hora de realizar la intervención.

La HARS está formada por 14 ítems con un rango de puntuación total que oscila entre los 0 y 56 puntos. De sus 14 ítems, 13 de ellos son referentes a los signos y síntomas ansiosos y el último de ellos, valora el comportamiento presentado por el paciente durante la entrevista (Lobo *et al.*, 2002). El entrevistador puntúa cada ítem con respuestas tipo Likert con cinco posibilidades que van del 0 a 4, valorando en cada ítem tanto la intensidad, así como la frecuencia de los síntomas, correspondiendo a:

- 0: ausente
- 1: leve
- 2: moderado
- 3: grave
- 4: muy grave/incapacitante

Se pueden obtener dos puntuaciones que corresponden a la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Es aconsejable diferenciar entre ambos a la hora de valorar los resultados de esta. Así, una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad (Bobes *et al.*, 2002).

Se evalúan los aspectos psíquicos y conductuales de la ansiedad, además de un ítem que evalúa el ánimo deprimido. Los ítems son manifestaciones inespecíficas de ansiedad, sin haber demostrado su utilidad específica para la evaluación de un trastorno de ansiedad concreto. El marco de referencia temporal son los últimos 3 días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del paciente durante la entrevista (Vera y González, 2017). La escala debe cumplimentarla el terapeuta tras una entrevista semiestructurada, por tanto, es una escala heteroaplicada (cumplimentada por el clínico tras la entrevista clínica con las respuestas del paciente). Su tiempo de administración está en torno a los 10-30 minutos, no debiendo durar más allá de los 30 minutos. Se indica para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda para realizar la valoración. No existen puntos de anclaje específicos, sino que para distinguir población con y sin ansiedad, el resultado obtenido debe interpretarse como una cuantificación de la intensidad, resultando

especialmente útil sus variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento, según la bibliografía usada (Bobes *et al.*, 2002). Por otro lado, a lo largo de la búsqueda bibliográfica, se han encontrado diferentes puntos de corte para evaluar el nivel de ansiedad en los diversos artículos consultados, pero finalmente, se consideraron las puntuaciones como puntos de corte indicativos de: estado de no ansiedad, ansiedad leve, y ansiedad moderada y ansiedad grave, los que se explican posteriormente en el apéndice 1 (ver escala e interpretación de la Escala de Ansiedad de Hamilton en Apéndice 1) (Rajput *et al.*, 2016).

### **8.10.2. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)**

El State-Trait Anxiety Inventory (STAI) es un instrumento traducido y validado al castellano por Gualberto Buena-Casal, Alejandro Guillén Riquelme y Nicolás Seisdedos Cubero, 1982, 2011, fue creada con el objetivo de evaluar dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo. Su primera versión fue desarrollada entre los años 1964 y 1970 a cargo de Spielberger, Gorsuch y Lushene y fue habilitado para la población adolescente y adulta. Posteriormente, fue adaptado y validado en idioma español en 1982 como “Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo” (STAI), obteniéndose una segunda edición en Madrid en 1986 (Burgos y Gutiérrez, 2013).

La subescala Ansiedad-Estado (STAI/E): está formada por 20 ítems e identifica un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión junto con una hiperactividad del sistema nervioso autónomo, que puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad (Obaya, 2018).

Se refiere a un estado transitorio de ansiedad y que es fluctuante en el tiempo, es decir, el sujeto puede percibirse a sí mismo ansioso o no ansioso en un momento o situación determinada, en la cual, esta situación puede ser interpretada como amenazadora o peligrosa. Así niveles bajos de puntuación STAI/E indican que la persona se siente tranquila y segura. Por otra parte, niveles altos de puntuación en el STAI/E,

muestran un aumento del nerviosismo y tensión que pueden llegar incluso a niveles extremos de miedo y pánico (Burgos y Gutiérrez, 2013).

Así, la subescala Ansiedad Estado se puede utilizar para determinar los niveles actuales de ansiedad promovidos por los acontecimientos experimentales que puedan generar mucha tensión o estrés. Entre las características que evalúa la Ansiedad Estado se incluyen sentimientos de tensión, nerviosismo, aprensión o preocupación.

Para medir los “cambios de estado” tras un tiempo, se recomienda aplicar la parte de Ansiedad Estado en cada ocasión crítica (Spielberger *et al.*, 2015).

En esta subescala, el sujeto indica en qué medida el enunciado refleja cómo se siente actualmente en el momento en el que se rellena el cuestionario, mediante una escala de tipo Likert del 0 al 3 (Jiménez y García, 2016).

La subescala Ansiedad-Rasgo (STAI/R): consta de 20 ítems y fue construida para medir la ansiedad como una característica permanente y relativamente estable en la persona, es decir, la propensión ansiosa de la persona.

La Ansiedad Rasgo fue conceptualizada como un comportamiento ya predispuesto del individuo, el cual percibe un amplio número de situaciones o circunstancias como amenazantes, a pesar de no ser objetivamente peligrosas.

La respuesta a las mismas se caracteriza por una elevación desproporcionada de la Ansiedad Estado, ya que gran parte del tiempo perciben diferentes situaciones de manera amenazante. A su vez, la Ansiedad Rasgo, la forman las diferencias individuales de cada una de las personas respecto a la ansiedad que fueron generadas a partir de ciertas experiencias del pasado, y que determinan hoy en día, la disposición de ver ciertas situaciones como peligrosas y responder antes ellas con altos niveles de Ansiedad Estado (Burgos y Gutiérrez, 2013).

La escala de respuestas también es de tipo Likert que van del 0 al 3 (Burgos y Gutiérrez, 2013). En general, los sujetos con mayor Ansiedad Rasgo presentarán una mayor Ansiedad Estado que los sujetos con menor Ansiedad Rasgo, ya que los que

poseen una Ansiedad Rasgo mayor, ven muchas más situaciones como amenazadoras (Spielberger *et al.*, 2015).

Por otro lado, de manera global, la forma de administración del STAI es autoaplicada (rellenada por el propio paciente), y puede ser aplicado individual o colectivamente. En la tipificación del STAI se recomienda aplicar primero la parte Ansiedad Estado, y luego la Ansiedad Rasgo, ya que la parte Ansiedad Estado es sensible a las condiciones y circunstancias del momento cercano a la evaluación, y sus puntuaciones se podrían ver afectadas por la atmósfera emocional creada si la subescala Ansiedad Rasgo se aplicara primero. Por otro lado, en la Ansiedad Rasgo, se ha demostrado que su puntuación no se ve afectada por dichas condiciones específicas. Su tiempo de aplicación total ronda los 15 minutos aproximadamente y consta en total de 40 ítems entre ambas subescalas, con respuestas tipo Likert con cuatro posibilidades que van del 0 al 3 (según la versión española) en el cual varía el tipo de respuesta dada según se refiera a la subescala de Estado o de Rasgo. Las puntuaciones de ambas subescalas pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos y se barema en centiles y decatipos para la Ansiedad Estado y Rasgo, según adolescentes y adultos y, hombres y mujeres.

En las respuestas referentes a la Ansiedad-Estado tenemos las siguientes categorías:

- 0: Nada
- 1: Algo
- 2: Bastante
- 3: Mucho

En las respuestas referentes a la Ansiedad-Rasgo tenemos:

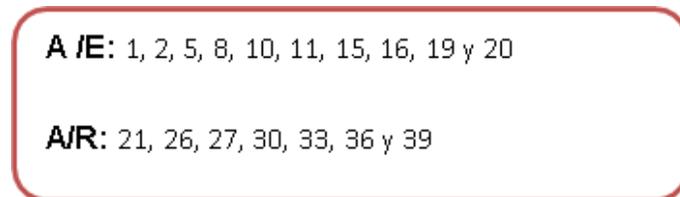
- 0: Casi nunca
- 1: A veces
- 2: A menudo
- 3: Casi siempre

Respecto a la baremación del STAI existen baremos percentiles y decatipos de adolescentes y adultos por sexo (Spielberger *et al.*, 2015).

Por otro lado, hay que señalar que en ambas subescalas hay ítems que denotan la ausencia o presencia de ansiedad. Por lo que, según la versión española del STAI, en los ítems que indican la presencia de ansiedad, se evaluará como: 0- 1- 2-3 y, por otro lado, en los ítems que denotan la ausencia de ansiedad, se evalúa a la inversa, es decir: 3-2-1-0 (Jiménez y García, 2016). Es decir, en el STAI se han entremezclado elementos de ambos tipos (con escala directa e inversa). En la parte de Ansiedad Estado hay diez elementos de escala directa y otros diez de escala invertida, mientras que, en la parte de Ansiedad Rasgo, se incluyen siete elementos de escala invertida y los trece restantes son de escala directa.

Los elementos de escala invertida en cada una de las subescalas son: (Spielberger *et al.*, 2015).

Figura 12. Elementos de escala invertida en cada una de las subescalas



Nota: Spielberger *et al.*, 2015

La puntuación total en la versión española tiene un intervalo entre 0 y 60 puntos para cada una de las subescalas. No hay puntos de corte establecidos, sino que las puntuaciones directas obtenidas se transforman en centiles en función del sexo y edad (Obaya, 2018).

En las puntuaciones referentes a la escala de la Ansiedad Estado, se ha observado que las puntuaciones aumentan como respuesta a distintos tipos de tensión y que disminuyen con las técnicas de relajación, ya que es un índice sensible de la ansiedad transitoria en pacientes con psicoterapia o en proceso de modificación de la

conducta, pues incluye sentimientos de tensión, nerviosismo o preocupación, lo que permite medir los cambios ocurrientes en esas situaciones.

En cambio, la Ansiedad Rasgo, se usa en investigación para seleccionar a sujetos con predisposición al estrés psicológico de diferentes niveles de intensidad, permitiendo discriminar a los alumnos que acuden al servicio de orientación y consejo según su predisposición a la ansiedad y poder evaluar el grado de afectación de los problemas relacionados con la ansiedad.

Además, se adjunta el siguiente cuadro orientativo para adultos varones y mujeres sobre las puntuaciones del cuestionario para contribuir con su interpretación:

Tabla 18. Categorías del STAI. Puntuaciones para interpretación

Adultos	Varones		Mujeres	
	A/e	A/r	A/e	A/r
<b>Muy alto</b>	29 60	26 60	32 60	33 60
<b>Medio alto</b>	20 28	20 25	23 31	26 32
<b>Promedio</b>	19	19	20 22	24 25
<b>Medio bajo</b>	14 18	14 18	15 19	17 23
<b>Muy bajo</b>	0 13	0 13	0 14	0 16

Fuente. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. Copyright 2015 para TEA.

De esta forma, bastaría con sumar las cantidades que se han obtenido en cada una de las subescalas, considerando los elementos directos e invertidos, y trasladar estas suma a los baremos correspondientes para poder obtener la puntuación directa (PD) y poder calcular así los percentiles y decatipo según sexo y edad.

Para calcular la PD obtenida en ambas subescalas, se consideran las siguientes fórmulas: (Spielberger *et al.*, 2015).

Figura 13. Para calcular la PD obtenida en ambas subescalas

**A/E PD= 30 + suma de elementos directos - resta de elementos inversos =**

**A/R PD= 21 + suma de elementos directos - resta de elementos inversos =**

Fuente. Spielberger *et al.*, 2015

Hay que señalar que esta intervención solo ha sido evaluada con la subescala STAI/E, ya que es la que detecta la hiperactividad del sistema nervioso autónomo y permite un enfoque centrado en las emociones del paciente en ese momento, además de ser una subescala sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento; mientras que la subescala STAI/R, se centra más en las características individuales de cada persona respecto a la ansiedad.

El cuestionario fue enviado de manera previa a la intervención, al acabar la intervención y con la medición post-intervención a los 6 meses, obteniendo los resultados que permitan valorar si disminuye el estado de ansiedad tras la realización de la intervención y poder cuantificar si la disminución de ansiedad es significativa, lo cual, da validez a la intervención (ver escala e interpretación del STAI en Apéndice 2).

### **8.10.3. Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire, BWSQ)**

El Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ- Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire) consta de 20 ítems con los que se evalúan los síntomas aparecidos más frecuentemente durante la retirada de las BZD.

De los veinte ítems de la escala, diez de ellos se refieren a los trastornos referentes a la percepción y sensación, siete a los síntomas somáticos y tres de ellos son independientes (humor depresivo, pérdida de control de los movimientos voluntarios, incluyendo las convulsiones epilépticas y la pérdida de memoria). Esta escala también consta de un espacio para especificar y puntuar cuatro probables síntomas que presente

el paciente y que no estén reflejados en el listado de los 20 síntomas anteriormente descritos (G-Portilla *et al.*, 2011).

Con este cuestionario se evalúa la dependencia a las BZD al interrogar sobre los síntomas de abstinencia experimentados durante la retirada, disminución o cese de estas, permitiendo así constatar el consumo de BZD del paciente mediante la relación directa con la puntuación obtenida y su correlación con el síndrome de abstinencia presentado durante su retirada. La forma de administración es autoaplicada y su tiempo de administración varía en torno a 10-30 minutos. Cada respuesta es contestada con respuestas de tipo Likert con tres grados de intensidad que varían del 0 al 2, siendo éstos:

- 0: Ausencia de síntomas
- 1: Síntomas moderados
- 2: Síntomas graves

Existen dos versiones del cuestionario, el BWSQ-1, en los cuales se evalúan los síntomas más graves que el paciente ha tenido en cualquier momento durante el consumo de BZD o durante el periodo de abstinencia; y el BWSQ-2, en los que se evalúan los síntomas experimentados durante las dos últimas semanas, lo que hace que resulte útil para determinar la incidencia de los síntomas aparecidos durante la retirada de las BZD. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de cada uno de los ítems. El rango de puntuación varía entre los 0 y 40 puntos. No hay puntos de corte, a mayor puntuación, mayor gravedad del síndrome de abstinencia (G- Portilla *et al.*, 2011).

Por otro lado, las puntuaciones más bajas predecían el no uso o uso limitado de BZD al finalizar el seguimiento correspondiente (Tyrer *et al.*, 1990). En esta intervención se ha escogido el cuestionario BWSQ-2, ya que es el más apropiado para verificar la aparición de los nuevos síntomas asociados a la retirada de las BZD. Este cuestionario se ha pasado antes de comenzar la intervención, al finalizarla y en el seguimiento de los seis meses posteriores. Con los resultados es posible observar, evidenciar y cuantificar la diferencia y disminución de la puntuación obtenida al inicio respecto con la conseguida

al finalizar la intervención, en el caso de que la participante haya disminuido su consumo o haya cesado la toma de BZD tras la prescripción médica de retirada adecuada (ver escala e interpretación del Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas en Apéndice 3).

### **8.11. Diseño de la intervención**

Antes de diseñar la intervención se elaboró un protocolo de la investigación junto con el resumen del protocolo de la intervención con base en la revisión previa de la literatura científica referente al tema. Posteriormente, se solicitó la autorización a las instituciones y la pertinente aprobación al Comité de Ética de Investigación Áreas II y VIII del Servicio Murciano de Salud (CEI) (anexo 12).

Una vez que aprobado el estudio por el CEI, se hizo una sesión clínica informativa a los miembros del Equipo de Atención Primaria (EAP) del CS de Los Dolores y sus consultorios periféricos donde se informó de la intervención telemática, objetivos a alcanzar, metodología empleada, dinámica de las sesiones, así como de los criterios de inclusión y exclusión, información que se pasó por escritos a cada uno de los miembros del EAP.

Antes de realizar el diseño de la intervención, fue necesario hacer una investigación centrada en mujeres entre 45 y 64 años. Decisión que se tomó considerando todo lo expuesto en la justificación realizada sobre el taller telemático y lo argumentado sobre el perfil y la edad de las mujeres que más consumen BZD en España. A saber, en torno a los 45 y 64 años. Con ello se pretende aportar evidencia científica sobre las limitaciones expuestas en las bibliografías previas, referidas tanto a la ausencia demostrada de estudios de la TCCI centrados en mujeres, como en las edades de la población general superiores a los 50 años. Planteamiento tal que certifica la utilidad de este novedoso taller telemático centrado exclusivamente en la mujer y que además permite conocer si el uso de las TICs también se puede emplear y es efectivo en las personas mayores de 50 años. Por otro lado, el estudio se realizó en España, lo que permite aportar nueva evidencia científica centrada en el ámbito nacional. La intervención se adaptó según las últimas recomendaciones científicas realizando una TCCI de baja

intensidad, es decir, con una mínima intervención terapéutica que otorgue un papel activo, empoderamiento y permita delegar la autoridad del profesional a las pacientes para que puedan adquirir el control de su tratamiento y recuperación.

Tal y como indica la bibliografía revisada, se utilizarán herramientas de ayuda a la terapia como son las apps, TICs, grupo de WhatsApp de apoyo y páginas webs de refuerzo enfocadas en los trastornos de ansiedad. Antes de realizar la intervención grupal telemática y tras la captación de pacientes realizada durante ocho meses, se realizó una primera entrevista telefónica o presencial donde se informó a cada una de las mujeres la finalidad de la intervención online mediante una hoja informativa (anexo 3) y del programa a seguir (anexo 1), solicitando su participación siempre de forma voluntaria.

Referente a uno de los objetivos de la intervención el cual era la disminución o retirada de las BZD, se recalcó que sería siempre bajo la supervisión y autorización de su médico de AP o psiquiatra. En esa primera entrevista las mujeres que aceptaron participar en la intervención firmaron el CI de manera presencial o telemática (anexo 6) y se les realizó una recogida de los datos iniciales mediante la realización de una anamnesis completa de los datos sociodemográficos y clínicos, algunos de ellos relacionados con el tipo de tratamiento farmacológico y no farmacológico, y las escalas utilizadas en el taller para evaluar el grado de ansiedad, así como la dependencia hacia las BZD.

De estas escalas, durante la primera entrevista se realizó La Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS) para cribar, discriminar y valorar el grado de ansiedad que tenía la paciente, corroborando con ello si cumplía los criterios de inclusión. Al acabar la entrevista, previa explicación telefónica referente a la finalidad del taller, las instrucciones referentes a los test y sobre cómo se completaban a través del PDF habilitado para ello, se les mandó a través del correo electrónico el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), el Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ), la hoja informativa referente a la intervención y el programa del taller.

Toda esta información ha sido recogida en el cuaderno de recogida de datos de la primera entrevista (anexo 7). Respecto a la intervención grupal telemática, se propuso

la intervención psicoeducativa liderada por la Enfermera Especialista en EFyC con entrenamiento en técnicas de relajación, la cual ha constado de 6 sesiones online impartidas de manera telemática a través de la aplicación Zoom y dirigidas a mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad que consumen BZD. Una de las finalidades de la intervención fue la de favorecer el intercambio de experiencias entre las participantes, empoderarlas para así ayudarles a disminuir su ansiedad, promover una mejora de sus capacidades y un aumento de la calidad de vida ante esta enfermedad.

La periodicidad de las sesiones fue semanal, con una duración de 45 minutos y en horario de tarde. Las pacientes fueron distribuidas en tres grupos con 6 participantes como máximo. Las sesiones contaron con dos educadoras por sesión y en una de las sesiones participó un psicólogo asociado al taller online.

En las sesiones, una de las educadoras actuó como conductora y la otra como observadora, intercambiándose los papeles según las necesidades del grupo. En cuanto a los recursos materiales requeridos para hacer la intervención telemática, se cuentan: un PC, cámara web, conexión a internet, correo electrónico, dossier informativo, material de música relajante, un altavoz, documentación para los pacientes (según la sesión), apps y páginas webs de herramientas de ayuda para la ansiedad, móvil cedido por el SMS, grupo de WhatsApp donde estén incluidas todas las mujeres para fomentar la unión del grupo, colgar material de ayuda y exponer dudas, y por último, un ambiente adecuado en la sala para realizar las técnicas de relajación. Por otro lado, se pidió como requisito a las mujeres participantes en el taller que contaran con: PC, tablet o teléfono móvil, conexión a internet y disponibilidad de correo electrónico.

Los contenidos y la metodología detallada para cada una de las sesiones de 45 minutos de duración se especifican a continuación y todas contaron con la misma estructura:

- b) Bienvenida y resumen de la sesión anterior (5 minutos).
- c) Impartición de la parte teórica y realización de métodos y técnicas educativas grupales (25 minutos).
- d) Técnicas de relajación al acabar las sesiones (5 minutos).

- e) Dudas, tareas y proporción de herramientas para realizar en casa (10 minutos).

### **Sesión 1: sesión de bienvenida. Hablemos de la ansiedad**

- Entre los objetivos de la primera sesión se encuentran:
- Presentación del taller/grupo.
- Entrega de material online y cronograma del taller.
- Presentación de los contenidos, dinámicas de las sesiones y normas del grupo.
- Exposición teórica: Definición de ansiedad, sintomatología asociada, signos de descompensación acaecidos durante la crisis y diferencia entre ansiedad normal y patológica.
- Compartir experiencias referidas a la sintomatología presentada por cada paciente.
- Definición de estrés. Diferencias entre estrés y ansiedad.
- Enseñar la técnica de respiración diafragmática o abdominal (anexo 9).
- Puesta en común de tareas para realizar en casa y dudas.
- Recogida a través del correo electrónico del STAI y BWSQ enviado en la primera entrevista.

#### ***Para esta sesión se usó el siguiente material:***

PC, conexión a internet, correo electrónico, móvil del SMS, normas del grupo, artículos online y podcast como herramientas para trabajar la ansiedad en casa, música relajante, altavoz de música, tareas para realizar en casa enviadas a través del correo electrónico al finalizar la sesión y recogida por email de los test STAI y BWSQ mandados en la primera entrevista.

Tabla 19. Contenido de la primera sesión

CONTENIDO	MÉTODO O TÉCNICA	DURACIÓN
<b>Bienvenida y presentación</b>	Encuentro	5 minutos
<b>¿Qué es la ansiedad?</b>	Técnicas de investigación en el aula: lluvia de ideas, frases incompletas, debate	5 minutos
<b>Sintomatología asociada y</b>	Expositivo	5 minutos

CONTENIDO	MÉTODO O TÉCNICA	DURACIÓN
<b>signos de descompensación</b>		
<b>Reflexión sobre vivencias y experiencias relacionadas con la ansiedad</b>	Técnicas de investigación en el aula: rejilla, sentimientos respecto a la enfermedad	5 minutos
<b>Conozcamos la enfermedad. Diferencia entre ansiedad normal/patológica</b>	Exposición con discusión	5 minutos
<b>Técnicas de respiración</b>	Prácticas técnicas de relajación. Demostración con entrenamiento	10 minutos
<b>Tareas para realizar en casa y despedida</b>		10 minutos
<b>Total: 45 minutos.</b>		

Nota: elaboración propia.

## **Sesión 2: tratamiento farmacológico de la ansiedad**

- Entre los objetivos de la segunda sesión se encuentran:
- Resumen de la sesión del día anterior y resolución de tareas a realizar en casa.
- Exposición teórica: Conocer los diferentes tratamientos farmacológicos usados en la ansiedad y sus posibles efectos secundarios.
- Recomendaciones sobre la sexualidad y sobre la importancia de cumplir bien el tratamiento.
- Práctica de la respiración abdominal o diafragmática.
- Puesta en común de tareas para realizar en casa, listado de webs/apps recomendadas para trabajar la ansiedad y dudas surgidas.

### ***Para esta sesión se usó:***

PC, conexión a internet, correo electrónico, listado de webs/apps como herramientas para trabajar la ansiedad en casa, música relajante, altavoz de música y tareas para realizar en casa enviadas a través del correo electrónico.

Tabla 20. Contenido de la segunda sesión

CONTENIDO	MÉTODO O TÉCNICA	DURACIÓN
Bienvenida y recordatorio de la sesión anterior	Encuentro	5 minutos
Resolución de tarea a realizar en casa	Técnicas de investigación en el aula: cuestionario	10 minutos
Tratamiento farmacológico: Efectos secundarios del tratamiento y recomendaciones. Importancia de seguir bien el tratamiento.	Lección participada	20 minutos
Técnicas de respiración	Prácticas técnicas de relajación Técnica de habilidades	5 minutos
Tareas para realizar en casa y despedida		5 minutos
<b>Total: 45 minutos.</b>		

Nota: Elaboración propia.

### **Sesión 3: recomendaciones generales sobre alimentación, ejercicio y sueño en la ansiedad**

Entre los objetivos de la tercera sesión se encuentran:

- Resumen de la sesión del día anterior y resolución de tareas a realizar en casa.
- Conocer los alimentos que pueden aumentar el grado de ansiedad.
- Beneficios de la actividad física en la ansiedad. Desarrollar actividades para incorporar en el día a día.
- Expresar y compartir conocimientos, experiencias y actitudes relacionados con el sueño. Recomendaciones para dormir bien.
- Práctica de la respiración abdominal o diafragmática.
- Puesta en común de tareas para realizar en casa y dudas.

#### ***Para esta sesión se utilizó el siguiente material:***

PC, conexión a internet, correo electrónico, música relajante, altavoz de música y tareas para realizar en casa.

Tabla 21. Contenido de la tercera sesión

CONTENIDO	MÉTODO O TÉCNICA	DURACIÓN
Bienvenida y recordatorio de la sesión anterior	Encuentro	5 minutos
Resolución de tarea a realizar en casa	Técnicas de investigación en el aula: cuestionario	10 minutos
Alimentos que pueden aumentar la ansiedad	Exposición con discusión	10 minutos
Importancia de la actividad física en la ansiedad	Lección participada	10 minutos
Técnicas de respiración	Prácticas técnicas de relajación Técnica de habilidades	5 minutos
Tareas para realizar en casa y despedida		5 minutos
<b>Total: 45 minutos.</b>		

Nota: Elaboración propia.

#### **Sesión 4: resolución de problemas**

Entre los objetivos de la cuarta sesión, realizada por el psicólogo colaborador se encuentran:

- Resumen de la sesión del día anterior y resolución de tareas a realizar en casa.
- Identificar y analizar los problemas que surgen debido a la ansiedad.
- Expresar, compartir conocimientos, experiencias, técnicas y actitudes relacionados con la resolución de problemas.
- Desarrollar habilidades para poder enfrentarse a los problemas del día a día.
- Puesta en común de tareas para realizar en casa y dudas.

***Para esta sesión guiada por el psicólogo colaborador, se necesitó el siguiente material:***

PC, conexión a internet, correo electrónico, música relajante, altavoz de música y tareas para realizar en casa.

Tabla 22. Contenido de la cuarta sesión

CONTENIDO	MÉTODO O TÉCNICA	DURACIÓN
<b>Bienvenida y recordatorio de la sesión anterior</b>	Encuentro	5 minutos
<b>Identificar los problemas surgidos por la ansiedad</b>	Lección participada	10 minutos
<b>Experiencias y habilidades relacionadas con la resolución de problemas</b>	Técnicas de análisis: discusión	10 minutos
<b>Resolución de problemas</b>	Ayuda a la toma racional de decisiones	15 minutos
<b>Tareas para realizar en casa y despedida</b>		5 minutos
<b>Total: 45 minutos.</b>		

Nota: Elaboración propia.

### **Sesión 5: definición y puesta en práctica de la asertividad**

Entre los objetivos de la quinta sesión se encuentran:

- Resumen de la sesión del día anterior y resolución de tareas a realizar en casa.
- Definición de los diferentes estilos de comunicación y de la asertividad.
- Saber identificar los diferentes estilos de comunicación.
- Saber reaccionar positivamente y actuar constructivamente ante las situaciones de desacuerdo sabiendo decir “no”.
- Práctica de la respiración abdominal o diafragmática.
- Puesta en común de tareas para realizar en casa (carta sobre ansiedad) y dudas.
- Envío por email los test STAI, BWSQ y la encuesta de evaluación sobre la satisfacción y calidad del taller para recoger en la próxima sesión.

#### ***Para esta sesión se necesitó el siguiente material:***

PC, conexión a internet, correo electrónico, música relajante, altavoz de música, tareas para realizar en casa y enviar por email los test STAI y BWSQ para recogerlos en la siguiente sesión.

Tabla 23. Contenido de la quinta sesión

CONTENIDO	MÉTODO O TÉCNICA	DURACIÓN
<b>Bienvenida y recordatorio de la sesión anterior</b>	Encuentro	5 minutos
<b>Definición de asertividad y ejemplos de estilos de comportamientos</b>	Expositivo	20 minutos
<b>Actuación positiva ante situaciones de desacuerdo Aprender a decir NO</b>	Expositivo	10 minutos
<b>Técnicas de respiración</b>	Prácticas técnicas de relajación Técnica de habilidades	5 minutos
<b>Tarea de casa: ejercicio de análisis con carta sobre la ansiedad. Despedida</b>	Lectura con discusión en casa	5 minutos
<b>Total: 45 minutos.</b>		

Nota: Elaboración propia.

### **Sesión 6: definición y puesta en práctica de la autoestima. Sesión final de despedida**

Entre los objetivos de la sexta y última sesión se encuentran:

- Resumen de la sesión del día anterior y resolución de tareas a realizar en casa (análisis de carta sobre ansiedad).
- Definición de autoestima.
- Qué hacer para querernos más y poder mejorar la autoimagen, autoconfianza, sensación de bienestar y calidad de vida.
- Vídeo final motivador.
- Práctica de la respiración abdominal o diafragmática.
- Dudas finales y aclaraciones.
- Recepción a través del correo electrónico los test STAI, BWSQ y la encuesta de evaluación sobre la satisfacción y calidad del taller.
- Entrega online del certificado de asistencia (anexo 10).

***Para esta sesión se necesitó el siguiente material:***

PC, conexión a internet, correo electrónico, música relajante, altavoz de música, entrega del certificado de asistencia. Recogida por email de los test STAI, BWSQ y de la encuesta de evaluación sobre la satisfacción y calidad del taller.

Tabla 24. Contenido de la sexta sesión

CONTENIDO	MÉTODO O TÉCNICA	DURACIÓN
<b>Bienvenida y recordatorio de la sesión anterior</b>	Encuentro	5 minutos
<b>Resolución de tarea a realizar en casa (carta sobre ansiedad)</b>	Técnicas de investigación en el aula: cuestionario	10 minutos
<b>Definición de autoestima</b>	Expositivo	10 minutos
<b>Técnicas de respiración</b>	Prácticas técnicas de relajación Técnica de habilidades	5 minutos
<b>Vídeo final motivador y despedida</b>	Técnicas expositivas: vídeo con discusión	15 minutos
<b>Total: 45 minutos.</b>		

Nota: Elaboración propia.

## **8.12. Técnicas de relajación**

Tal y como se describió en el aparatado de las sesiones de la intervención, se procedió a detallar en qué consisten las técnicas de relajación aplicadas en esta intervención, tanto las técnicas respiratorias de relajación como la relajación muscular pasiva.

Por un lado, y según la literatura científica referente a las técnicas de relajación relacionadas específicamente con las técnicas respiratorias de relajación, la literatura corrobora que usar el sistema respiratorio como un medio para alcanzar la relajación es claramente un planteamiento aceptado. Las técnicas son fáciles de aprender y se pueden poner en práctica en cualquier lugar, incluso en las mismas situaciones de estrés. En este contexto, se han propuesto un gran número de técnicas de respiración para estimular la relajación, como son: la respiración pausada, la meditación por respiración y la respiración abdominal.

Según afirma Lichstein en 1988: “La mayoría de los métodos de relajación, como la visualización y las rutinas musculares, ejercen su influencia sobre el sistema nervioso autónomo por medio de rutas indirectas. La respiración es diferente: está directamente relacionada con el sistema que controla la activación fisiológica, lo que aumenta su potencial como medio de inducir la relajación fisiológica”. (Como es citado en Payne, 2009, p. 131). Así, el tipo de respiración que acompaña al Sistema Nervioso Simpático (SNS) es diferente al del Sistema Nervioso Parasimpático (SNPS), ya que la primera es rápida y entrecortada y la segunda es pausada y suave.

Según Sudsuan *et al.*, en 1991: “Existe conexión entre la respiración pausada y la dominancia parasimpática, lo cual ha dado lugar a la percepción de que la respiración pausada tiene propiedades que alivian el estrés y esto ha llevado a su adopción como técnica de relajación.” (Como es citado en Payne, 2009, p. 131). Este planteamiento está basado en una teoría fisiológica pero también posee elementos cognitivos ya que en algunos ejercicios se emplean visualizaciones.

Por otro lado, la relajación muscular pasiva fue descrita por Everly y Rosenfeld en 1981. Este método debe mucho al entrenamiento autógeno en su uso de la sugestión

y de imágenes de pesadez y calor, entendiendo que la tensión muscular está asociada con la tensión mental. En consecuencia, si se elimina la tensión de los músculos, se reduce la sensación subjetiva de estrés.

En esta técnica, se pide al sujeto que concentre su atención en un grupo muscular cada vez, liberando las tensiones que se puedan detectar. No requiere ningún tipo de actividad, el método es pasivo y se ha descubierto que concentrándose en los músculos de esta forma se puede alcanzar la relajación profunda.

Ahora bien, tratándose del espacio o el entorno, la mayoría de los autores aconsejan que el entorno sea un lugar tranquilo, cálido y que tenga las menores interrupciones, independientemente de la técnica de relajación que se esté practicando. Otros autores prefieren un lugar más parecido al entorno habitual del individuo, alegando que las técnicas de relajación que se aprendan en ese entorno serán más fáciles de aplicar en la vida real, y también que, a veces, demasiado silencio resulta artificial y puede incluso producir ansiedad. Por estas razones, puede buscarse a propósito un entorno en el que se oigan sonidos externos leves (Payne, 2009).

### **8.12.1. Técnicas respiratorias de relajación**

Antes de realizar la técnica respiratoria de relajación hay que tomar conciencia de la respiración. Este término se refiere al hecho de concentrar la atención en el patrón de respiración. Así el individuo se pone en contacto con su proceso respiratorio, lo que le ayudará a sentir que tiene un cierto control sobre el mismo. Esta conciencia de la respiración empieza con un examen de los movimientos del tórax y del abdomen que tiene lugar durante la respiración.

Así mismo, se sabe que la respiración está sujeta al estado emocional de la persona, ya que la respiración de un individuo calmado está asociada a un abdomen relajado y el movimiento se visibiliza en la parte superior del abdomen. En cambio, la respiración de un individuo estresado se asocia a un movimiento predominante de la zona que queda por encima de las costillas, y a menudo implica la contracción de los músculos de la cintura escapular. La respiración calmada es lenta, y la estresada más rápida.

Durante la fase de inspiración, se puede observar y notar como el tórax expande a lo largo de todas sus dimensiones. Los participantes lo pueden confirmar por sí mismos por medio de los siguientes ejercicios:

- Estando tumbados o sentados: colocando las manos sobre el extremo inferior de las costillas, con los dedos separados unos centímetros. Sentir como las manos se eleva y se separan a medida que el aire entra, y recupera su posición a medida que sale.
- Sentados con la cabeza y los brazos apoyados sobre una mesa: ahora que el movimiento de la parte frontal del pecho está restringido por la postura adoptada, se puede sentir cómo se expande la caja torácica hacia atrás.
- Tumbados o sentados: colocar su mano derecha sobre el plexo solar, el cual es la zona blanda entre las costillas y el ombligo; y la mano izquierda sobre el pecho, por debajo de las clavículas.

Hay que fijarse en lo que sucede con las manos al respirar, ya que a medida que el aire entra, se siente cómo aumenta la expansión, primero sobre la mano derecha, después subiendo hacia el pecho, y más tarde llegando hasta la parte sobre la que descansa la mano izquierda. Es importante examinar esta idea durante un minuto o dos. Con todo ello, se puede resumir los principios generales de la respiración como técnica de relajación en:

- La respiración debe seguir el ritmo natural del individuo.
- Debe concebirse más como dejar que entre el aire que cómo tomar aire.
- El paso entre la inspiración y la espiración debe ser suave y fluido, a menos que el ejercicio indique lo contrario.
- Es preferible respirar por la nariz que por la boca como ya que las fosas nasales filtran y calientan el aire que entra.
- Aunque algunos ejercicios pueden hacer hincapié en algunos aspectos particulares del ciclo respiratorio como nunca se debe forzar la respiración.
- No se deben repetir de forma muy seguida las respiraciones más profundas de lo que resulta natural como ya que puede provocar hiperventilación.

Por otro lado, la respiración abdominal o diafragmática se refiere al tipo de respiración que hace hincapié en la expansión de la cavidad pectoral hacia abajo. Conviene hablar a los participantes sobre la función del diafragma, el cual adopta una posición convexa en reposo. Su contracción hace que este se aplane y como consecuencia el tórax se expande longitudinalmente, haciendo que el aire entre en los pulmones. Cuando se relaja, recupera su forma convexa, lo que empuja el aire hacia fuera (Payne, 2009).

Para que las personas se relajen de forma eficaz, hace falta respirar adecuadamente. El oxígeno es un elemento básico para la vida, ya que es utilizado como combustible por cada una de las células del organismo. La respiración ha de ser natural, suave, lenta y silenciosa. La oxigenación del cuerpo mediante una respiración adecuada resulta esencial para la salud y el bienestar físico. Al inspirar, el corazón se relaja e incorpora energía vital a todo el sistema y también, exhalar completa y profundamente es el primer paso para una respiración perfecta.

Si se adopta un patrón respiratorio de expiración más larga que la inspiración, el resultado será de reposo y tranquilidad, ya que de esta forma se estimula la respuesta de relajación (Armengol *et al.*, 2009).

Para llevar a cabo este ejercicio de respiración abdominal, el individuo, debe ponerse lo más cómodo posible y estar unos minutos descansando y en silencio. A continuación, se pueden usar las siguientes instrucciones para esta técnica:

“Dedica unos minutos a imaginar una secuencia de imágenes agradables...después, cuando tu mente se relaje, concentra la atención en la respiración...apoya una mano con suavidad sobre el plexo solar. Concentra tu atención en esta zona.

Comienza el ejercicio con una espiración...una espiración que ocurra de manera natural. Fíjate en cómo se hunde ligeramente la zona sobre la que tienes apoyada la mano. Ahora, permite que el aire entre a tus pulmones, fijándose en cómo se hincha la zona sobre la que tienes apoyada la mano. Después al expulsar el aire, nota como la zona se vuelve a deshinchar. Deja que la respiración fluya de manera natural” (anexo 9).

“Escucha tu respiración sin alterar su patrón... imagina que al expirar salen tus tensiones...imagina que el aire se las lleva lejos, poco a poco, en cada espiración...y ahora, imagina que cada vez que inspiras, estás respirando paz, que inspiras paz poco a poco en cada respiración...espira tensión...inspira paz...respirando suavemente...sintiendo como la paz fluye por tu cuerpo...manteniendo siempre la respiración natural”.

Existe otro ejercicio adaptado por Everly y Rosenfeld en 1981, que es una variación de la respiración abdominal, el cual incorpora un elemento de visualización. Las instrucciones por seguir son:

“Concéntrate en el ritmo de tu respiración sin tratar de cambiarlo. Sé consciente de cómo se hincha la parte superior del abdomen cuando inspiras y de cómo se deshincha cuando espiras. Imagínate una bolsa vacía dentro de tu abdomen...al inspirar, el aire entra y llena la bolsa...al expirar sale el aire y la bolsa se vacía, haciendo que el abdomen baje...si colocas la mano sobre el abdomen, podrás sentir cómo se hincha y deshincha suavemente” (Payne, 2009).

### **8.12.2. Técnica de relajación muscular pasiva**

Las condiciones necesarias para practicar la técnica de la relajación muscular pasiva son una habitación cálida y silenciosa donde no se vayan a sufrir interrupciones y una silla cómoda para sentarse o una superficie plana sobre la que tumbarse.

A continuación, se pueden usar el siguiente guion para realizar esta técnica tanto en pacientes tumbados como en silla, con los siguientes cambios: se sustituye la palabra “tumbado” por “sentado” y “suelo” por “silla”.

En el caso de estar en silla, el párrafo sobre los músculos del cuello puede omitirse, así como el referido a los pies.

En el procedimiento para participantes tumbados se necesita un soporte firme, pero blando, como, por ejemplo, una esterilla extendida en el suelo. Para ambas formas, el guion es el siguiente:

“Cierra los ojos y fíjate en cómo tu respiración se vuelve lenta y regular...fluida, tranquila y regular...dejándote más relajado de lo que estabas antes...ahora voy a pedirte que hagas un viaje por su cuerpo,

comprobando que todos los grupos musculares están lo más relajados posible y dejando salir toda la tensión que pueda quedar. Si te asaltan pensamientos externos, mételos en una burbuja y déjalos irse flotando. Comenzaré por los pies. Concentra tu atención en los dedos de los pies... ¿están extendidos? si los tienes encogidos o colocados de alguna forma que te resulte incómoda, muévelos suavemente. A medida que van descansando, nota cómo la tensión va saliendo...siente cómo se va la tensión mientras los mantiene inmóviles.

Deja caer los pies hacia fuera, relajando los tobillos Esta es la posición más cómoda para ellos. Deja que toda la tensión salga...disfruta la sensación de sencillamente abandonarlos.

Pasamos a la parte inferior de las piernas: siente como la tensión sale de las pantorrillas y las espinillas. A medida que la tensión sale, las piernas se sienten más pesadas...más cálidas...y también sientes un cosquilleo agradable. Ahora los muslos: para que estén completamente relajados tienes que dejarlos caer hacia los lados...siente el efecto relajante de esta posición...asegúrate de que se ha liberado toda la tensión y siente cómo tus muslos descansan pesados en el suelo. Concéntrate por un momento la sensación de pesadez y flacidez que embarga tus piernas...permite que los músculos dejen escapar los últimos restos de tensión y se acomoden para relajarse profundamente. Y ahora piensa en tus caderas. Deja que se acomoden en la superficie sobre la que estás tumbado...reconoce cualquier resto de tensión que se puede haber quedado en los músculos...relaja la zona para que se vaya...deja que se vaya relajando un poco más de lo que creías posible.

Acomoda la columna en la esterilla o colchoneta...sé consciente de cómo descansa sobre el suelo. Deja que se hunda, haciendo contacto en las zonas que quieras...dejando que salga toda la tensión...deja que los músculos del abdomen pierdan su tensión.

Deja que se ablanden y se aflojen. Siente cómo se expande al tiempo que sale el último vestigio de tensión...fíjate en cómo sube y baja tu abdomen relajado con la respiración...sube cuando el aire entra y baja cuando el aire sale...la respiración abdominal es relajada.

Pasamos a los hombros, cuyos músculos son propensos a acumular tensión...siente cómo se abandonan...siente cómo se expanden...siente cómo se acomodan en el suelo, como sin vida y pesados...siente como caen hacia tus pies...imagina cómo se deshacen de su carga...y a medida que se abre el espacio entre los hombros y el cuello, imagina tu cuello un poco más largo que antes.

Ahora, dirige tus pensamientos hacia los músculos de tu brazo izquierdo. Comprueba que yace tranquilo en el suelo. Fíjate la sensación de relajación que experimentas y deja que descienda hacia la muñeca y la mano. Piensa en los dedos ¿están curvados e inmóviles? ni encogidos, ni extendidos...tu mano no está ni abierta ni cerrada, sino descansando suavemente...totalmente relajada.

Cuando espires, deja que el brazo se relaje un poco más...que se sienta pesado y flácido...tan pesado y flácido que, si alguien lo levantara y lo dejara caer, chocaría contra el suelo como el brazo de una muñeca de trapo". (Repetir el último párrafo con los músculos del brazo derecho). "Los músculos del cuello no tienen que trabajar ahora para sostener tu cabeza, así que aflójalos...disfruta de esa sensación de abandono en esos músculos que trabajan tan duro el resto del tiempo para mantener tu cabeza erguida. Si localizas algo de tensión en el cuello, libérala y deja que el proceso de liberación continúe, incluso por debajo de la superficie...siente que placenteros dejar salir la tensión de estos músculos.

Ahora concentra tu atención en la cara, en los muchos pequeños músculos cuya función es configurar tus expresiones. En este momento no hay necesidad de tener ninguna expresión en el rostro, de modo que deja que esos músculos se relajen...imagina cómo está tu cara cuando estás dormido...calmada e inmóvil...

Ahora, piensa en la mandíbula...y al hacerlo, deja que caiga ligeramente de forma que tus dientes se separen...siente cómo se relaja mientras tus labios se tocan ligeramente. Comprueba que tú lengua está inmóvil y apoyada en el centro de la boca, blanda e informe. Relaja la garganta para que salga toda la tensión y los músculos se sientan suaves y descansados. Al no tener ninguna expresión, tus mejillas están relajadas y blandas. Si piensas en tu nariz, hazlo sólo para tomar conciencia de ella como pasaje del aire que entra fresco por las fosas nasales y después baja cálido hacia los pulmones... haz salir la tensión con el aire caliente al espirar...respira quietud con el aire fresco al inspirar.

Comprueba que tú frente está lisa...no la tienes encogida en ninguna dirección...y, al liberar los restos de tensión que puede haber en ella, imagina que es un poco más alta y un poco más ancha de lo que era antes...deja que esta sensación de relajación se extienda sobre los músculos del cuero cabelludo, por la coronilla y hacia abajo, por las orejas...fíjate en la sensación de calma que experimentas al hacerlo.

Concentra tu atención en los ojos, que yacen detrás de tus párpados cerrados suavemente. Piensa que están descansando en sus cuencas, flotando en lugar de fijos...y, a medida que van descansando, deja que tus pensamientos también descansen.

Dedica varios minutos a seguir relajándote, intensificando el efecto de las secuencias anteriores...ahora has relajado los grupos musculares principales de tu cuerpo. Piensa en ellos como un conjunto general...un todo totalmente relajado...calmado gracias al ritmo suave de tu respiración...siente la paz que transmite esta idea...

Es posible que algunas imágenes entren y salgan de tu mente...considéralas pensamientos pasajeros. Siente cómo las deja marchar. Dite a ti mismo: "me siento en calma, me siento en paz." Deja que tu mente evoque una escena feliz".

Los participantes pueden relajarse en silencio durante unos minutos, antes de terminar la sesión.

"Ahora voy a pedirte que regreses lentamente a la habitación en la que te encuentras tumbado. Poco a poco, seas consciente de ella. Mueve los brazos y las piernas suavemente...mueve la columna y, cuando estés preparado, abre los ojos. Lentamente, siéntese y toma conciencia de lo que te rodea. Dale a tu cuerpo mucho tiempo para adaptarse y pasar del estado de relajación a la actividad".

Antes de finalizar la sesión, se debe hacer hincapié en la utilidad de la práctica. Si la practicante práctica diario, la técnica te ayudará a relajarse más eficazmente (Payne, 2009).

### **8.13. Descripción y experiencia en el seguimiento posterior**

Las pacientes que han realizado y finalizado la intervención nuevamente han sido telefonadas y citadas por la investigadora principal para una visita programada presencial con su grupo a los seis meses de la intervención grupal psicoeducativa telemática, debido a la mejora en la situación de la pandemia. En el caso de que no hayan podido comparecer, se procedió a hacer el seguimiento telefónico y se le mandó por correo electrónico los dos cuestionarios empleados al principio de la intervención para que los reenviaran rellenos. En esta visita o llamada telefónica se procedió a cumplimentar los cuestionarios y registrando la nueva información en el cuaderno de recogida de datos del seguimiento posterior (anexos 4 y 5).

En el seguimiento presencial posterior se realizó educación sanitaria individual y grupal sobre el manejo de la ansiedad con las MHD descritas durante la intervención, práctica grupal presencial de las técnicas de relajación para fomentar y afianzar la

misma, ayudar a consolidar los nuevos hábitos adquiridos en el día a día, desarrollar nuevas habilidades y poder aclarar las dudas surgidas durante estos meses. Esta sesión de seguimiento brindó la oportunidad de poder conocerse en persona, actualizar la situación actual de cada una respecto a su nivel de ansiedad, valorar los nuevos hábitos saludables consolidados y los que no se han conseguido afianzar, la cantidad de medicación que toman o no en la actualidad y los nuevos problemas acaecidos en sus vidas. Toda la documentación referente al seguimiento posterior y datos de los nuevos test pasados se adjuntó en la carpeta correspondiente a cada una de las participantes.

Durante esta única sesión todas las participantes coincidieron en que les había resultado muy valiosa y de gran utilidad, ya que, según ellas, la información proporcionada la asimilaban mejor en persona e interactuaban más en el grupo. Por todo ello, esta experiencia llevada a cabo durante la pandemia ha sido única e irrepetible, y tanto las mujeres participantes como las enfermeras la califican de inolvidable.

#### **8.14. Análisis estadístico de los datos**

El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico R.

- Análisis descriptivo de los dos grupos y cálculo de medidas de centralización y de dispersión según la distribución de cada variable.
- Variables cualitativas: Para la comparación de estas variables se utilizó el test de McNemar-Bowker.
- Variables cuantitativas: Se determinó la normalidad de estas variables a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Para la comparación de medias, se utilizará la prueba de los Signos.

Se calcularon las diferencias de medias estandarizadas (con sus intervalos de confianza del 95 %) del resultado PRE test frente al resultado POST test para la variable nivel de ansiedad y consumo de BZD. Se consideró la posibilidad de que algunas variables pudieran actuar como factores de confusión y alterar el resultado de las diferencias de medias, por lo que estas se incluyeron en un modelo de HARS para obtener un resultado ajustado, debido al escaso número de casos obtenidos. Se aplicó

la técnica de Bootstrapping (Efron, 1979), para aumentar la fiabilidad y mejorar el resultado obtenido del modelo y reducir el error esperado. Esta técnica al ser un método de remuestreo utilizada para aproximar el sesgo o la varianza de un análisis estadístico, nos permitió aumentar la fiabilidad y reducir el error esperado en el modelo de regresión logística, utilizando su técnica para obtener muestras de la propia muestra (muestra remuestreada), y así poder inferir resultados a partir de los datos de la muestra. En las remuestras de bootstrapping, la población es de hecho, la muestra, y esto se conoce; por lo tanto, se puede medir la calidad de la inferencia de la muestra original a partir de datos remuestreados. Como en nuestro caso, la muestra es pequeña, esta técnica hace que podamos obtener miles de submuestras, que reducen el error esperado en el modelo de regresión logística, como si hubiéramos partido de una muestra mucho más grande. A pesar de haber incluido un posible porcentaje de pérdidas, el análisis se realizó por “intención a tratar” y se utilizará un intervalo de confianza del 95 %. Se considerará que existe significación estadística cuando  $p < 0.05$ .

#### **8.15. Consideraciones éticas y confidencialidad de los datos**

Por las características de la intervención, los participantes no fueron expuestos a ningún tipo de riesgo, ni la participación en el grupo conllevó efectos que pudieran causar algún tipo de daño hacia su salud.

Como se ha comentado anteriormente, fue necesaria la aprobación por parte de las distintas autoridades de las Instituciones Sanitarias donde se llevó a cabo el estudio y la evaluación del proyecto por el CEI el Comité de Ética de Investigación debido al uso necesario de datos personales y médicos obtenidos de las HC. Este estudio fue aprobado por el CEI Áreas II y VIII el 14/07/2020 (anexo 12).

La investigadora principal garantiza que el tratamiento de los datos ha seguido la normativa prevista en la legislación actual sobre protección de los datos de carácter personal considerando diferentes artículos; como el Artículo 8 de la Ley Orgánica 41/2002 del 14 de noviembre, sobre la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, referente al CI para

participar en la investigación (anexo 6), el cual, ha podido ser revocado en cualquier momento por el paciente.

A su vez, el tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales 3/2018, del 5 de diciembre, y en su reglamento de desarrollo, se informa de que los datos aportados se incorporarán a un fichero y que la información aportada, tanto los cuestionarios como en los grupos, será tratada de forma totalmente confidencial. Se eliminará cualquier tipo de dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes. Los datos quedan reservados únicamente para los fines de este proyecto de investigación. Y de la misma manera los participantes tienen derecho a renunciar a la participación en el estudio en cualquier momento de este.

Tal y como explica la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, los datos e imágenes que se obtuvieron de nuestra investigación se incorporaron a un fichero junto con la información obtenida en los cuestionarios. Los datos han sido tratados de forma totalmente confidencial, eliminándose cualquier dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los participantes. Estos datos e imágenes obtenidos de la intervención solamente fueron utilizados para responder la pregunta de investigación y los objetivos del estudio.

# PARTE III: RESULTADOS



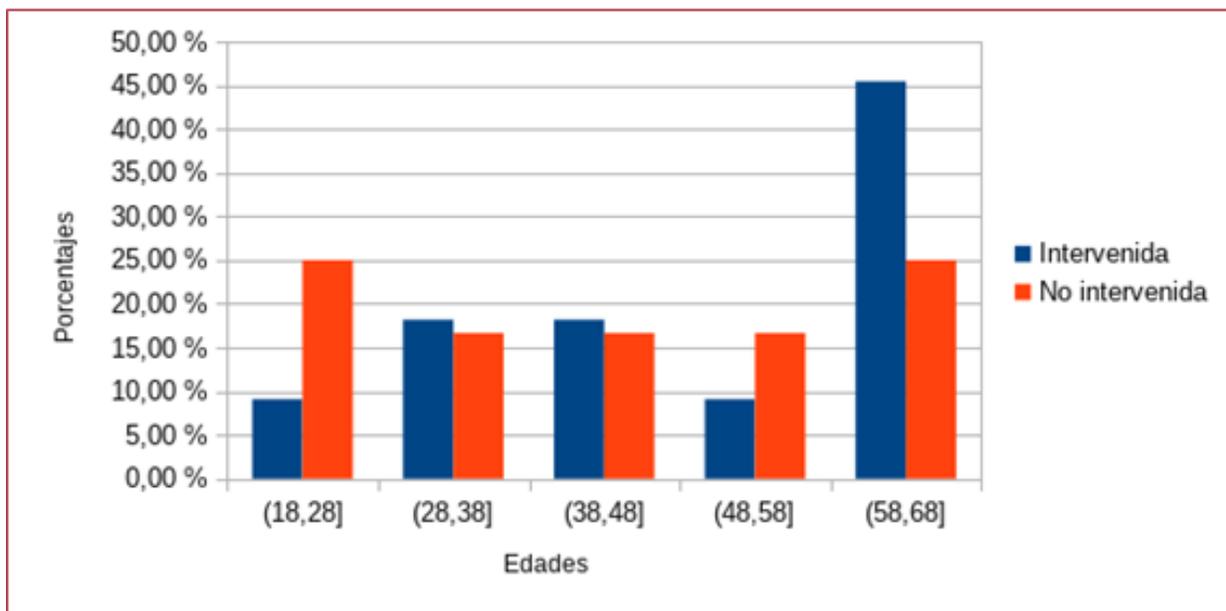
## CAPÍTULO 9: RESULTADOS

### 9.1. Características sociodemográficas y clínicas de las participantes

#### 9.1.1. Distribución por edades

Los resultados obtenidos se representan mediante gráficos de sectores, histogramas y gráficos de barras, donde se explican los porcentajes obtenidos y las frecuencias relacionadas con los mismos, que, dependiendo del gráfico de sectores y según el parámetro a analizar, tal y como hemos explicado en partes anteriores de la TD, se han calculado con la referencia de: 23 mujeres, 15 mujeres u 11. La primera es la Figura 14, un histograma con los porcentajes sobre la distribución conjunta de los datos en mujeres intervenidas y las no intervenidas. En primer lugar, describiendo el grupo de mujeres intervenidas, el mayor porcentaje estuvo representado por las pacientes con edades en torno a 58-68 años, ubicándose en una media de edad general, el segundo grupo por edades fueron los años comprendidos en torno a 28-38 años, y en menor porcentaje encontramos las edades de 18-28 años y 48-58 años. Refiriéndonos, por otro lado, al grupo de mujeres no intervenidas, las edades con mayor tasa de no intervención fueron las de 18-28 años y 58-68 años.

Figura 14. Descripción en porcentajes de los grupos de edad en las personas evaluadas



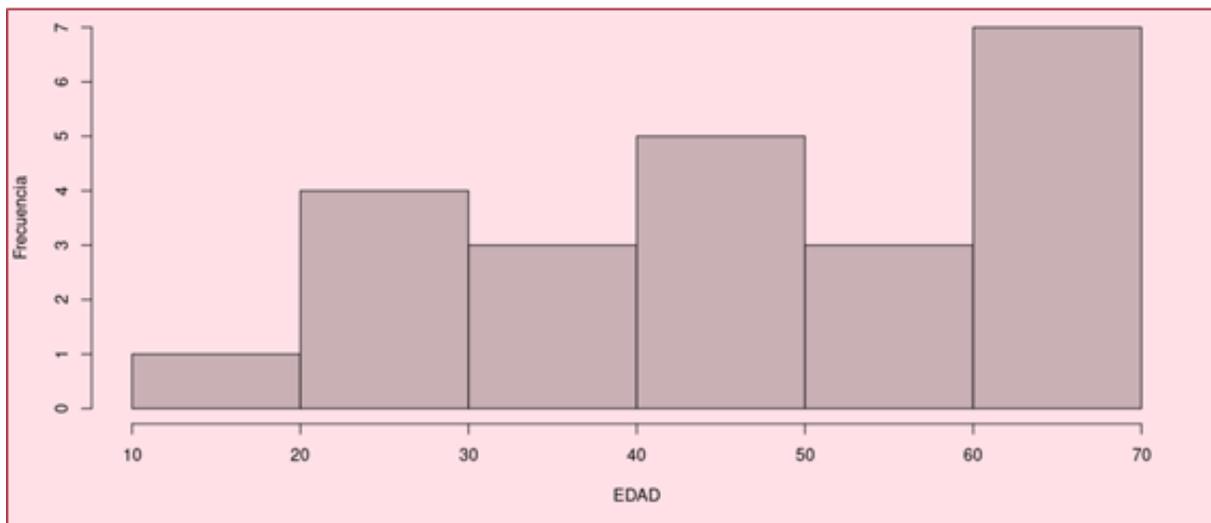
Nota: elaboración propia.

La Figura 15 presenta un histograma de frecuencias que refleja la distribución de las edades predominantes en las mujeres que participaron en una intervención grupal psicoeducativa telemática. En este histograma, se observa que el rango de edad con mayor cantidad de participantes en la intervención se encuentra entre los 60 y 70 años, lo que indica que en este intervalo etario se concentró el mayor porcentaje de mujeres que formaron parte de la intervención.

El siguiente grupo etario con más participantes abarcó a las mujeres de 40 a 50 años. Aunque este rango de edad tuvo una menor cantidad de mujeres involucradas en la intervención en comparación con el grupo de mayor edad mencionado previamente, sigue siendo significativo en términos del número de individuos afectados.

En tercer lugar, se encuentran las mujeres en el rango de edad de 20 a 30 años, quienes mostraron una frecuencia aún menor en cuanto a su participación en la intervención grupal psicoeducativa telemática en comparación con los dos grupos anteriores. Aunque este grupo etario representa un porcentaje menor del total de mujeres participantes, es relevante destacar su presencia en el histograma.

Figura 15. Histograma de frecuencias sobre las edades de las mujeres intervenidas



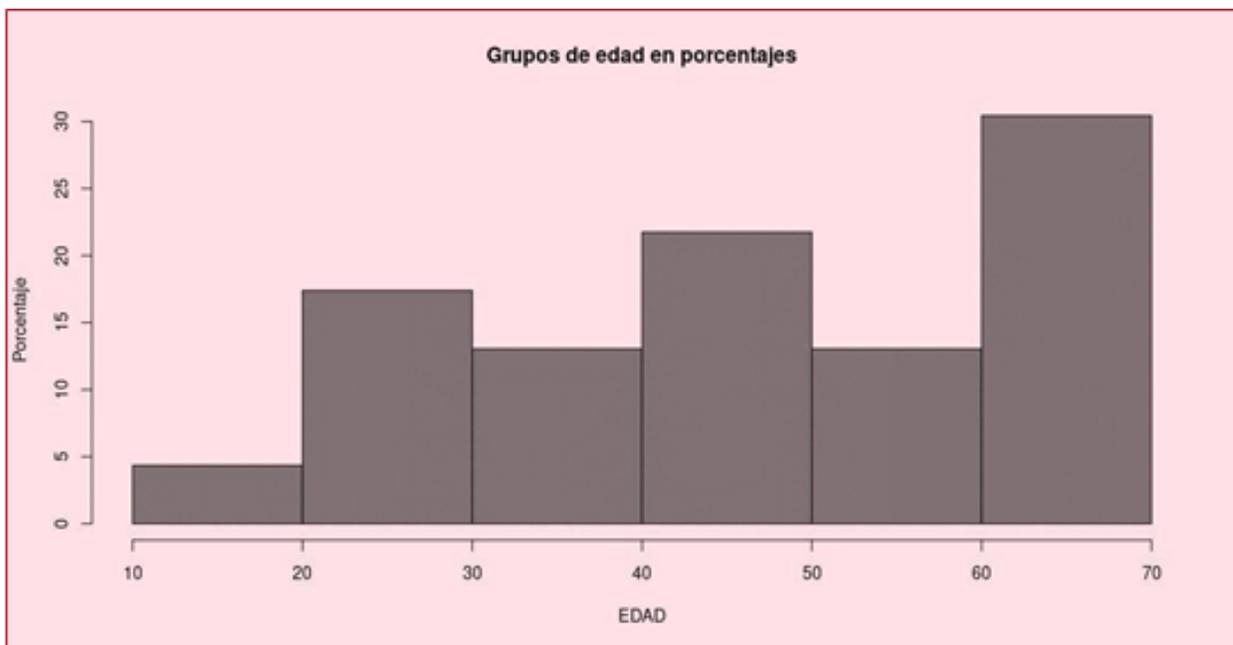
Nota: elaboración propia.

La Figura 16 muestra la distribución conjunta de los datos representados en un histograma de porcentajes, en el cual las participantes evaluadas están agrupadas según rangos de edad.

En este gráfico, es posible apreciar cómo se distribuyen las edades de las mujeres involucradas en la intervención. Destacando las edades de los extremos, observamos que un 5% (1) de las participantes evaluadas pertenecen al grupo etario de 18 a 20 años, lo que se considera un porcentaje minoritario en comparación con los otros rangos de edad. Esto indica que la presencia de mujeres en esta categoría de edad fue menos frecuente en la intervención.

Por otro lado, el grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 60 y 70 años representa el 30% (5) de las participantes evaluadas, lo que constituye el mayor porcentaje dentro de la población muestral de la investigación. Este dato resalta la prevalencia de mujeres en este rango de edad dentro del estudio, convirtiéndose en la mayoría de las participantes

Figura 16. Histograma de porcentajes de los grupos de edad de las mujeres intervenidas



Nota: elaboración propia.

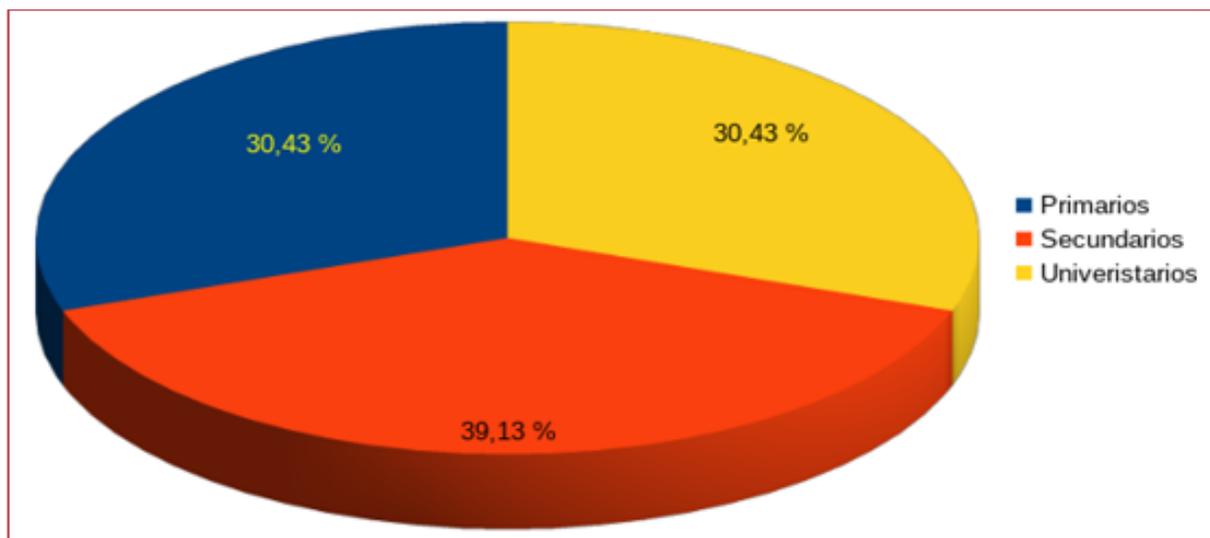
### 9.1.2. Distribución por preparación académica

La Figura 17 proporciona información detallada sobre la composición de la muestra de participantes según su nivel de preparación académica. En el gráfico, se puede apreciar que la mayoría de las mujeres involucradas en el estudio han completado sus estudios secundarios, representando el 39.13% (9) del total de la muestra.

En segundo lugar, se encuentran tanto las mujeres que han finalizado sus estudios primarios como aquellas que han cursado estudios universitarios. Ambos grupos presentan una proporción similar, ocupando cada uno el 30.43% (14) de la muestra. Esta distribución pone de manifiesto la diversidad en cuanto a la formación académica de las mujeres que participaron en la intervención.

En resumen, la Figura 17 ilustra la distribución de la muestra de mujeres en función de su nivel de educación, destacando que la mayoría ha concluido sus estudios secundarios, seguidas de cerca por aquellas que poseen estudios primarios y universitarios en igual proporción.

Figura 17. Nivel de estudios de individuos participantes en la investigación

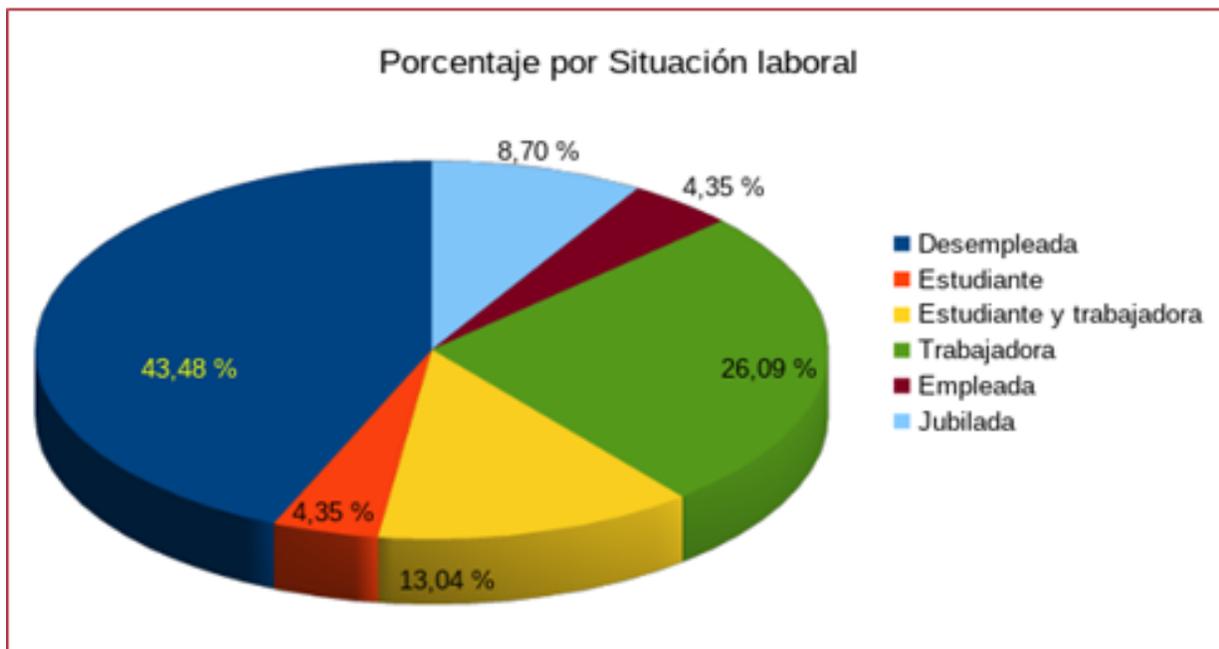


Nota: elaboración propia.

### 9.1.3. Distribución por ocupación actual

La Figura 18 presenta la distribución de las mujeres que conformaron la investigación según su ocupación actual. En el gráfico, se puede observar que la mayor proporción de mujeres participantes pertenecía al grupo de desempleadas, representando el 43.48% (10) del total. En segundo lugar, el grupo de mujeres con empleo activo conformó el 26.09% (6) de las participantes. Estas mujeres estaban trabajando al momento de la intervención y representan una proporción significativa de la muestra estudiada. En cuanto a las mujeres con una modalidad mixta, es decir, que manifestaban ser tanto estudiantes como trabajadoras, su porcentaje de participación fue del 13.04% (3). Por otro lado, las mujeres jubiladas tuvieron una contribución del 8.70% (2) en la muestra de participantes. Finalmente, tanto las mujeres empleadas como las estudiantes mostraron una presencia similar en la investigación, con un 4.35% (2) de participación en cada grupo. Estos datos reflejan la diversidad de ocupaciones y situaciones laborales entre las mujeres que formaron parte del experimento.

Figura 18. Situación laboral de las mujeres que fueron parte de la investigación

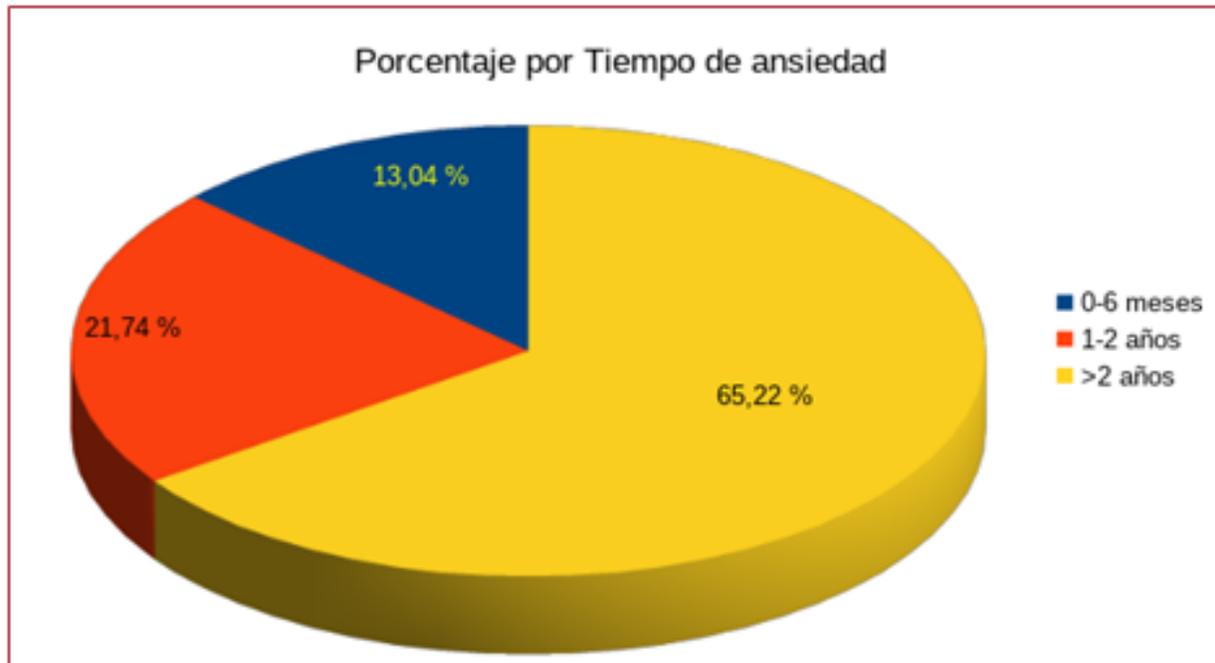


Nota: elaboración propia.

#### 9.1.4. Distribución por el tiempo de ansiedad

La Figura 19 muestra la distribución de las participantes según el tiempo que han padecido ansiedad y se puede apreciar un comportamiento variado en cuanto a la duración de la ansiedad experimentada por las mujeres antes de la intervención. Un 13.04% (3) de las mujeres presentaron un tiempo de padecer ansiedad en un rango de 0 a 6 meses. Este grupo representa a las participantes que enfrentaron la ansiedad por un periodo relativamente corto antes de la intervención. Por otro lado, un 21.74% (5) de las mujeres se ubicaron en el rango de aquellas que padecieron ansiedad durante 1 a 2 años previos a la intervención. Este grupo conforma una proporción considerable de la muestra estudiada, lo que indica que algunas mujeres ya llevaban un tiempo experimentando síntomas de ansiedad antes de recibir ayuda. Finalmente, la mayor proporción de mujeres en el estudio, con un 65.22% (15), estuvo formada por aquellas que habían padecido ansiedad durante más de dos años.

Figura 19. Mujeres que padecían ansiedad antes de la intervención



Nota: elaboración propia.

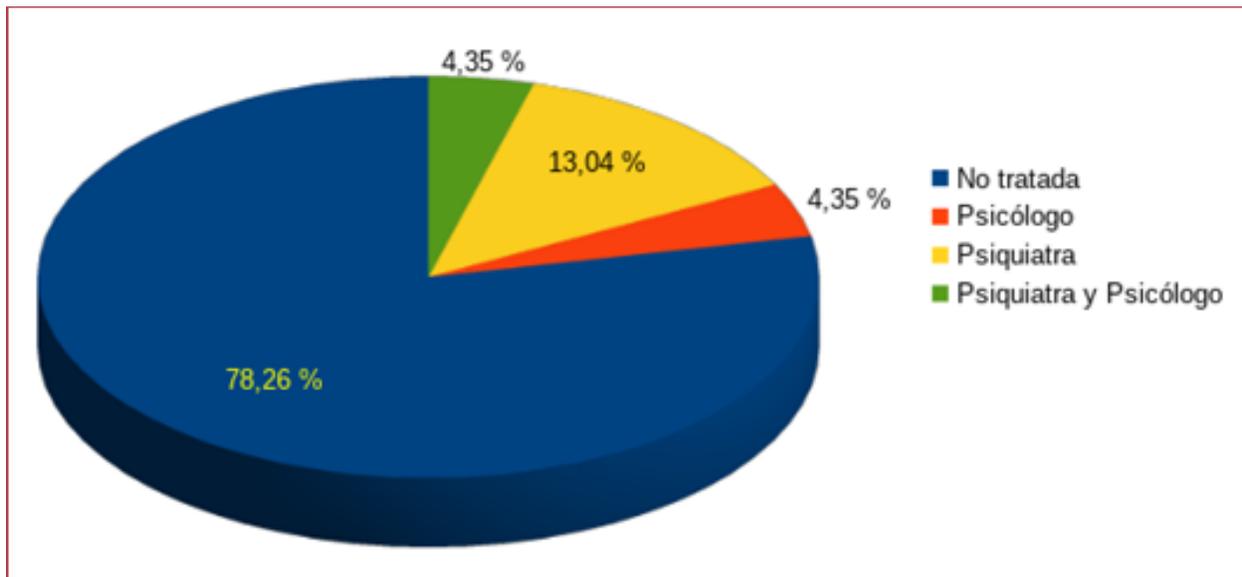
### 9.1.5. Distribución en relación con los tratamientos previos

La Figura 20 presenta la distribución de las mujeres participantes en la investigación en relación con los tratamientos previos que recibieron por parte de especialistas en salud mental. Se puede observar que el 78.26% (18) de las mujeres que formaron parte del estudio no habían sido tratadas anteriormente por ningún profesional en este campo. Esto indica que una gran proporción de las participantes no había recibido atención en temas de salud mental antes de la intervención.

En contraste, el resto de las mujeres en el estudio, en algún momento de sus vidas, fueron parte de algún proceso clínico relacionado con la salud mental. Dentro de este grupo, el 13.04% (3) de las mujeres visitó a psiquiatras para recibir tratamiento.

Por otro lado, un 4.35% (1) de las mujeres asistió a consultas con ambos profesionales, psiquiatras y psicólogos, lo que sugiere que buscaron una atención más integral en cuanto a su salud mental. Finalmente, otro 4.35% (1) de las mujeres acudió únicamente a psicólogos para recibir tratamiento.

Figura 20. Mujeres tratadas previamente por profesionales de la salud mental

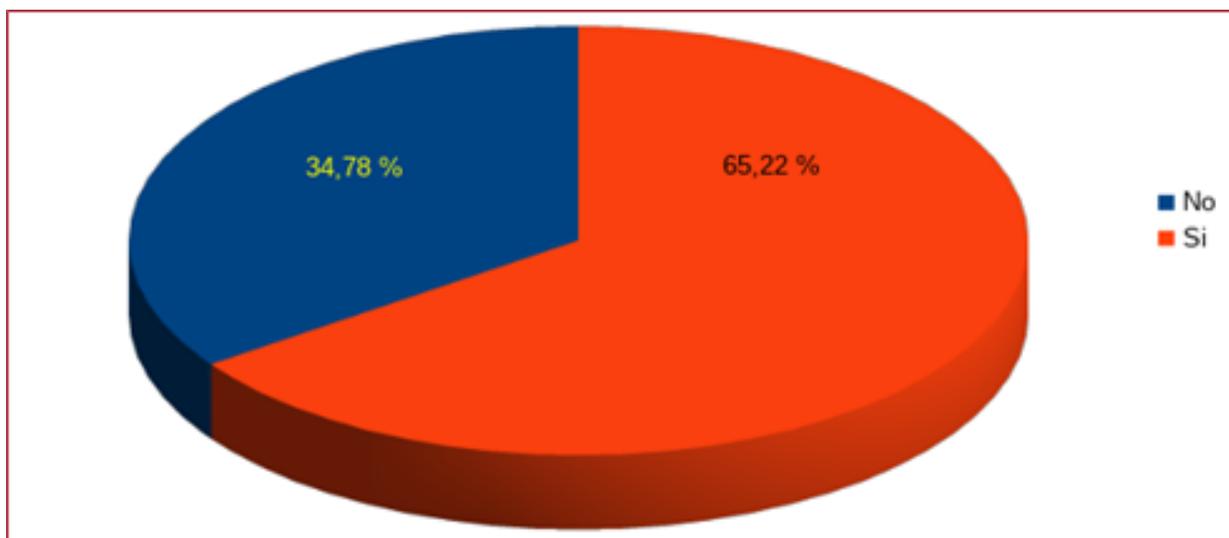


Nota: elaboración propia.

### 9.1.6. Distribución en relación con la disposición asistir a un centro médico para tratar la patología ansiosa

La Figura 21 muestra la distribución de las mujeres participantes en la investigación en función de si asistieron o no a un centro de salud para abordar sus problemas de salud mental. Se puede observar que el 65.22% (15) de las mujeres mencionó haber acudido a un centro médico, lo que demuestra un claro interés en buscar ayuda para tratar los signos y síntomas relacionados con la ansiedad y otros trastornos de salud mental. Por otro lado, el 34.78% (8) de las mujeres en el estudio no había asistido a ningún centro médico como medida para tratar el trastorno de ansiedad o síntomas relacionados. Este dato sugiere que una proporción considerable de las participantes no había buscado atención médica para abordar sus problemas de salud mental previamente. En resumen, la Figura 21 ilustra la proporción de mujeres que buscaron atención médica en un centro de salud para tratar sus problemas de salud mental frente a aquellas que no lo hicieron. La mayoría de las mujeres mostraron interés en abordar estos problemas, pero aún existe un porcentaje significativo que no había buscado ayuda médica antes de la intervención.

Figura 21. Porcentaje de mujeres que visitó, al menos una vez en un año, un centro de Salud para tratar su ansiedad

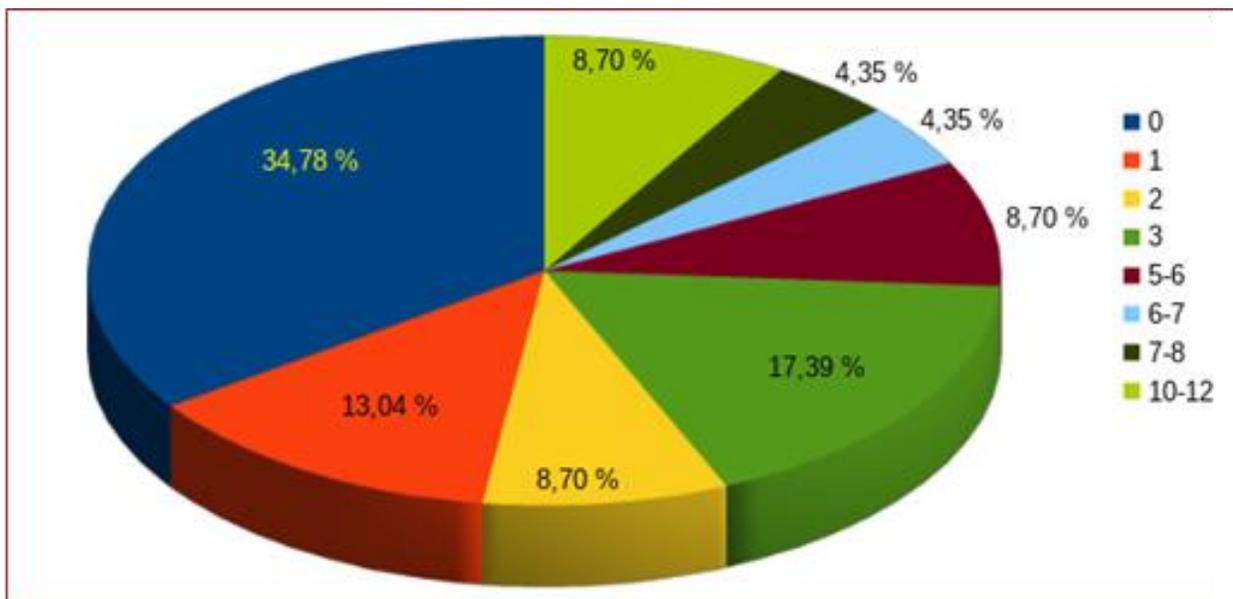


Nota: elaboración propia.

La Figura 22 presenta la distribución de las mujeres participantes en el estudio en función del número de visitas realizadas a centros de salud para tratar sus problemas de salud mental. Como puede verse, el 34.78% (8) de las mujeres no realizó ninguna visita. En contraste, el 17.39% (4) de las pacientes decidió realizar 3 visitas al año, siendo este el segundo grupo más grande en cuanto al número de visitas. El porcentaje más alto con un 13.04% (3), en orden decreciente, corresponde a las pacientes que llevaron a cabo el tratamiento en una sola ocasión.

Con el mismo porcentaje de 8.70% (6), se encuentran los grupos de pacientes que recurrieron al tratamiento 2, 5-6 y 10-12 veces al año. Esto indica que algunas mujeres acudieron a centros de salud con una frecuencia variada, lo que sugiere una diversidad en la percepción de necesidad de atención médica para sus problemas de salud mental. Por último, el menor porcentaje, el 4.35% (2) de pacientes, corresponde a aquellos que visitaron centros médicos entre 6-7 y 7-8 veces en el año. En general, estos datos reflejan la variedad en el número de visitas realizadas por las mujeres participantes en el estudio, lo que indica diferencias en la búsqueda de atención médica y el seguimiento de sus problemas de salud mental.

Figura 22. Visitas a centros de atención primaria por ansiedad en el último año (2020-2021)



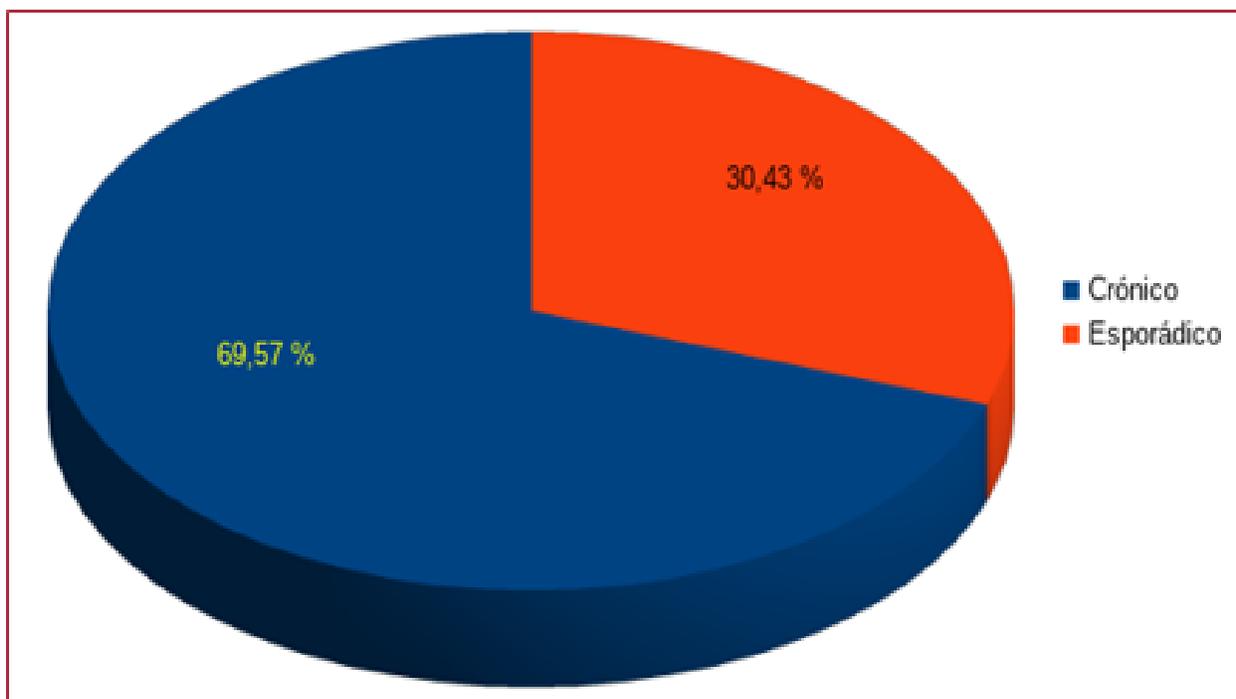
Nota: elaboración propia.

La Figura 23 muestra la distribución de las mujeres participantes en el estudio en función del tipo de tratamiento de salud mental que recibieron. De acuerdo con los datos presentados, el 69.57% (16) de las mujeres evaluadas tenía registros de haber recibido un tratamiento de salud mental crónico. Esto indica que la mayoría de las participantes había sido sometida a tratamientos a largo plazo para abordar sus problemas de salud mental.

Por otro lado, el 30.43% (7) de las mujeres había recibido tratamientos de forma esporádica. Estas mujeres no seguían un tratamiento continuo y recurrían a intervenciones puntuales para abordar sus problemas de salud mental.

En resumen, la Figura 23 ilustra la distribución de las mujeres en función del tipo de tratamiento de salud mental implementado. La mayoría de las participantes recibía tratamientos crónicos, mientras que un porcentaje menor optaba por tratamientos esporádicos. Esto refleja la diversidad en las estrategias y enfoques de tratamiento adoptados por las mujeres en el estudio para enfrentar sus problemas de salud mental.

Figura 23. Tipo de tratamiento implementado



Nota: elaboración propia.

### 9.1.7. Distribución en relación con la preferencia de terapias

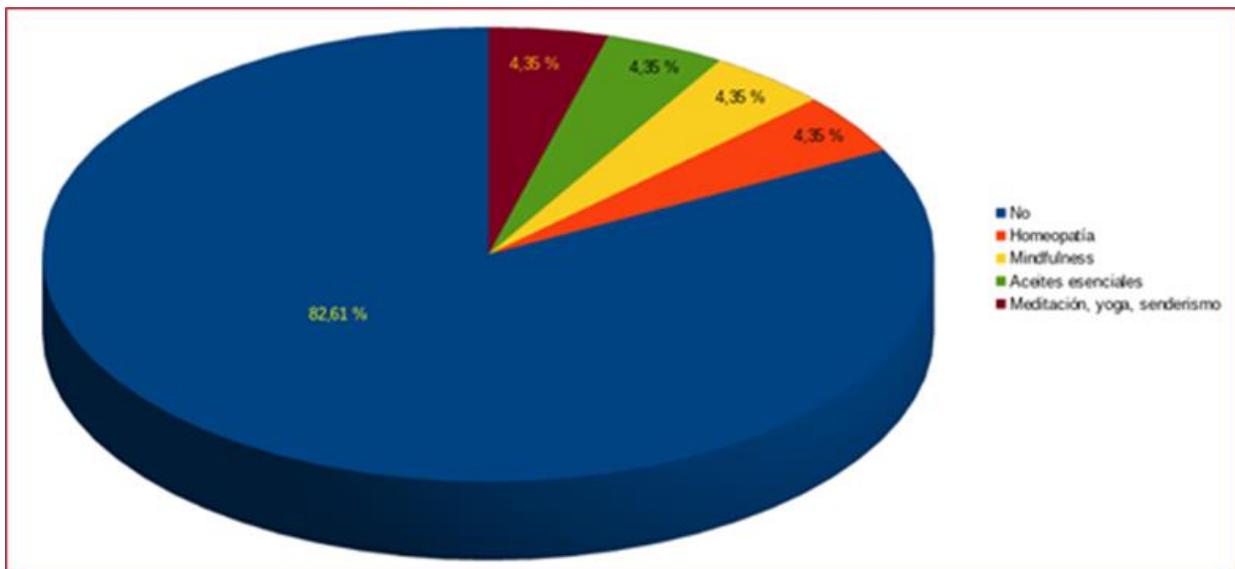
La Figura 24 muestra la distribución de las pacientes que habían practicado terapias no farmacológicas en el estudio, detallando las diferentes opciones empleadas. De acuerdo con la información proporcionada, el 82.61% (19) de estas pacientes no registró el uso de ninguna terapia no farmacológica específica.

Esto sugiere que, aunque algunas mujeres habían recurrido a enfoques alternativos a los medicamentos, no todas habían seguido un tipo específico de terapia no farmacológica.

Sin embargo, en menor medida, pero con valores similares del 4.35% (4), se identificaron pacientes que emplearon diversas terapias no farmacológicas, incluyendo homeopatía, mindfulness, aceites esenciales, meditación, yoga y senderismo.

Estas terapias representan alternativas a los tratamientos convencionales y reflejan la diversidad de enfoques que algunas mujeres eligieron para enfrentar sus problemas de ansiedad.

Figura 24. Descripción del uso de otras terapias no farmacológica

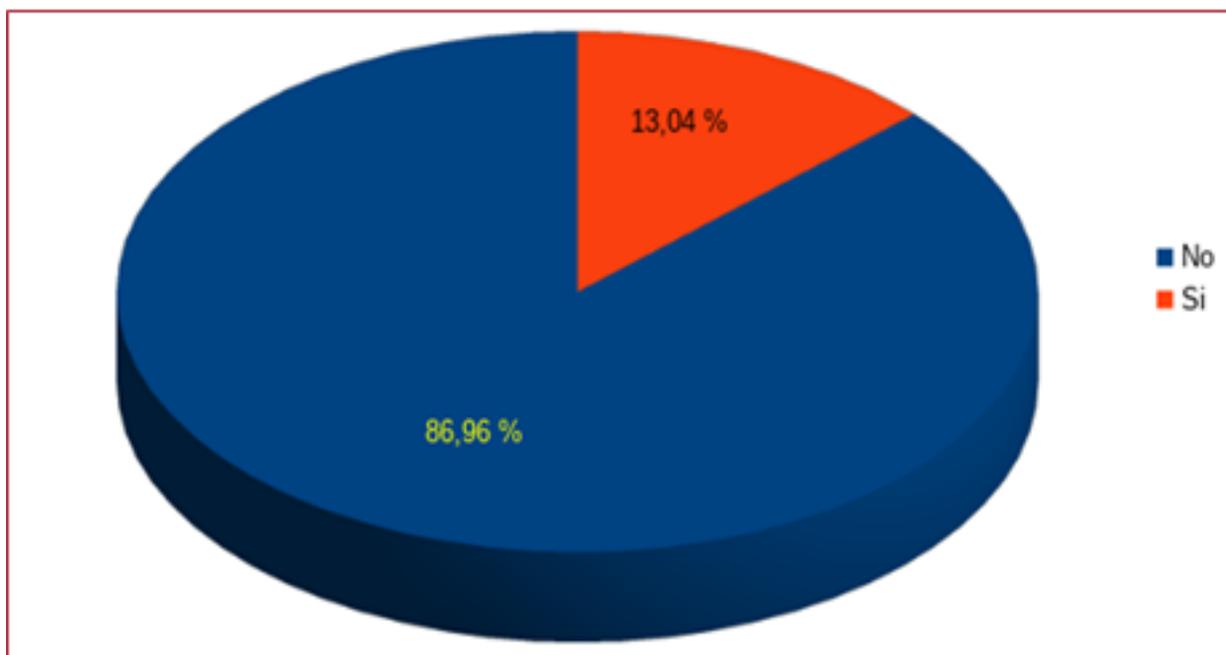


Nota: elaboración propia.

La Figura 25 presenta la distribución de las pacientes en relación con su experiencia previa en terapias grupales antes de la intervención. El gráfico refleja las experiencias previas de las mujeres en cuanto a la participación en tratamientos grupales para abordar sus problemas de ansiedad. Según los datos proporcionados, el 86.96% (20) de las pacientes no había sido parte de ningún tipo de tratamiento grupal previo a la intervención. Esto indica que la gran mayoría de las mujeres en el estudio no había experimentado terapias grupales antes de participar en la investigación. Por otro lado, únicamente el 13.04% (3) de las pacientes había realizado alguna terapia grupal previamente.

En resumen, la Figura 25 muestra la distribución de las pacientes en función de si habían realizado alguna terapia grupal previa a la intervención. La mayoría de las mujeres no había experimentado terapias grupales antes, mientras que un porcentaje menor había participado en este tipo de tratamiento con anterioridad.

Figura 25. Porcentaje por realización de terapia grupal previa



Nota: elaboración propia.

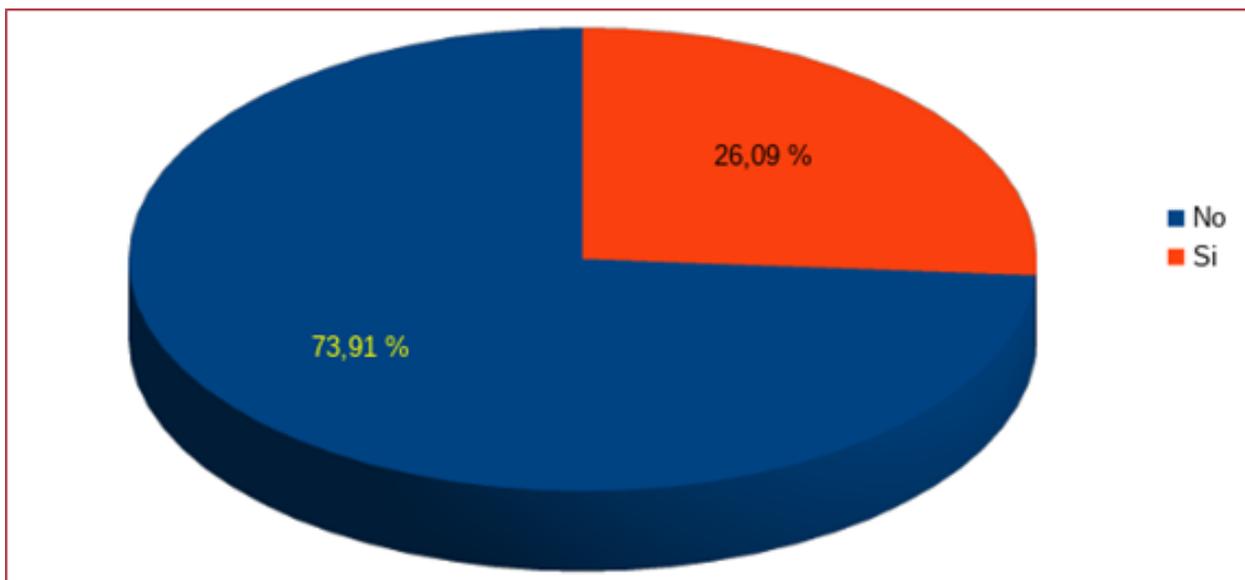
La Figura 26 ilustra la distribución de las pacientes en función de si habían realizado previamente terapias de relajación antes de la intervención. El gráfico proporciona información sobre las experiencias previas de las mujeres en cuanto a la práctica de técnicas de relajación para abordar sus problemas de ansiedad.

De acuerdo con los datos presentados, el 73.91% (17) de las pacientes no había realizado ninguna terapia de relajación previa. Esto indica que la mayoría de las mujeres en el estudio no había experimentado técnicas de relajación como parte de su tratamiento para la ansiedad antes de participar en la investigación.

Por otro lado, el 26.09% (6) de las pacientes sí había optado por técnicas de relajación en el pasado.

Como se puede ver, la mayoría no había experimentado estas técnicas antes, mientras que una proporción menor sí había incorporado terapias de relajación en su tratamiento previo. Este contexto es útil para comprender las experiencias y expectativas de las pacientes al ingresar al estudio.

Figura 26. Porcentaje sobre la realización de terapias previas de relajación

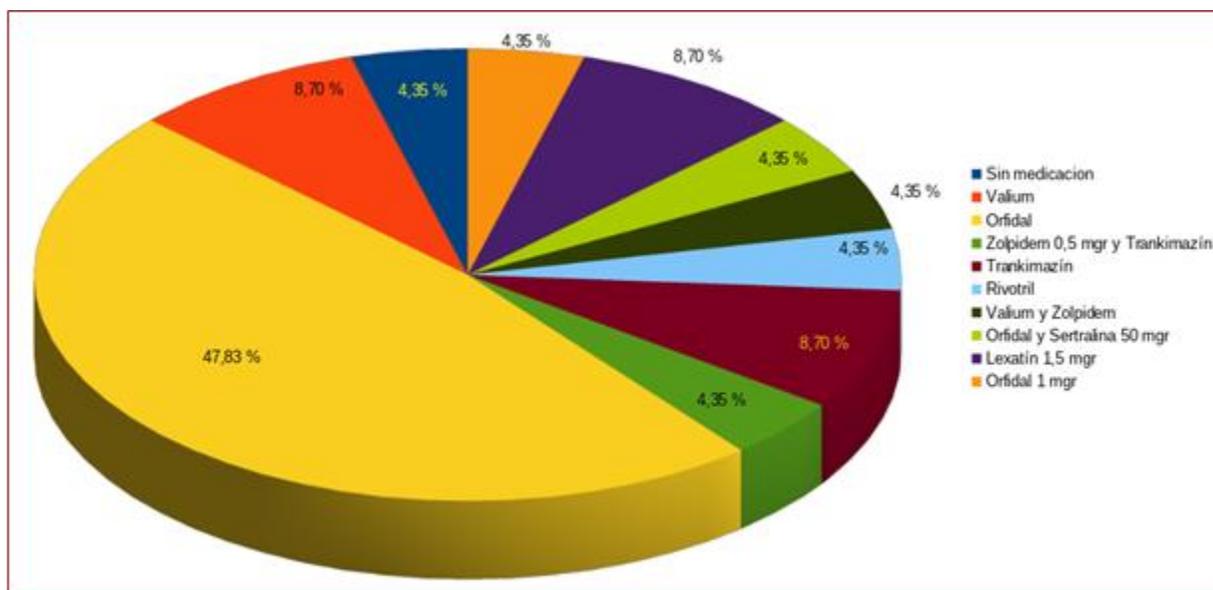


Nota: elaboración propia.

### 9.1.8. Distribución en relación con el tipo de medicación

La Figura 27 presenta la distribución del tipo de medicación que fue utilizada con mayor frecuencia por las mujeres que formaron parte de la investigación. El gráfico proporciona información sobre las preferencias de las pacientes en cuanto al uso de diferentes medicamentos para abordar sus problemas de ansiedad. Según los datos proporcionados, el 47.83% (11) de las mujeres mencionó que el consumo más regular era de Orfidal. Esto indica que Orfidal fue el medicamento más comúnmente utilizado por las pacientes en el estudio. Otros medicamentos como Valium, Lexatin 1.5 mg y Trankimazin se ubicaron en porcentajes iguales, con un 8.70% (6) de las mujeres reportando su uso. Estos fármacos también fueron opciones de tratamiento farmacológico populares entre las pacientes. Se encontró similitud en los promedios en tres combinaciones de medicamentos que fueron utilizadas por las participantes evaluadas: Orfidal de 1 mg, Zolpidem 0.5 mg y Trankimazin; Valium y Zolpidem; y Orfidal y Sertralina 50 mg. Cada una de estas combinaciones fue reportada por el 4.35% (5) de las mujeres. Por último, el 4.53% (1) de las mujeres evaluadas no tomaba ningún tipo de medicación.

Figura 27. Toma de otros fármacos recetados

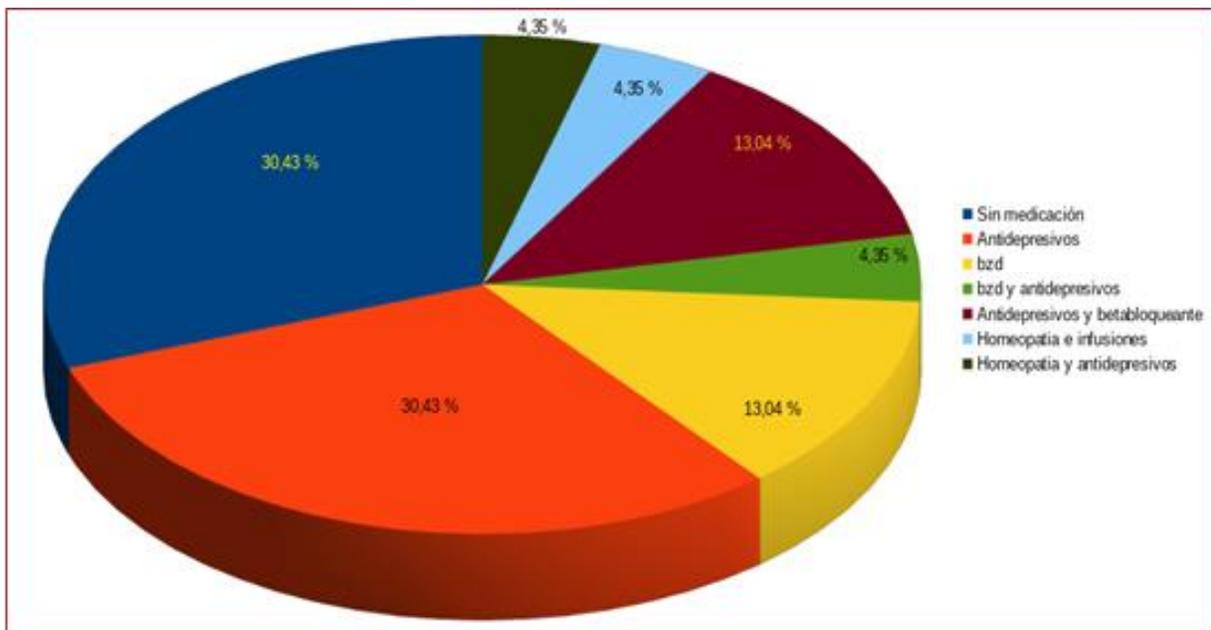


Nota: elaboración propia.

### 9.1.9. Proporción de mujeres que ingerían además otros medicamentos

La Figura 28 presenta la distribución de las mujeres en el estudio en relación con la ingesta de otros medicamentos además de las BZD. Según los datos proporcionados, el 30.43% (7) de las mujeres mencionó que no tomaban ningún otro medicamento, y el mismo porcentaje de mujeres con un 30.43% (7), tomaban antidepresivos. Por otro lado, el porcentaje de consumo de BZD y la combinación de antidepresivos y betabloqueantes fue el mismo, con un 13.04% (6) de las mujeres en el taller reportando el uso de estos medicamentos. Esto sugiere que tanto las BZD como los antidepresivos y betabloqueantes eran opciones de tratamiento farmacológico comunes entre las pacientes. Finalmente, se observaron resultados similares en el 4.35% (3) de las pacientes que consumían fármacos de tipo homeopatía e infusiones, homeopatía y antidepresivos, y la combinación de BZD y antidepresivos. Estos datos reflejan la variedad de enfoques farmacológicos utilizados por las mujeres en el estudio para abordar sus problemas de ansiedad.

Figura 28. Valoración de la toma de otros fármacos recetados



Nota: elaboración propia.

### 9.1.10. Distribución en relación con fecha de comienzo de la medicación

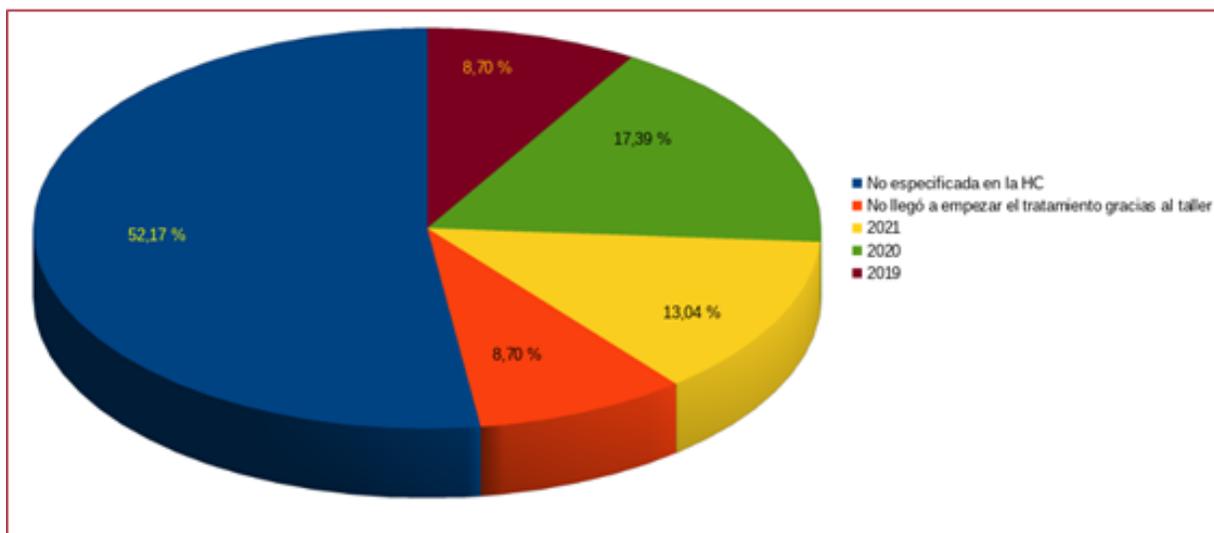
La Figura 29 muestra la distribución de las mujeres en función de la fecha de inicio de la medicación, proporcionando información sobre el momento en que las pacientes comenzaron a utilizar medicamentos para tratar sus problemas de ansiedad.

De acuerdo con los datos, el 52.17% (12) de las mujeres no tenía información sobre la medicación en su historial clínico de AP. Esto sugiere que una proporción significativa de las pacientes no tenía registros accesibles sobre cuándo comenzaron a tomar medicamentos para abordar sus problemas de ansiedad.

El 8.70% (2) de las mujeres manifestó que no llegó a comenzar ningún tratamiento farmacológico gracias al taller. Esto indica que el taller tuvo un impacto positivo en este grupo de pacientes, permitiéndoles abordar sus problemas de ansiedad sin recurrir a medicamentos.

En cuanto a las fechas específicas de inicio de la medicación, el 8.70% (2) de las mujeres comenzó en 2019, el 13.04% (3) en 2021 y el 17.39% (4) en 2020.

Figura 29. Porcentaje con base en la fecha de comienzo de la medicación antes del taller



Nota: elaboración propia.

**9.1.11. Distribución en relación con el consumo de estimulantes**

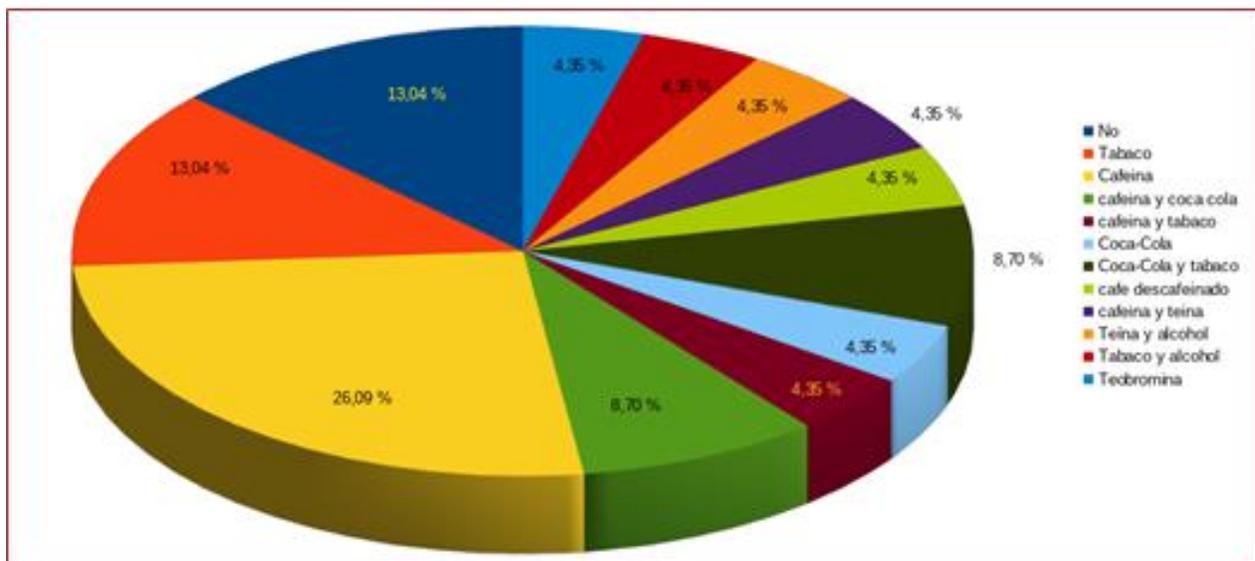
La Figura 30 ilustra la distribución del consumo de estimulantes entre las participantes evaluadas en el estudio. Se observa una variedad de hábitos de consumo relacionados con diferentes tipos de sustancias estimulantes.

Un 13.04% (3) de las mujeres informó que no tenían hábitos de consumo de estimulantes, lo que indica que este grupo no utilizaba productos que pudieran tener un efecto estimulante en su organismo. De manera similar, otro 13.04% (3) mencionó que consumían tabaco como un estimulante.

El consumo de cafeína fue el estimulante más comúnmente consumido por las mujeres en el estudio, con un 26.09% (6) de las participantes reportando su uso. Además, algunas mujeres mencionaron la combinación de Coca-Cola y tabaco con un 8.70% (2) como parte de su rutina diaria, y otro 8.70% (2) consumía cafeína y Coca-Cola juntas.

En cuanto a otras sustancias estimulantes, se encontró que un 4.35% de las mujeres consumían Teobromina, Tabaco y alcohol, Teína y alcohol, Cafeína y teína, cafeína y tabaco, café descafeinado o Coca-Cola (7).

Figura 30. Porcentaje acerca del consumo de estimulantes



Nota: elaboración propia.

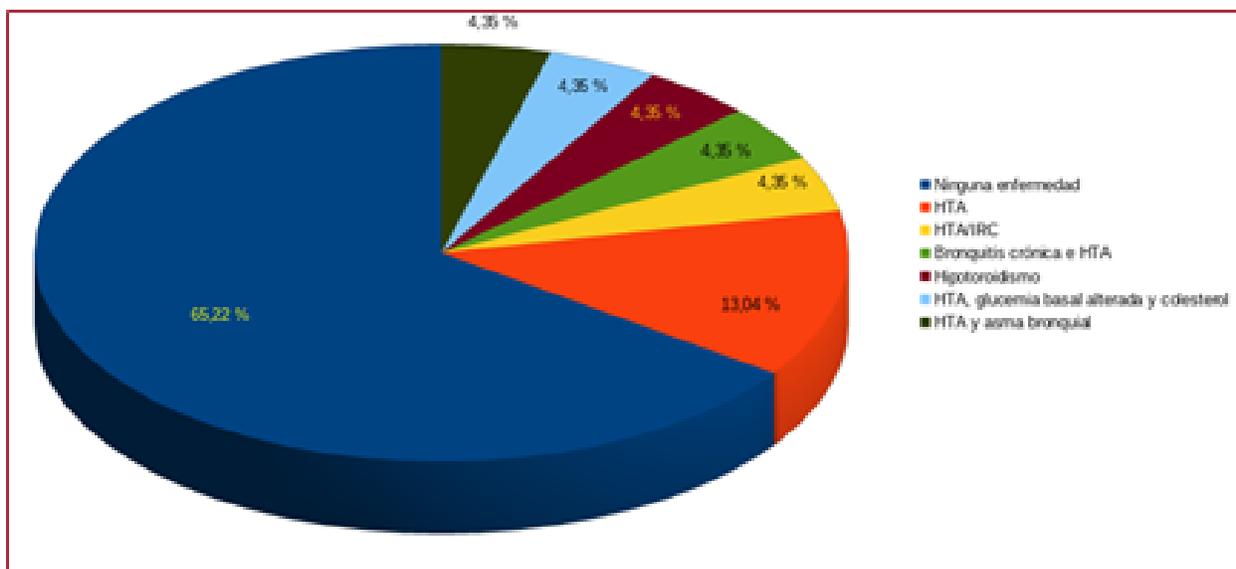
### 9.1.12. Distribución en relación con las enfermedades orgánicas

La Figura 31 muestra la distribución de enfermedades orgánicas entre las participantes evaluadas en el estudio. Se observa que un 65,22% (15) de las mujeres indicó no padecer ninguna enfermedad orgánica, lo que sugiere que la mayoría de las participantes gozaba de un estado de salud generalmente bueno en este aspecto.

Por otro lado, algunas mujeres reportaron padecer enfermedades orgánicas específicas. La hipertensión arterial (HTA) fue la enfermedad orgánica más comúnmente reportada, con un 13,04% (3) de las participantes afectadas.

Otras enfermedades orgánicas reportadas incluyeron la combinación de HTA e insuficiencia renal crónica (IRC), bronquitis crónica e HTA, hipotiroidismo, HTA con glucemia basal alterada y colesterol elevado, y HTA junto con asma bronquial. Cada una de estas condiciones fue reportada por un 4,35% (5) de las mujeres participantes en el estudio.

Figura 31. Porcentajes de otras enfermedades orgánicas



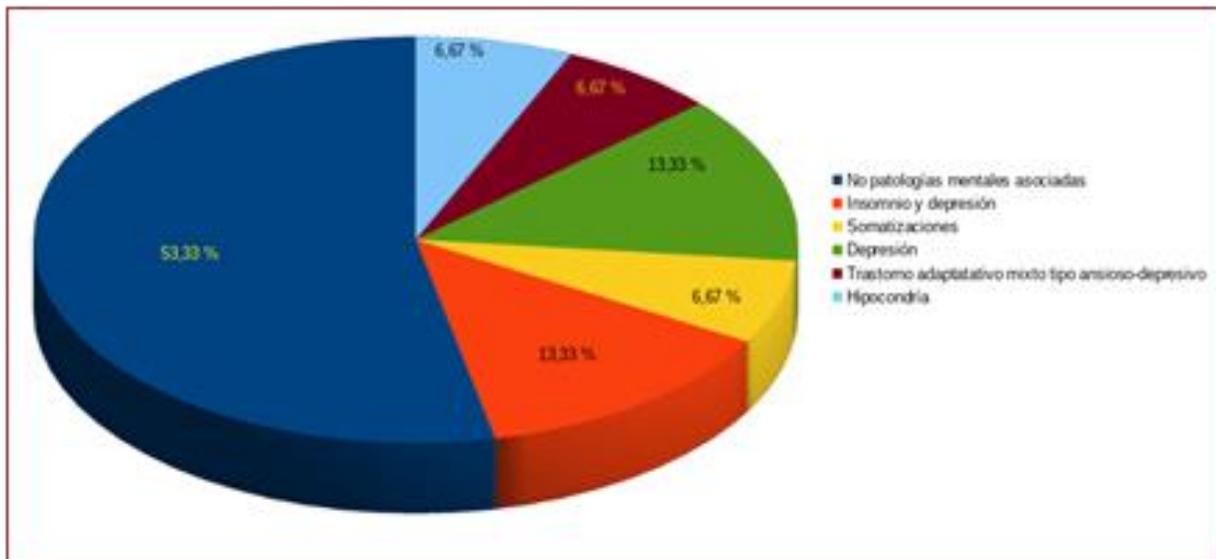
Nota: elaboración propia.

### 6.1.13. Distribución en relación con otras patologías mentales asociadas

La Figura 32 muestra la distribución de otras patologías mentales asociadas entre las mujeres participantes del estudio. El 53,33% (8) de las participantes no presentó ninguna de estas patologías mentales adicionales, lo que indica que más de la mitad de las mujeres no experimentaron problemas de salud mental más allá de la ansiedad.

Sin embargo, un 13,33% (4) de las mujeres evaluadas reportaron sufrir de dos patologías, específicamente insomnio y depresión, o sólo depresión. Además, un 6,67% (3) de las participantes manifestaron haber presentado otras patologías mentales en su historial médico, como hipocondría, trastorno adaptativo mixto tipo ansioso-depresivo y somatizaciones.

Figura 32. Porcentaje por la presencia de otras patologías mentales asociadas



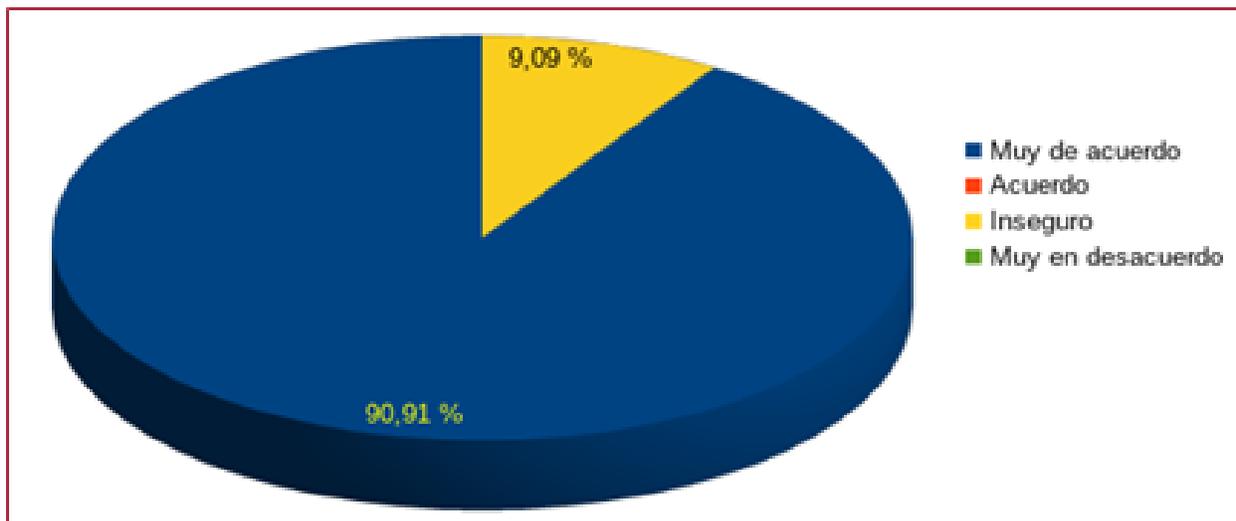
Nota: elaboración propia.

## **9.2. Resultados POST intervención**

Los resultados post intervención indican un alto nivel de aceptación del aprendizaje mediante la vía telemática por parte de las participantes. Según la Figura 33, el 90,91% (10) de las mujeres expresaron estar muy de acuerdo con este enfoque, lo que sugiere una fuerte preferencia por la modalidad telemática en el contexto de la intervención grupal psicoeducativa. Por otro lado, solo el 9,09% (1) de las participantes clasificaron el aprendizaje telemático como algo inseguro en el aprendizaje.

Esta alta aceptación y satisfacción con el enfoque telemático puede contribuir al éxito de futuras intervenciones similares y respalda la idea de que la telesalud puede ser una opción efectiva y viable para abordar problemas de salud mental como la ansiedad, especialmente en situaciones en las que el acceso a los servicios de atención presencial puede verse limitado, como durante la pandemia de COVID-19.

Figura 33. Utilidad del aprendizaje a través de la vía telemática



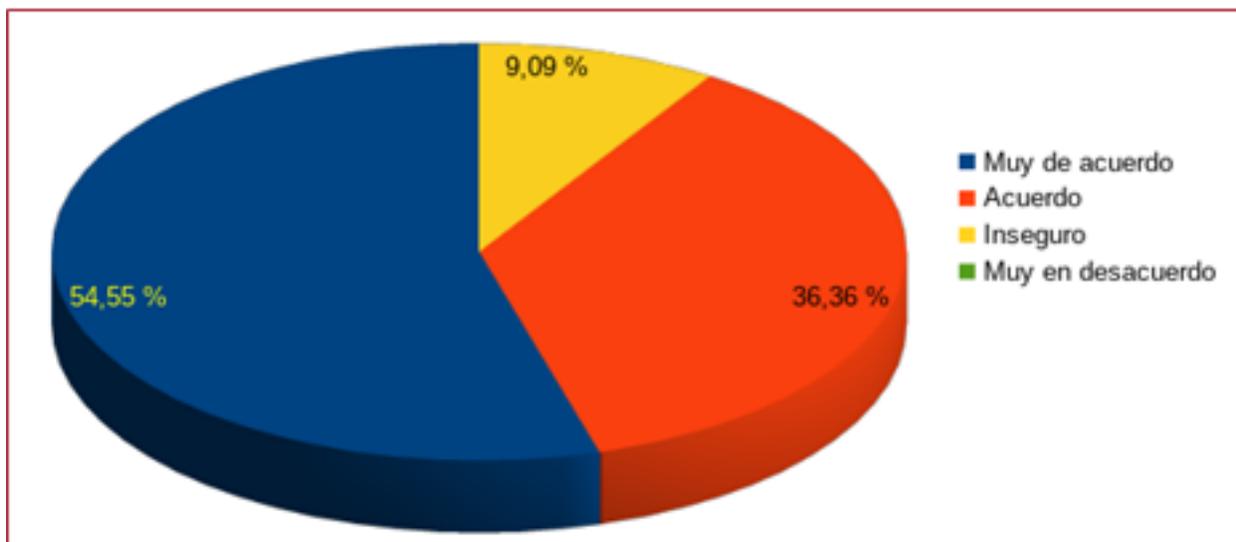
Nota: elaboración propia.

La Figura 34 muestra la percepción de las participantes sobre la efectividad de las técnicas de relajación realizadas por vía telemática a través de Zoom. La mayoría de las mujeres con un 54,55% (6) expresaron estar muy de acuerdo con la efectividad de estas técnicas, mientras que un 36,36% (4) estuvo simplemente de acuerdo. Sin embargo, un

9,09% (1) de las participantes consideró que estas técnicas eran inseguras cuando se aplicaban a través de la plataforma Zoom.

En general, estos resultados sugieren que la mayoría de las participantes encontraron efectivas las técnicas de relajación cuando se aplicaron mediante la vía telemática a través de Zoom en el contexto de la intervención grupal psicoeducativa. Aunque un pequeño porcentaje de mujeres expresó inseguridad con respecto a la plataforma, la percepción general fue positiva. Esto respalda la idea de que las intervenciones de salud mental que utilizan tecnologías telemáticas, como Zoom, pueden ser eficaces y bien aceptadas por los participantes, especialmente cuando las circunstancias requieren la implementación de servicios remotos.

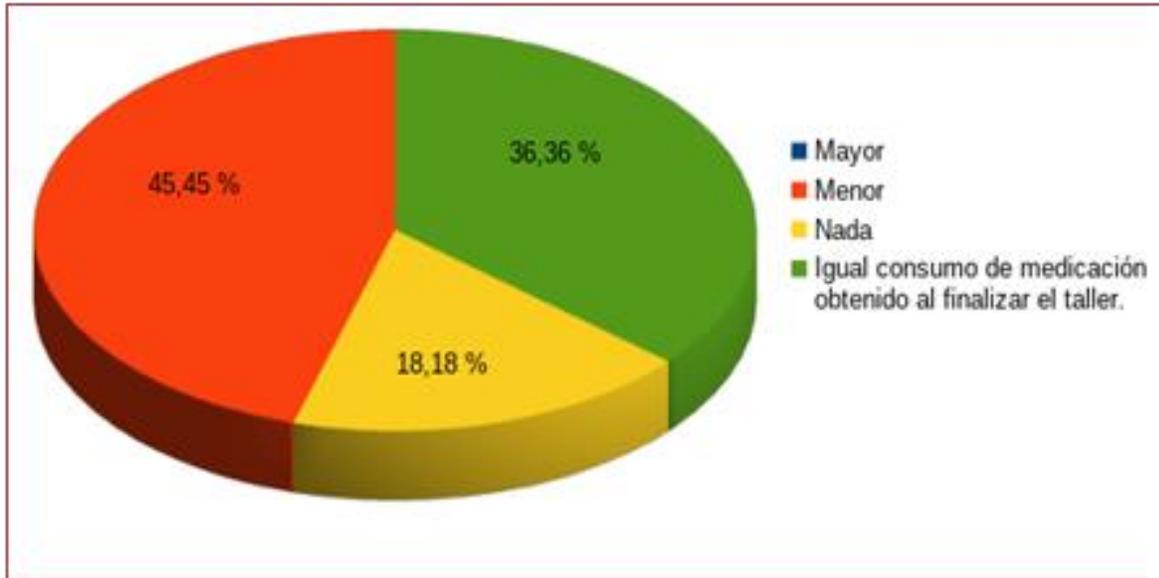
Figura 34. Efectividad de las técnicas de relajación realizadas por vía telemática a través de Zoom



Nota: elaboración propia.

Al medir el consumo de medicación una vez terminado el taller, en la figura 35 se observa el comportamiento en cuanto al impacto que tenía en las personas evaluadas, mencionándose que el 45,45% (5) comunicó tener un menor consumo, el 18,18% (2) expresó no tomar ningún tipo de medicación, y un 36,36% (4) manifestó que su consumo fue igual al finalizar el taller.

Figura 35. Consumo de medicación tras finalizar el taller

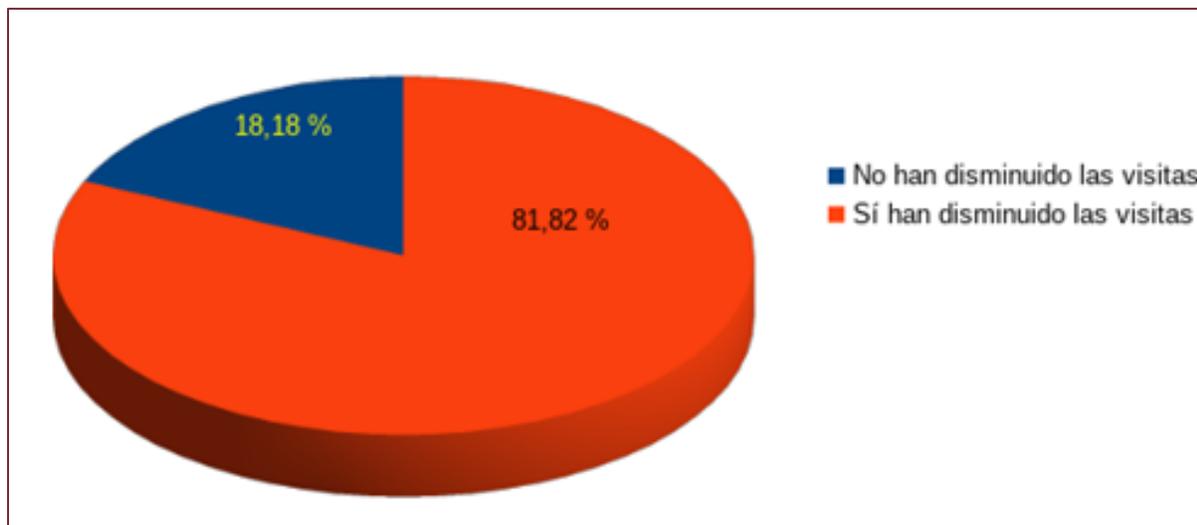


Nota: elaboración propia.

### **9.3. Resultados obtenidos en el seguimiento de los 6 meses**

En la figura 36, se puede observar el efecto transcurrido 6 meses posterior a la realización del taller en cuanto a las visitas realizadas al centro de AP por casos de ansiedad en las mujeres evaluadas, notándose que solamente el 18,18% (2) continuó asistiendo. Estos resultados sugieren que el taller tuvo un impacto positivo en la reducción de las visitas al centro de atención primaria relacionadas con la ansiedad en la mayoría de las mujeres evaluadas. La disminución en la asistencia al centro de AP reflejada con el 81,82% (9) de las mujeres, podría ser indicativa de una mejora en el manejo de la ansiedad y una reducción de los síntomas, gracias a las habilidades y estrategias adquiridas durante el taller.

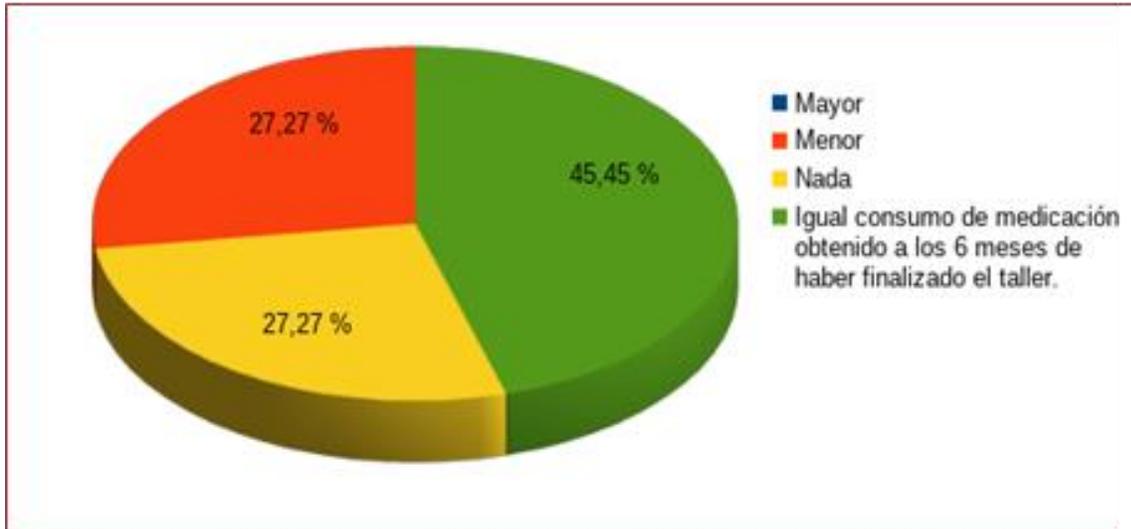
Figura 36. Porcentaje sobre la disminución del número de visitas al centro de atención primaria por ansiedad a los 6 meses de finalizado el taller.



Nota: elaboración propia.

En cuanto al consumo de medicación a los seis meses finalizado el taller, en la figura 37 se puede observar que el 45,45% (5) mencionó que su consumo de medicación fue el mismo de al inicio del tratamiento, mientras que las pacientes que no consumieron nada se ubicaron en un 27,27% (3) y un 27,27% (3) bajó el consumo.

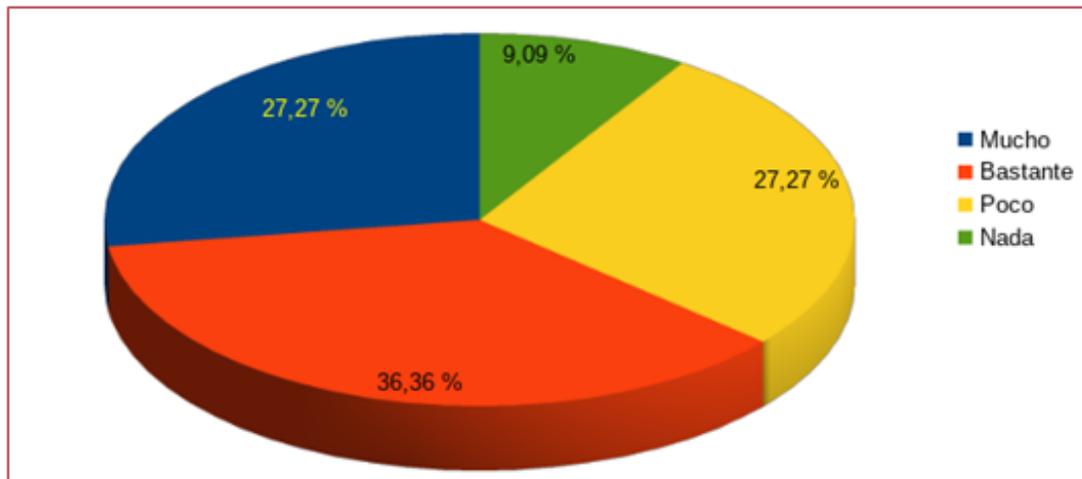
Figura 37. Porcentaje de consumo en la medicación a los seis meses de finalizado el taller.



Nota: elaboración propia.

En lo referente a la implementación de técnicas de relajación por parte de las pacientes como podemos observar en la figura 38, la mayoría siguió de manera frecuente practicando las técnicas de relajación en un 36,36% (4), mientras que la que no implementaron ningún tipo de técnicas fueron el 9,09% (1). Finalmente, con valores idénticos, se ubicaban las que poco uso daban de este mecanismo 27,27% (3) y las con mucha frecuencia si lo hacían 27,27% (3).

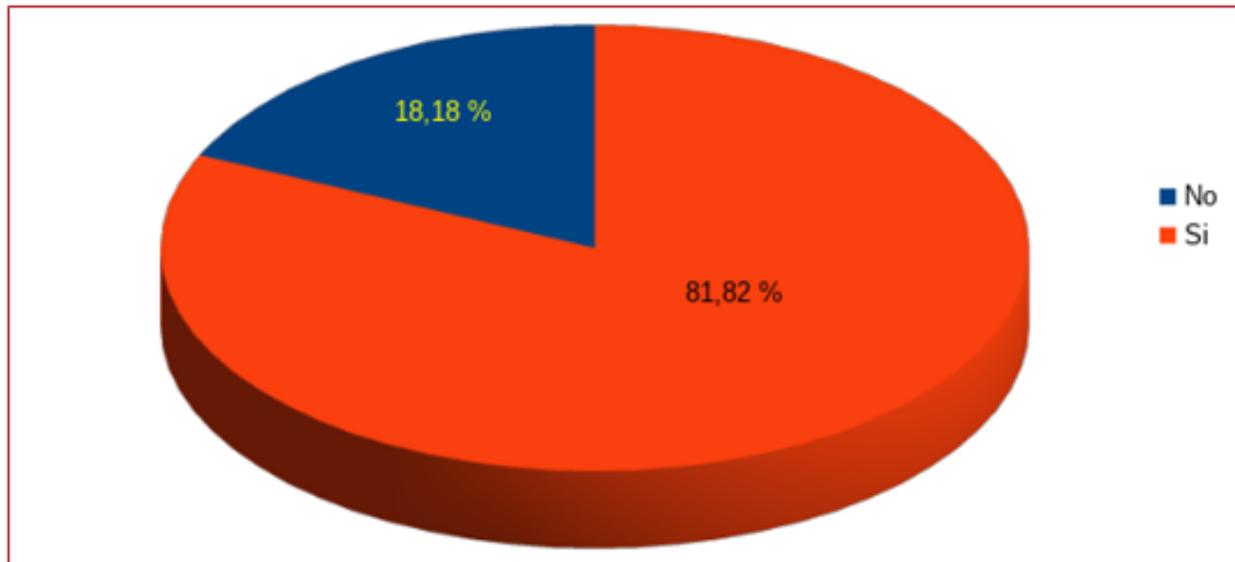
Figura 38. Uso de técnicas de relajación tras los 6 meses del taller



Nota: elaboración propia.

En la figura 39, se puede observar las respuestas de las pacientes a la pregunta sobre la mejora en la calidad de vida después de completar el taller, observándose que el 81,82% (9) de las pacientes evaluadas notaron una mejora, sin embargo, el 18,18% (2) mencionaron sentirse igual que al inicio del tratamiento.

Figura 39. Percepción de la mejora en la calidad de vida al completar el taller



Nota: elaboración propia.

#### **9.4. Diferencia de medidas entre los diferentes test**

##### **9.4.1. Caso de sujetos intervenidos:**

La primera parte del estudio estadístico es “la diferencia de medidas entre los diferentes test”, en la cual vamos a determinar si hay diferencias entre ellos. Primeramente, debemos de estudiar cómo se distribuyen los datos, para saber qué test es el que mejor se ajusta a nuestros datos, y valorar así si hay diferencias. Lo primero es determinar si siguen una distribución normal.

Tomando como referencia el test STAI-E, para saber si la muestra sigue una distribución normal, se aplica el test de Shapiro-Wilks, siendo los resultados los siguientes:

Tabla 25. Para el test de STAI-E Pre tomando las medidas en percentiles

W = 0.92573, p	value = 0.3693
----------------	----------------

Nota: elaboración propia.

**Resultado:** Es una distribución normal.

Tabla 26. Resultados para el test de STAI-E POST tomando las medidas en percentiles

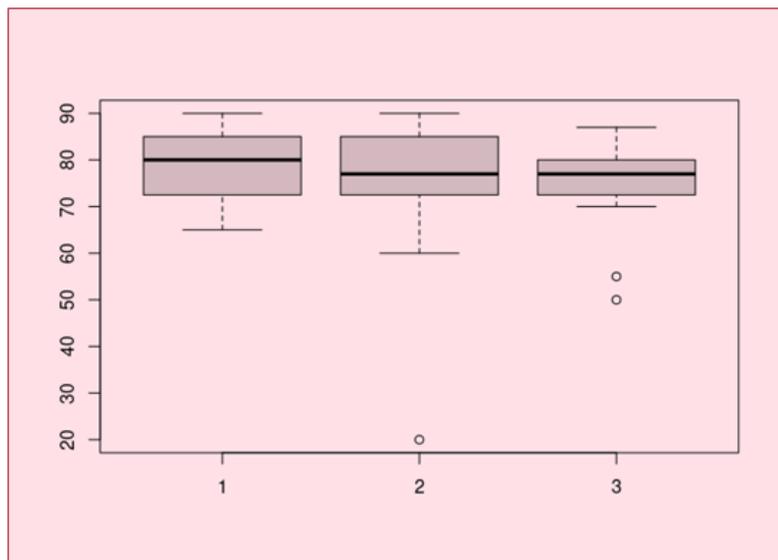
W = 0.74606, p	value = 0.001846
----------------	------------------

Nota: elaboración propia.

**Resultado:** No es normal

Ahora, vamos a determinar si hay valores extremos en nuestros datos. Para el test de STAI-E 6 Meses tomando las medidas en percentiles, observamos que hay casos extremos como se aprecia en el gráfico Boxplot, 1 representa PRE 2 el POST y 3 los 6 Meses:

Figura 40. Valores del test STAI-E 6 Meses



Nota: elaboración propia.

**Resultado:** Utilizando para ello la prueba de los rangos con signo de Wilcoxon.

A continuación, vamos a determinar si cumplimos los prerequisites, estudiando en primer lugar cómo se distribuyen nuestros resultados sobre la mediana.

En este cuadro resumen se observa un sumario de estas 3 variables. Median=Mediana, Mean=media, 1st Qu=Primer cuartil).

Tabla 27. Distribución sobre la mediana PRE tratamiento

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
65.00	72.50	80.00	78.82	85.00	90.00

Nota: elaboración propia.

Tabla 28. Distribución sobre la mediana POST tratamiento

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
20.00	72.50	77.00	73.27	85.00	90.00

Nota: elaboración propia.

Tabla 29. Distribución sobre la mediana a los 6 meses del tratamiento

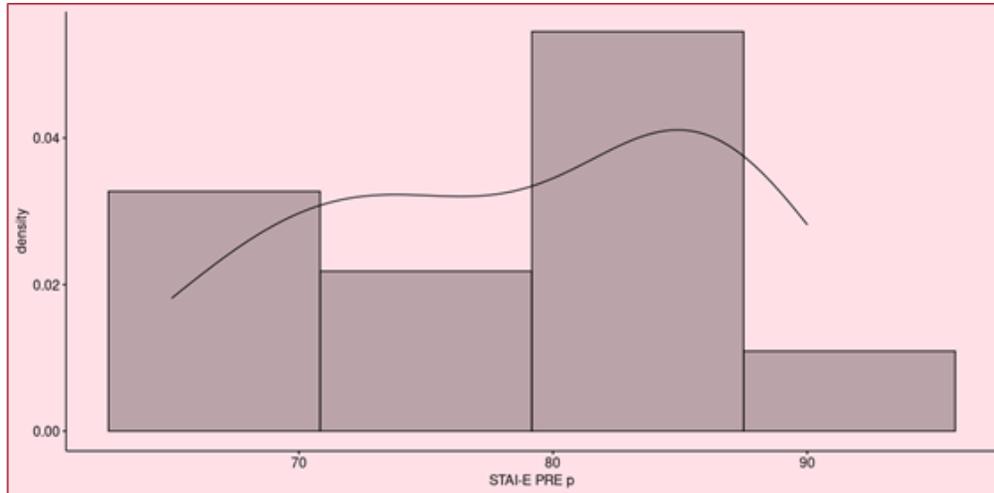
Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
50.00	72.50	77.00	74.36	80.00	87.00

Nota: elaboración propia.

Se comprueba que, si se distribuyen alrededor de la mediana, requisito para poder aplicar la prueba.

**Para PRE**

Figura 41. Distribución alrededor de la mediana para el test de STAI-E PRE

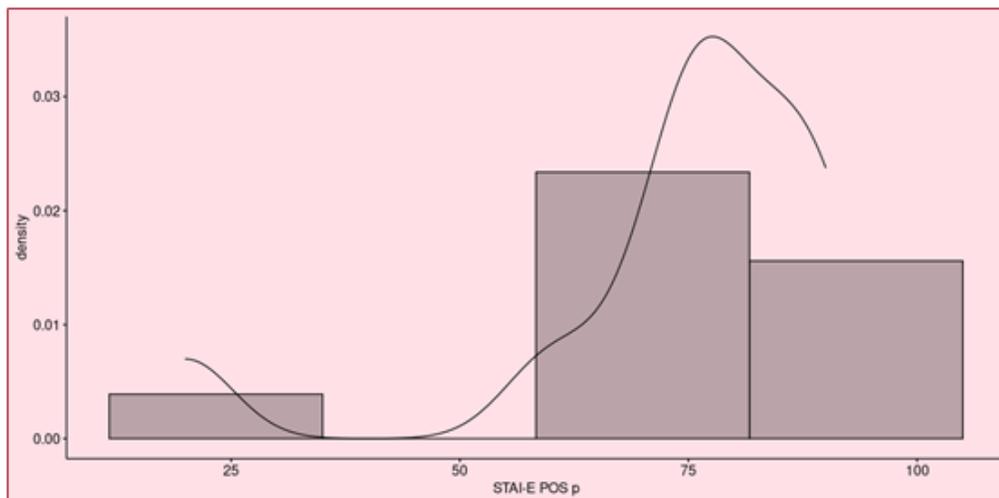


Nota: elaboración propia.

**Resultado:** No se distribuye simétricamente sobre la mediana.

**Para POST**

Figura 42. Distribución alrededor de la mediana para el test de STAI-E POST

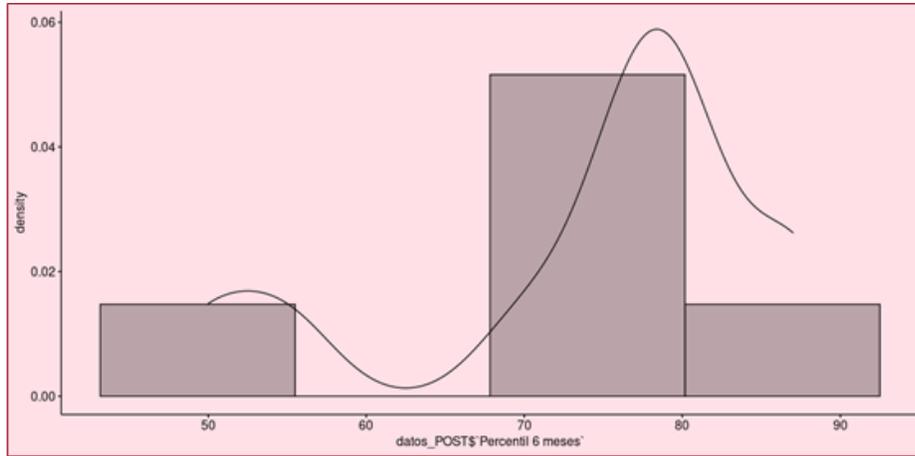


Nota: elaboración propia.

**Resultado:** No se distribuye

**Para 6 Meses**

Figura 43. Distribución alrededor de la mediana para el test de STAI-E 6 Meses



Nota: elaboración propia.

**Resultado:** No se distribuye

En este caso tampoco es posible aplicar esta prueba, por lo cual, se decidió aplicar la prueba de los signos, ya que, no tiene ningún prerequisite, pero es una prueba menos potente. Aplicando la prueba de los signos, en todas las puntuaciones con STAI-E resultan en que las medianas de las diferencias son 0, es decir no hay diferencia entre las muestras por el tratamiento.

Para el test BWSQ, a fin de aplicar el test estadístico que indica si hay diferencias, se debe conocer si la muestra sigue la distribución normal, para ello se aplica el test de Shapiro-Wilks, siendo los resultados, los siguientes:

Tabla 30. Puntuaciones Pre para el BWSQ

W = 0.92342, p	value = 0.3481
----------------	----------------

Nota: elaboración propia.

Tabla 31. Puntuaciones Post para el BWSQ

W = 0.87118, p	value = 0.08028
----------------	-----------------

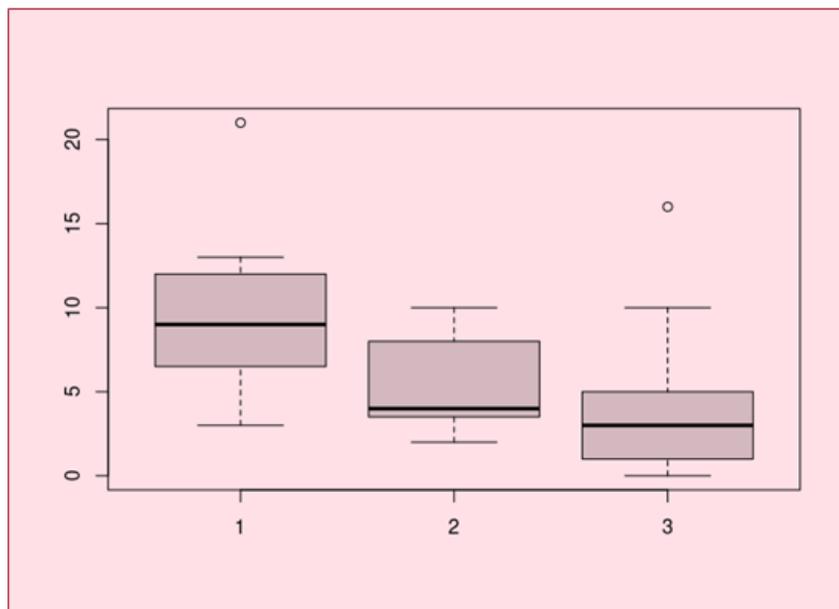
Nota: elaboración propia.

Tabla 32. Puntuaciones a los 6 Meses para el BWSQ

W = 0.80685, p	value = 0.01158
----------------	-----------------

Nota: elaboración propia.

Figura 44. Gráfico Boxplot



Nota: elaboración propia.

En el siguiente cuadro resumen se observa un sumario de estas 3 variables (Median=Mediana, Mean=media, 1st Qu.=Primer cuartil).

Tabla 33. Resultados PRE para el gráfico Boxplot

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
3.000	6.500	9.000	9.636	12.000	21.000

Nota: elaboración propia.

Tabla 34. Resultados POST para el gráfico Boxplot

Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
2.000	3.500	4.000	5.455	8.000	10.000

Nota: elaboración propia.

Tabla 35. Resultados a los 6 meses para el gráfico Boxplot

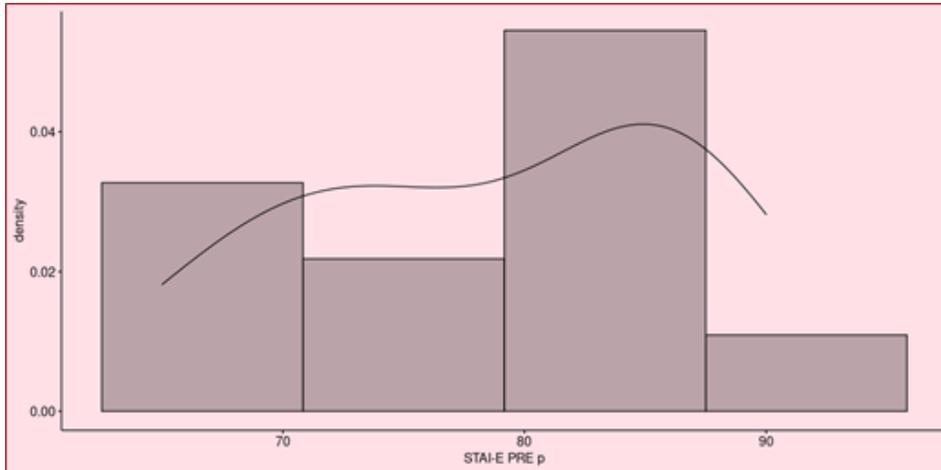
Min.	1st Qu.	Median	Mean	3rd Qu.	Max.
0.000	1.000	3.000	4.182	5.000	16.000

Nota: elaboración propia.

**Resultado:** Se comprueba si se distribuyen alrededor de la mediana, requisito para poder aplicar la prueba.

### **Para PRE**

Figura 45. Distribución alrededor de la mediana para el test BWSQ PRE

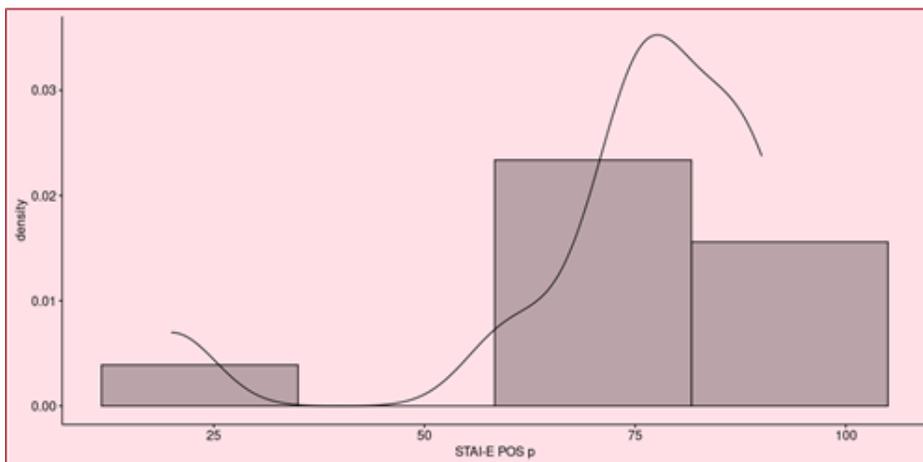


Nota: elaboración propia.

**Resultado:** No se distribuye simétricamente

### **POST**

Figura 46. Distribución alrededor de la mediana para el test BWSQ POST

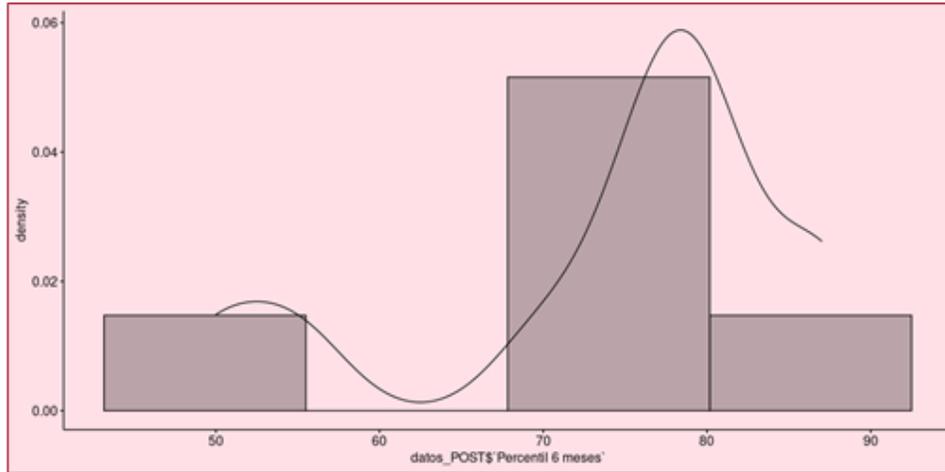


Nota: elaboración propia.

**Resultado:** No se distribuye simétricamente

### **6 meses**

Figura 47. Distribución alrededor de la mediana para el test BWSQ 6 Meses



Nota: elaboración propia.

**Resultado:** No se distribuye simétricamente

Aplicando la prueba de los signos, todas las puntuaciones con BWSQ para las fases POST y 6M, resultan en que las medianas de las diferencias son 0, es decir, no hay diferencia entre las muestras por el tratamiento en dichas fases, pero para la prueba entre PRE-POST y PRE-6 Meses, sí que sale significativa, por lo que, podemos afirmar que hay mejoría con el tratamiento proporcionado:

Tabla 36. Resultados de la prueba de los signos para el caso PRE y POST

.y.	group1	group2	n1	n2	statistic	p	p.signif
*	<chr><chr><chr>	<int><int>	<dbl><dbl>	<chr>			
1	weight POS	PRE11	11	2.5	0.00756	**	

Nota: elaboración propia.

**Resultado:** Si es significativo que haya diferencias entre los tratamientos

Tabla 37. Resultados de la prueba de los signos para el caso PRE y 6 Meses

.y.	group1	group2	n1	n2	statistic	p	p.signif
* <chr><chr><chr><int><int><dbl><dbl><chr>							
1	weightPRE	SM	11	11	66	0.00379	**

Nota: elaboración propia.

**Resultado:** Si es significativo que haya diferencias entre los tratamientos.

Podemos concluir con estos datos, que para las puntuaciones en los test de BWSQ, si hay mejora con el tratamiento. Observando las medias de cada test en las diferentes fases del tratamiento, observamos una media de  $8,52 \pm 4.75$  en las medidas del PRE test y para las medidas del POST test la media es de  $5,40 \pm 2.97$ . Observando estas dos medias, comprobamos que hay una diferencia de 3 puntos de mejora.

Por otro lado, vemos que la media a los 6 M es de  $4,80 \pm 4.69$  y, como se puede observar, la mejora producida con post es algo escasa, pero, este resultado si lo comparamos con el PRE test, sigue siendo alta, produciéndose casi 4 puntos de mejora.

### **9.5. Diferencia de medidas entre parámetros**

Una vez concluida la primera parte, vamos a comprobar la diferencia entre las visitas, mediante el Test de Mcnewar-Bowker, que nos dirá si la diferencia de medias es significativa. Para ello, primero construimos la tabla que nos permitirá estudiar si existe diferencia entre estos parámetros.

Comenzamos en primer lugar, centrándonos en el parámetro de la disminución del nº de visitas al Centro de Atención Primaria (CAP).

### 9.5.1. Resultados obtenidos en diferentes momentos de la intervención

Tabla 38. Disminución del número de visitas tras el tratamiento

<b><u>Después tratamiento</u></b>		
<b>Antes tratamiento</b>	<b>No visita</b>	<b>Si visita</b>
<b>No visita</b>	5	1
<b>Si visita</b>	4	1

Nota: elaboración propia.

Resultado de aplicar el test: McNemar's Chi-squared test with continuity correction  
 McNemar's chi-squared = 0.8, df = 1, p-value = 0.3711

**Resultado:** Aceptamos la H0 y concluimos que la proporción de personas que han mejorado después del tratamiento no es estadísticamente diferente. No se ve ninguna mejora con el tratamiento.

Tabla 39. Disminución del número de visitas al CS por ansiedad en los seis meses

<b><u>Después 6M</u></b>		
	<b>No</b>	<b>Si</b>
<b>No</b>	4	1
<b>Si</b>	5	1

Nota: elaboración propia.

McNemar's Chi-squared test with continuity correction McNemar's chi-squared =  
 0.8, df = 1, p-value = 0.3711

**Resultado de aplicar el test:** Obtuvimos el mismo resultado, es decir, se acepta H0 y concluimos que la proporción de personas que han mejorado después del tratamiento no es estadísticamente diferente, es decir, no se ve ninguna mejora con el tratamiento.

Tabla 40. Uso de las técnicas de relajación a los seis meses de la intervención

<u>Después 6M</u>		
Antes	Nada	Si
Nada	3	4
Si	1	3

Nota: elaboración propia.

McNemar's Chi-squared test with continuity correction McNemar's chi squared = 0.8, df = 1, p-value = 0.3711.

**Resultado de aplicar el test:** Poblaciones iguales, sin cambios, por lo que, no ha habido mejora en este aspecto del tratamiento.

Tabla 41. Consumo de BZD en los seis meses posteriores al taller

<u>Después 6M</u>		
Antes	Nada	Si
Nada	5	1
Si	1	4

Nota: elaboración propia.

McNemar's Chi-squared test with continuity correction McNemar's chi-squared = 0, df = 1, p-value = 1

**Resultado:** Poblaciones iguales, sin cambios producidos. Antes del tratamiento tenemos a una mujer sin medicación (otros fármacos recetados), el resto tomaba medicación.

A continuación, vamos a comparar los resultados obtenidos después del tratamiento y a los 6 meses.

Tabla 42. Resultados obtenidos después del tratamiento

<u>Después tratamiento</u>		
Antes	Nada	Si
Nada	1	0
Si	7	3

Nota: elaboración propia.

McNemar's Chi-squared test with continuity correction McNemar's chi-squared = 5.1429, df = 1, p-value = 0.02334

**Resultado:** Poblaciones NO iguales, ha habido cambios, demostrados en que ahora las mujeres toman menos medicación, ya que se observa una mejoría en su nivel de ansiedad, lo que hace que tomen menos medicación para ello.

Tabla 43. . Resultados obtenidos para los 6 meses

<u>Después 6 M</u>		
Antes	Nada	Si
Nada	1	0
Si	5	5

Nota: elaboración propia.

McNemar's Chi-squared test with continuity correction McNemar's chi-squared = 3.2, df = 1, p-value = 0.07364

**Resultado:** Se rechaza H0, obtenemos poblaciones iguales, sin cambios, es decir, están volviendo a consumir medicamentos tras los 6 meses de intervención, aunque siguen manteniendo un mínimo consumo de medicación ansiolítica, o no inicio de la misma.

### 9.5.2. Estudio de regresión múltiple: estudio de relación BWSQ pre y post con todas las variables, sin incluir variables a los 6 meses

Tabla 44. Desviaciones típicas: datos PRE

Edad	Puntuación STAI-E PRE	STAI-E PRE percentil (p)	STAI PRE decatipo (d)	STAI-E POST
15,55	4,63	9,69	0,74	7,70
STAI-E POST p	STAI-E POST d	Puntuación BWSQ	BWSQ POST	STAI-E 6M
19,15	1,19	4,75	2,97	6,72
STAI-E 6M p	STAI-E 6M d			
17,75	0,99			

Nota: elaboración propia.

Tabla 45. Desviaciones típicas: datos POST

Puntuación STAI-E 6M POST	Percentil 6M	Decatipo 6M	Puntuación BWSQ 6M POST	Disminución visitas CS por ansiedad
6,72	17,75	0,99	4,69	0,45
Nivel de ansiedad 6M POST	Consumo BZD 6M POST			
0,56	0,84			

Nota: elaboración propia.

Tabla 46. Medias: datos PRE

Edad	Puntuación STAI-E PRE	STAI-E PRE p	STAI PRE d	STAI-E POST
46.60	25.34	75.46	7.13	25.93
STAI-E POST p	STAI-E POST d	Puntuación BWSQ	BWSQ POST	STAI-E 6M
72,73	7,00	8,52	5,40	25,26
STAI-E 6M p	STAI-E 6M d			
71,53	6,86			

Nota: elaboración propia.

Tabla 47. Medias: datos POST

Puntuación STAI-E 6M POST	Percentil 6M	Decatipo 6M	Puntuación BWSQ 6M POST	Disminución visitas CS por ansiedad
25,26	71,53	6,86	4,80	0,73
Nivel de ansiedad 6M POST	Consumo BZD 6M POST			
0,20	1,00			

Nota: elaboración propia.

### 9.5.3. Estudio de regresión múltiple. Estudio de relación BWSQ pre y post con todas las variables, sin incluir variables a los 6 meses

Vamos a determinar para qué variables de las que representan el test BWSQ determinan mejor el perfil de los pacientes que van a recibir el tratamiento, para así, poder predecir la mejora producida en el paciente intervenido, y estimar puntuación que vamos a obtener en dicho test una vez finalizado nuestro tratamiento. Primero, vamos a nombrar las variables para simplificar su uso en los diferentes estudios estadísticos a aplicar:

PRE = BWSQ,

POS = `BWSQ POST`,

p01 = `CAP tratar ansiedad ult. Año`,

p02 = `Consumo estimulantes`,

p03 = `EDAD`,

p04 = `Fecha comienzo de medicación`,

p05 = `Grupo`,

p06 = `HARS CRIBADO`,

p07 = `Nivel estudios`,

p08 = `Otras enf. Orgánicas`,

p09 = `Otras patologías mentales`,

p10 = `Otras terapias`, p11 = `Otros farmacos`, p12 = `Relajación previa`, p13 =

`Resp. Sí: ¿Prof?`,

p14 = `Resp. Sí: ¿visitas?`,

p15 = `Situación laboral`,

p16 = `Terapia grupal previa`, p17 = `Terapia NO farm. si/no`, p18 = `Tiempo ansiedad`,

p19 = `Tipo medicación`,

p20 = `Tratada psic/psiq.`,

p21 = `Tto. Crónico/Esporádico`)

Se procede a determinar cuáles son las variables que conforman el modelo, mediante la técnica en la cual vamos introduciendo una a una en la variable, hasta que llegue un momento en el que no mejora el modelo, quedando de esta manera, el modelo final:

***Final Model:***

Tabla 48. Resultados obtenidos en el modelo final

1	10 9.272727e+01	25.449441	
2 + PRE	1 4.753619e+01	9 4.519108e+01	
19.543048			
3 + p02	1 1.947456e+01	8 2.571652e+01	Consumos estimulantes
15.341621			
4 + p10	1 1.462871e+01	7 1.108781e+01	Otras terapias
8.087456			
5 + p08	1 4.130569e+00	6 6.957236e+00	Otras enf. Orgánicas
4.960756			
6 + p05	1 2.854995e+00	5 4.102241e+00	Grupo
1.150019			
7 + p20	1 2.749506e+00	4 1.352734e+00	Tratada psic/psiq.
9.053440			
8 + p06	1 9.406368e-01	3 4.120975e-01	HARS CRIBADO
20.128296			
9 + p04	1 3.783499e-01	2 3.374759e-02	Fecha comienzo de medicación
45.654156			
10 + p14	1 3.344217e-02	1 3.054281e-04	Resp. Sí: ¿visitas?
95.408605			
11 + p01	1 3.054281e-04	0 0.000000e+00	CAP tratar ansiedad ult.Año
-Inf			

Nota: elaboración propia.

**Summary (modforw)**

Call: lm(formula = POS ~ PRE + p02 + p10 + p08 + p05 + p20 + p06 + p04 + p14 + p01, data = int\_ren).

Tabla 49. Otros resultados del modelo final

Estimate	Std.	Error	t value	Pr(> t )
(Intercept)	3.23113	NA	NA	NA
PRE	0.50476	NA	NA	NA
p02	-0.56968	NA	NA	NA
p10	1.56000	NA	NA	NA
p08	-0.33497	NA	NA	NA
p05	0.42104	NA	NA	NA
p20	1.93002	NA	NA	NA

Estimate	Std.	Error	t value	Pr(> t )
p06	-0.11088	NA	NA	NA
p04	-0.18063	NA	NA	NA
p14	-0.09005	NA	NA	NA
p01	0.03294	NA	NA	NA

Nota: elaboración propia.

#### 9.5.4. Técnica estadística de bootstrapping

Esto indica que hay más variables que observaciones y para poder estimar correctamente el error, se debe reducir variables del modelo. Basándonos en que nuestra población sigue una distribución normal y para calcular el modelo correcto utilizamos la técnica estadística de bootstrapping. Con esta técnica se consiguió multiplicar el número de casos, utilizando muestreo con reemplazamiento y lanzando el proceso durante 1000 veces. Esto da una muy buena aproximación al error estimado y a los valores cercanos a la población de los coeficientes calculados, ya que esta técnica nos permite obtener una aproximación muy real a nuestra población objetivo, permitiendo reducir el error del modelo y ajustarse más a la población.

Antes de aplicarla, tenemos que eliminar las dos últimas variables p14 y p01 que aportan muy poco valor predictivo al modelo y con eso se consigue más valores que variables en el modelo, que generarán valores correctos de su estimación real.

Tabla 50. Bootstrap Statistics

	Bootstrap Statistics		
t1*	2.67043078	-1.079065012	2.9235778
t2*	0.48649910	-0.034889782	0.5572024
t3*	-0.51513056	-0.001357598	0.7206444
t4*	1.27924871	0.089798156	2.1534768
t5*	-0.28431143	-0.248511609	1.5280849
t6*	0.62757233	0.396899967	2.0858250

	Bootstrap Statistics		
t7*	1.72413167	-0.274717540	3.2521823
t8*	-0.08814901	-0.043634737	0.2627016
t9*	-0.27761075	0.078543775	0.2803012

Nota: elaboración propia.

Signif. codes: 0 ‘\*\*\*’ 0.001 ‘\*\*’ 0.01 ‘\*’ 0.05 ‘.’ 0.1 ‘ ’ 1 Residual standard error: 0.1299 on 2 degrees of freedom Multiple R-squared: 0.9996, Adjusted R- squared: 0.9982 F- statistic: 686.7 on 8 and 2 DF, p-value: 0.001455.

Tabla 51. Estimaciones

Estimate	Std.	Error	t value	Pr(> t )
(Intercept)	2.67043078	0.25693875	10.393.258	0.009130959
PRE	0.48649910	0.02431538	20.007874	0.002488711
p02	- 0.51513056	0.02064346	-24.953691	0.001602086
p10	127.924.871	0.05247521	24.378155	0.001678432
p08	- 0.28431143	0.03574581	-7953699	0.015442242
p05	0.62757233	0.10671438	5880860	0.027718119
p20	1.72413167	0.12449179	13849360	0.005173212
p06	- 0.08814901	0.01000442	-8811005	0.012637332
p04	- 0.27761075	0.05862676	-4735223	0.041820607

Nota: elaboración propia.

El valor de la regresión se mide con el Valor de R ajustado, cuanto más cercano de 1 esté, mejor es nuestro modelo, y hemos obtenido un valor R ajustado de 0,9982 que es muy alto y representativo, por lo que este modelo explica casi por completo la relación entre las variables independientes con la dependiente. El estadístico F se rechaza la H0 y por tanto los coeficientes no son 0 para un Alpha < 0.01.

Se puede comprobar mediante los coeficientes, una relación en las puntuaciones de 2,67043 puntos, que es el valor del término independiente (no depende de ninguna variable) en esta ecuación, considerando todas las variables con valor 0. Este valor es próximo al que se estimaba, una mejora de 3 puntos.

Tabla 52. Resultados referentes al estudio de regresión PRE-POST

Estimate	Std.	Error	t value	Pr(> t )
(Intercept)	2.67043	0.25694	10.393	0.00913 **
PRE	0.48650	0.02432	20.008	0.00249 **
p02	-0.51513	0.02064	-24.954	0.00160 **
p10	1.27925	0.05248	24.378	0.00168 **
p08	-0.28431	0.03575	-7.954	0.01544 *
p05	0.62757	0.10671	5.881	0.02772 *
p20	1.72413	0.12449	13.849	0.00517 **
p06	-0.08815	0.01000	-8.811	0.01264 *
p04	-0.27761	0.05863	-4.735	0.04182 *

Nota: elaboración propia.

Así se deduce que, considerando los resultados referentes al estudio de regresión explicados anteriormente, es decir, el “PRE-POST”:

- Los resultados obtenidos del valor R ajustado en el primer estudio de regresión son  $r = 0.99$  y para el segundo estudio de regresión:  $r = 0.9999$ , lo cual es un valor óptimo, sobre todo el segundo resultado, para elaborar estudios futuros en los que se usen esas variables, y así los pacientes intervenidos, puedan mejorar con la intervención, y también podamos predecir la puntuación que obtendremos tras el tratamiento aplicado.
- Para el primer estudio “PRE-POST”, las 9 variables o características de regresión a considerar son: Consumo estimulantes, Otras terapias, Otras enf. Orgánicas, Grupo, Tratada psic/psiq., HARS CRIBADO, Fecha comienzo de medicación, Resp. Sí: ¿visitas?, CAP tratar ansiedad ult. Año.

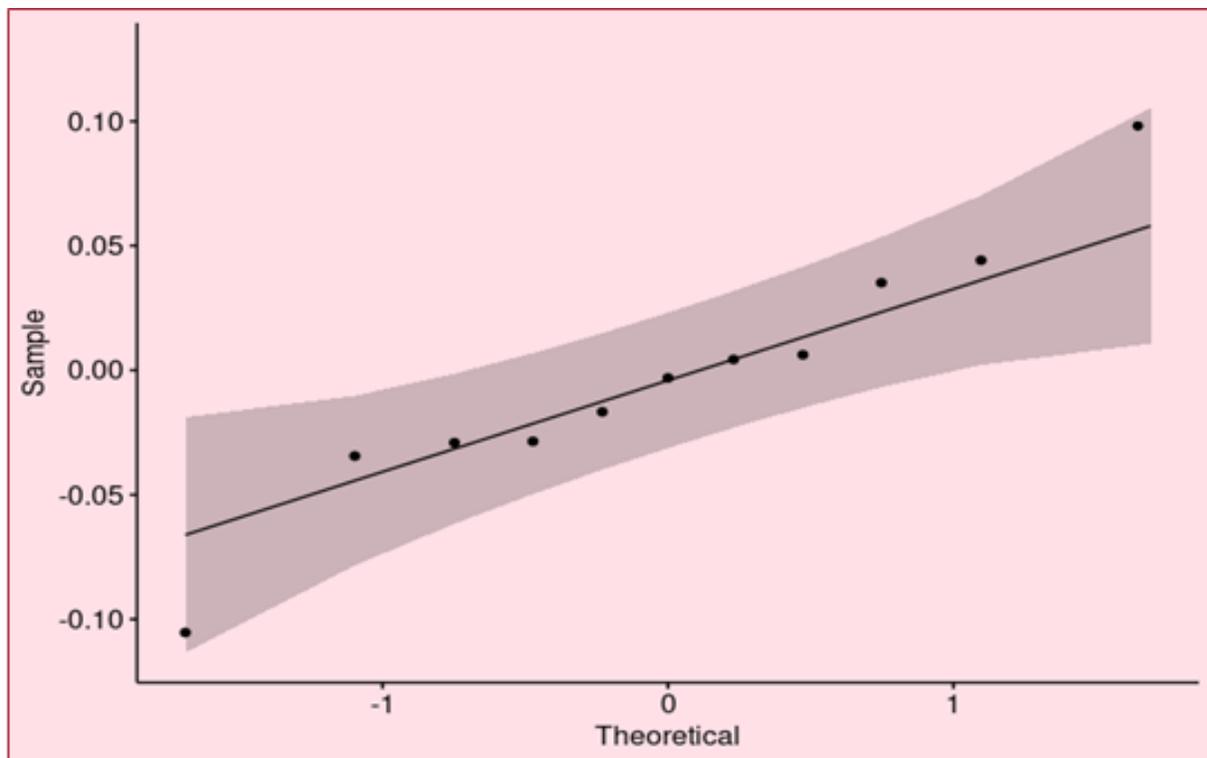
- Valorando las variables más significativas: comenzamos con la relación de P02 (Consumo estimulantes), la cual, tiene una relación negativa respecto la puntuación final del test, lo cual quiere decir, que el consumo de estimulantes afecta de manera doliente al resultado de la intervención.
- La relación de P10 (Otras terapias) es positiva en la puntuación final del test y su peso es importante, por lo que, el hecho de hacer otras terapias beneficia positivamente en la intervención.
- La relación de P08 (Otras enf. Orgánicas) es negativa en la puntuación final del test. El poseer otras enfermedades orgánicas perjudica en el desenlace de los resultados.
- La relación de P05 (Grupo) es positiva en la puntuación final del test, lo cual, nos demuestra relación entre la implicación, buena influencia y beneficencia entre los miembros del grupo y manifestada así en los resultados.
- La relación de P20 (Tratada psic/psiq.) es positiva en la puntuación final del test y su peso es grande, lo que nos reafirma, en que, un tratamiento previo psicológico o psiquiátrico, influye de manera eficaz tanto en las puntuaciones como en el rendimiento del grupo.
- La relación de P06 (HARS CRIBADO y la puntuación en dicho test) es negativa en la puntuación final del test, es decir, a mayor puntuación en el cribado HARS, da una probabilidad alta de que el tratamiento no le funcione.
- A la hora de realizar el cribado, además de utilizar el HARS con las variables obtenidas en nuestro estudio, nos servirá para poder encontrar a personas que cuenten con los requisitos que necesitamos para formar un grupo. Marcados previamente por las características de las variables, podremos obtener puntuaciones lo más cercanas posibles a los resultados que queremos obtener, lo que nos permitiría valorar en el cribado mediante dichas calificaciones, si la intervención funcionará o no en esa persona.
- La relación de P04 (Fecha comienzo de medicación) es negativa en la puntuación final del test. Una fecha anterior referente al inicio de medicación afecta negativamente en la intervención.

- Como conclusión y en relación a la interpretación de las variables obtenidas en el estudio PRE-POST, es que, al seleccionar a las personas con dichas variables, y si las cumplen, nos aseguramos de que podrán mejorar con la intervención dada, lo cual, también condiciona la puntuación que pueden obtener con el tratamiento, obteniéndose con ello buenos resultados en los test.

Para terminar de validar el modelo, se comprueban los supuestos de un modelo lineal, siguiendo los siguientes pasos:

1. Los residuos han de ser simétricos en su representación y seguir una distribución normal.
2. El gráfico Normal-QQ compara a los residuos estandarizados con una distribución normal teórica. Si se cumple el supuesto de normalidad de los residuos, los puntos deberían alinearse sobre la recta que corta el gráfico en 45°.

Figura 48. Normal-QQ que compara a los residuos estandarizados con una distribución normal teórica

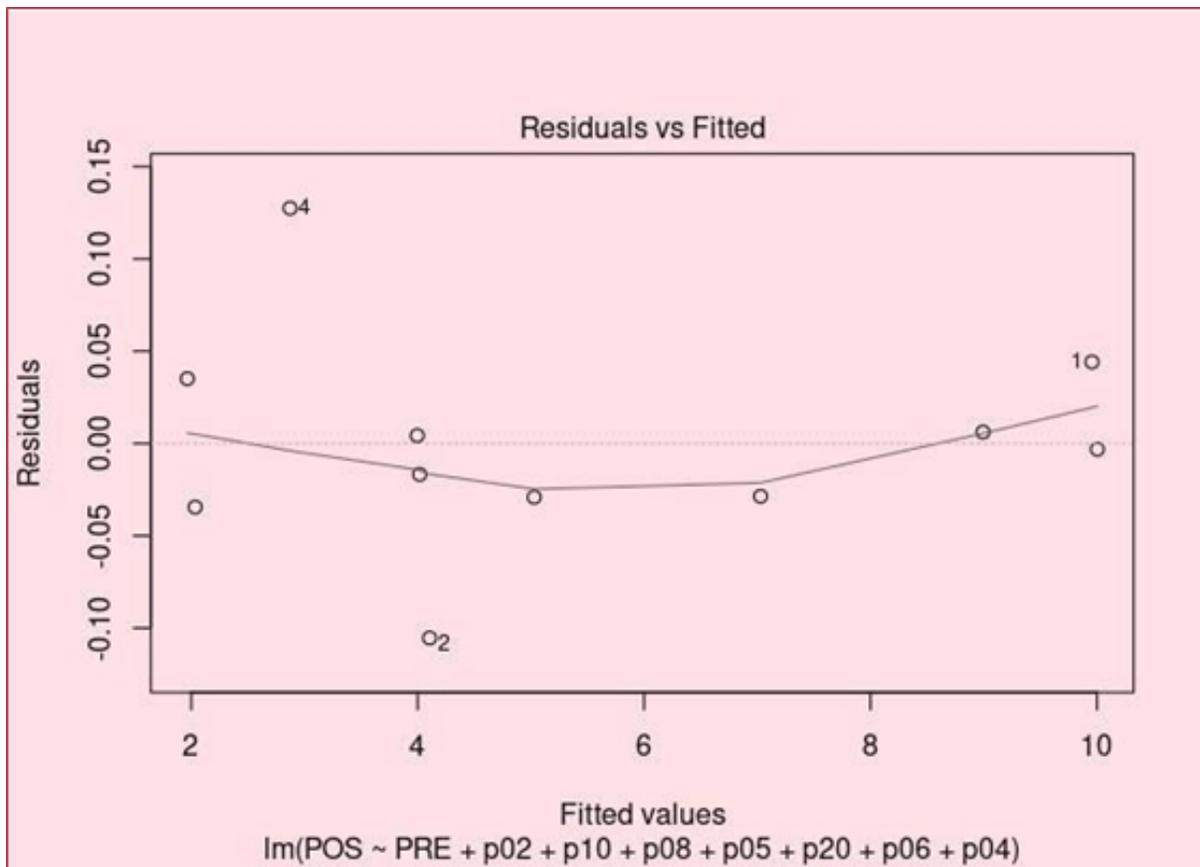


Nota: elaboración propia.

Los residuos siguen una tendencia normal, en cuanto a la distribución, es decir, los puntos se encuentran cerca de la recta, en la zona gris. Mediante la Linealidad, se verifica que las variables dependientes y la independiente están asociadas de manera lineal.

En el gráfico Residuals vs. Fitted, se observa que la curva de ajuste no es recta y horizontal, lo que señalaría que valores observados y residuos se distribuyen entre sí aleatoriamente. Por lo tanto, se confirma la linealidad del modelo.

Figura 49. Residuals vs. Fitted

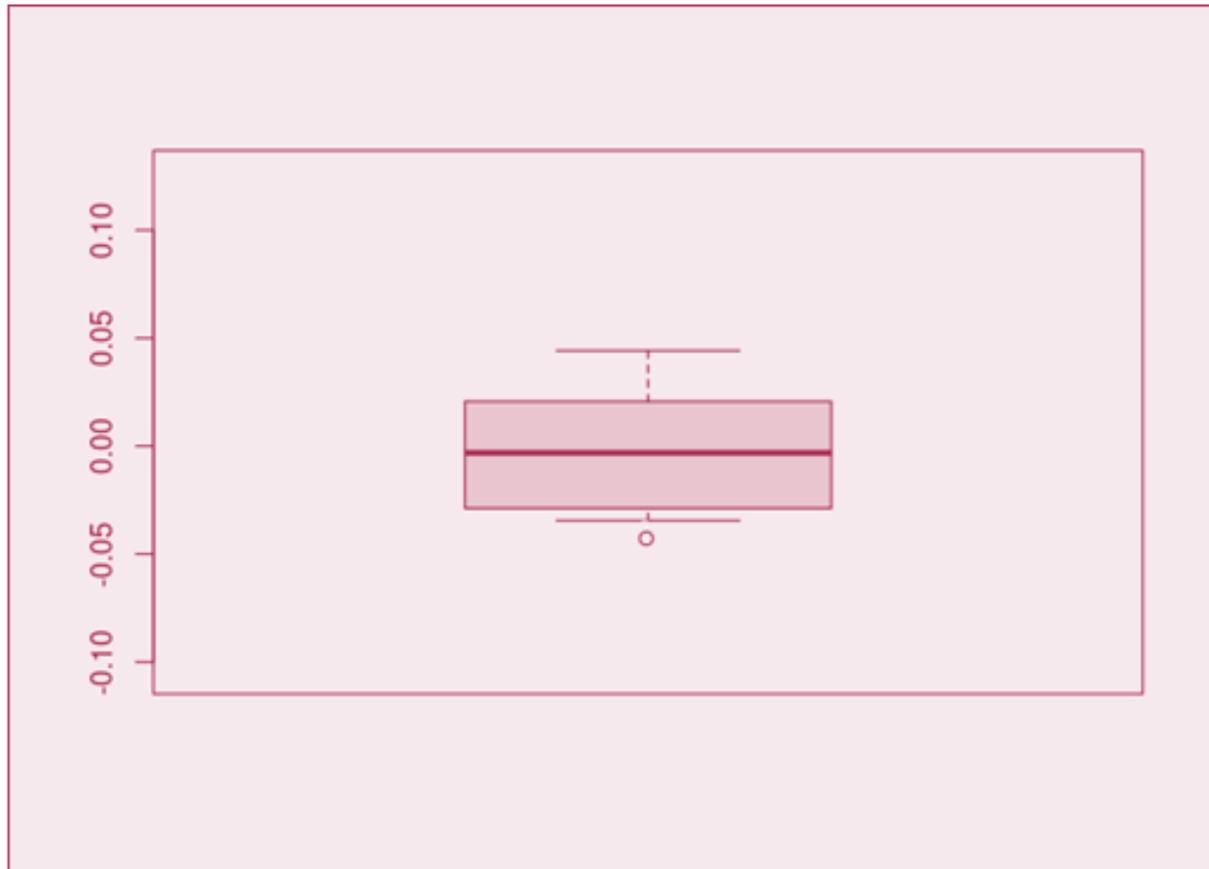


Nota: elaboración propia.

Gracias a la homocedasticidad se verifica que las varianzas de las variables dependientes son homogéneas a lo largo de los valores de la independiente. En esta prueba si el p-value es bajo se rechaza la hipótesis de heterocedasticidad.

Variance formula: ~ fitted.values Chisquare = 1.789105, Df = 1, p = 0.18104 Se acepta H0 hay homocedasticidad. Al no tener casos atípicos en los residuos, con un boxplot se revisará si hay valores extremos en nuestro modelo.

Figura 50. Boxplot número 2



Nota: elaboración propia.

Como se puede apreciar, hay un valor extremo, pero está muy próximo, por lo que es inapreciable su efecto en el modelo.

#### **9.5.5. Predecir valores con la gente que abandonaron el tratamiento, para saber que puntuación hubiera obtenido en el POST test**

Para verificar nuestro modelo, calculamos el valor de la primera paciente que, si ha recibido el tratamiento, obtenemos: 9,955826.

El valor verdadero obtenido en el test es 10 y el intervalo de confianza de su puntuación al 95 %. (9.418014, 10.49364).

Dentro de las 4 pacientes que tenemos sus datos, pero no terminaron el tratamiento, éstas hubieran sido sus puntuaciones en el test:

***Para la primera paciente***

fit lwr upr

1 2.112091 0.212998 4.011184

La primera paciente hubiera bajado 2 puntos su puntuación. Se le pasó el test BWSQ POST y dió una puntuación de 6. Según la ecuación hubiera obtenido un 4, y sin embargo, tiene un 6, ya que no terminó el tto. completo. La paciente no tenía la posibilidad de trabajar con la herramienta de internet, debido a que cambió su patología de salud mental.

***Segunda paciente***

fit lwr upr

1 4.332196 2.209742 6.45465

Nuestra segunda paciente no hubiera cambiado su puntuación, ya que ella no se sentía en su momento óptimo para realizar y terminar la intervención.

***Tercera paciente***

fit lwr upr

1 10.89604 9.04663 12.74545

La tercera paciente tampoco hubiera cambiado la puntuación de esta paciente, ni hubiera supuesto una mejora en la puntuación, ya que la universidad y aparición de un nuevo trabajo se lo impidieron.

***Cuarta paciente***

fit lwr upr

1 3.688123 2.289957 5.086288

Según esto, nuestra última paciente hubiera bajado de 2 a 3 puntos en la puntuación de su ansiedad. Hubiera mejorado si no hubiera abandonado la intervención. Insistimos en que no desistiera, pero tenía unas ideas prefijadas y resultó muy complicado cambiarlas.

### 9.5.6. Estimación para valorar si podemos obtener modelo entre puntuaciones PRE a 6 Meses

Utilizamos la misma técnica y las mismas variables que utilizamos anteriormente, pero añadimos 3 variables al modelo, la puntuación a los 6 Meses en el test (SM), USO TÉCNICAS RELAJACIÓN (NADA, POCO, BASTANTE, MUCHO) (TR6M) y CONSUMO BZD 6 MESES POST (BZD6M) y el modelo resultante para determinar la puntuación en el test a los 6 meses es:

#### **Final Model:**

SM ~ p20 + p05 + p09 + p01 + p08 + p03 + p15 + p16 + p02 + PRE

Figura 51. Final Model

1		10 2.396364e+02	35.893501		
2	+ p20	1 2.074625e+02	9 3.217391e+01	15.805868	Tratada psic/psiq.
3	+ p05	1 9.081056e+00	8 2.309286e+01	14.157909	Grupo Otras patologías
			7 1.096899e+01	7.968942	
4	+ p09	1 1.212387e+01			mentales
5	+ p01	1 5.630171e+00	6 5.338815e+00	2.048192	CAP tratar ansiedad ult. año
6	+ p08	1 3.502478e+00	5 1.836337e+00	-7.691349	Otras enf. orgánicas

Nota: elaboración propia.

Step	Df	Deviance	Resid. Df	Resid. Dev	AIC
7 + p03	1	1.393622e+00	4	4.427144e-01	-21.339982 EDAD
8 + p15	1	3.626584e-01	3	8.005602e-02	-38.152163 Situación laboral
9 + p16	1	7.293376e-02	2	7.122261e-03	-62.766679 Terapia grupal
10 + p02	1	7.077738e-03	1	4.452283e-05	-116.591442 Consumo estimulantes estimulantes
11 + PRE	1	4.452283e-05			
inicial en el test	0	0.000000e+00	-Inf		Puntuación

Bootstrap Statistics:

original	bias	std. error
t1*	0.41484126	0.711204710 6.91623923
t2*	5.97286205	-0.007509376 1.13165940
t3*	2.02816617	-0.182217130 1.28940672
t4*	-1.82041419	0.016966935 0.92063712
t5*	-1.65458108	-0.312095409 3.06373581
t6*	-0.36808503	-0.074711088 0.66088755
t7*	0.03491885	-0.002670399 0.05980863
t8*	-0.13843124	-0.043354274 0.24950821

Estimate	Std. Error	t value	Pr(> t )
(Intercept)	0.41484126	0.100807099	4.115199 5.428613e-02

p20	5.97286205	0.047206923	126.525130	6.246054e-05
p05	2.02816617	0.040336006	50.281780	3.952948e-04
p09	-1.82041419	0.027234691	-66.841742	2.237478e-04
p01	-1.65458108	0.057394803	-28.828065	1.201119e-03
p08	-0.36808503	0.018980473	-19.392827	2.648438e-03
p03	0.03491885	0.001742965	20.034166	2.482208e-03
p15	-0.13843124	0.013155250	-10.522889	8.910356e-03
p16	-0.29782630	0.065810121	-4.525539	4.551897e-02

**Residuals:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
-0.039131	-0.036591	-0.029469	0.019319	-0.009164			0.040122		0.023089	
0.009164	-0.011146	0.015479	0.018328							

En prácticamente todos los coeficientes calculados su  $Pr(>|t|)$  es menor que 0,01, por lo que rechazamos la  $H_0$ , que indica que los coeficientes son 0 para todos los calculados.

Da un valor de R ajustado de 0,9999 que es muy alto y representativo, por lo que este modelo explica casi por completo la relación entre las variables independientes con la variable dependiente.

El valor estadístico F rechaza la  $H_0$ , y, por tanto, los coeficientes no son 0 para un  $\alpha < 0.01$

Tabla 53. Resultados referentes al estudio de regresión PRE-6 meses

Estimate	Std.	Error	t value	Pr(> t )
(Intercept)	0.414841	0.100807	4.1151	0.054286
p20	5.972862	0.047207	126.525	0.0000624***
p05	2.028166	0.040336	50.282	0.000395* **
p09	-1.820414	0.027235	-66.842	0.000224* **
p01	-1.654581	0.057395	-28.828	0.001201**
p08	-0.368085	0.018980	-19.393	0.002648**
p03	0.034919	0.001743	20.034	0.002482**
p15	-0.138431	0.013155	-10.523	0.008910**
p16	-0.297826	0.065810	-4.526	0.045519*

Nota: elaboración propia.

**Para el segundo estudio “PRE-6 meses, las 10 variables a considerar son:**

Tratada psic/psiq.,

Grupo, Otras patologías mentales, CAP tratar ansiedad ult. Año, Otras enf. Orgánicas, EDAD, Situación laboral, Terapia grupal previa, Consumo estimulantes, Puntuación inicial en el Test BWSQ.

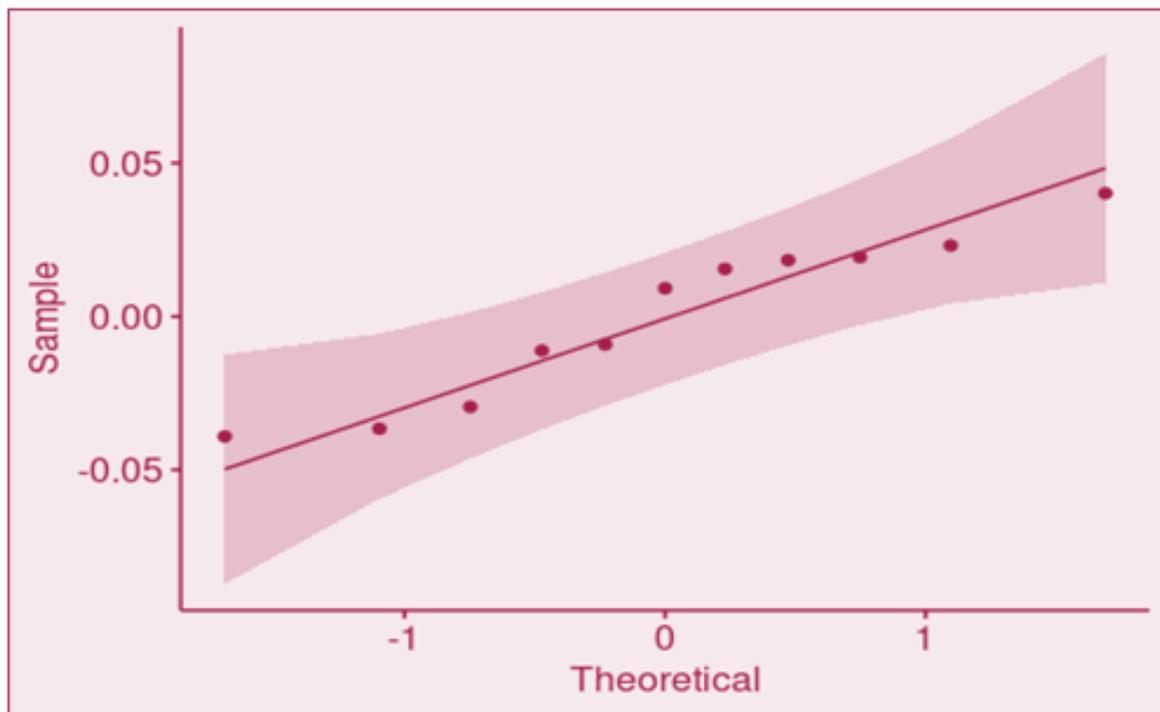
A continuación, valoraremos las variables más significativas para el estudio PRE-6 M:

- Empezando con la relación de P20 (Tratada psic/psiq.), una variable repetida en el análisis previo del estudio PRE-POST, la cual, tiene una muy alta relación positiva respecto la puntuación final del test, lo que nos afirma, que la realización de terapia previa por profesionales de la salud mental ocasiona un muy buen feed-back en la intervención.

- La relación de P05 (Grupo) es una variable muy positiva para la puntuación final, que vuelve a repetirse, lo cual, nos confirma el beneficio e influencia del grupo en los resultados finales de la intervención.
- La relación de P09 (Otras patologías mentales) establece una negativa en las puntuaciones finales, ya que el hecho de tener adheridas otras patologías mentales no aporta beneficios en los resultados de la intervención.
- La relación de P01 (CAP tratar ansiedad ult. Año) tiene una influencia negativa en la puntuación final del test. Esto nos muestra una posible relación inversamente proporcional en relación al nº de visitas para tratar la ansiedad en AP, es decir, a más visitas tratadas en el CAP, peores resultados obtendrán tras la intervención.
- La relación de P08 (Otras enf. Orgánicas), vuelve a manifestar una alta relación negativa respecto a la puntuación final del test, lo que nos reafirma, que el hecho de sufrir otras enfermedades orgánicas no beneficia en las puntuaciones ni en el rendimiento del individuo.
- La relación de P03 (EDAD) ejerce una alta relación positiva en la puntuación final del test, es decir, una mayor edad a la hora de realizar la intervención no influye de manera negativa en la eficacia del tratamiento.
- La relación de P15 (Situación laboral) influye negativamente en la puntuación final del test.
- Una situación laboral más precaria o de desempleo afecta negativamente en la intervención.
- La relación de P16 (Terapia grupal previa) interviene de forma negativa en la puntuación final del test. El hecho de realizar terapias grupales anteriores a la intervención no actúa positivamente en el resultado de esta.
- Concluyendo, reiteramos la importancia de las variables obtenidas, algunas de ellas, repetidas en ambos estudios, lo cual le otorga mucha más importancia a la hora de escoger el perfil adecuado de paciente para obtener unos óptimos resultados. Este último caso nos muestra y confirma que los buenos resultados obtenidos en nuestra intervención no solo ofrecieron un beneficio en el momento de realizarlo, sino que además dichos frutos perpetúan en el tiempo, lo cual, avala su efectividad y veracidad.

- En relación con la interpretación de las variables obtenidas de ambos estudios, es que, al seleccionar a las personas con dichas variables, y si las cumplen, nos aseguramos de que podrán mejorar con la intervención dada, lo cual, también condiciona la puntuación que pueden obtener con el tratamiento, obteniéndose con ello buenos resultados en los test.
- Por otro lado, como podemos comprobar con los coeficientes y ya hemos explicado con anterioridad, hay una relación positiva muy importante para las variables p20 sobre todo y p05, y una relación negativa para la p09 y p01.
- Para terminar de validar nuestro modelo, comprobamos los supuestos de un modelo lineal. Los residuos han de ser simétricos en su representación y seguir una distribución normal. El gráfico Normal-QQ compara a los residuos estandarizados con una distribución normal teórica. Si se cumple el supuesto de normalidad de los residuos, los puntos deberían alinearse sobre la recta que corta el gráfico en 45°.

Figura 52. Gráfico Normal-QQ

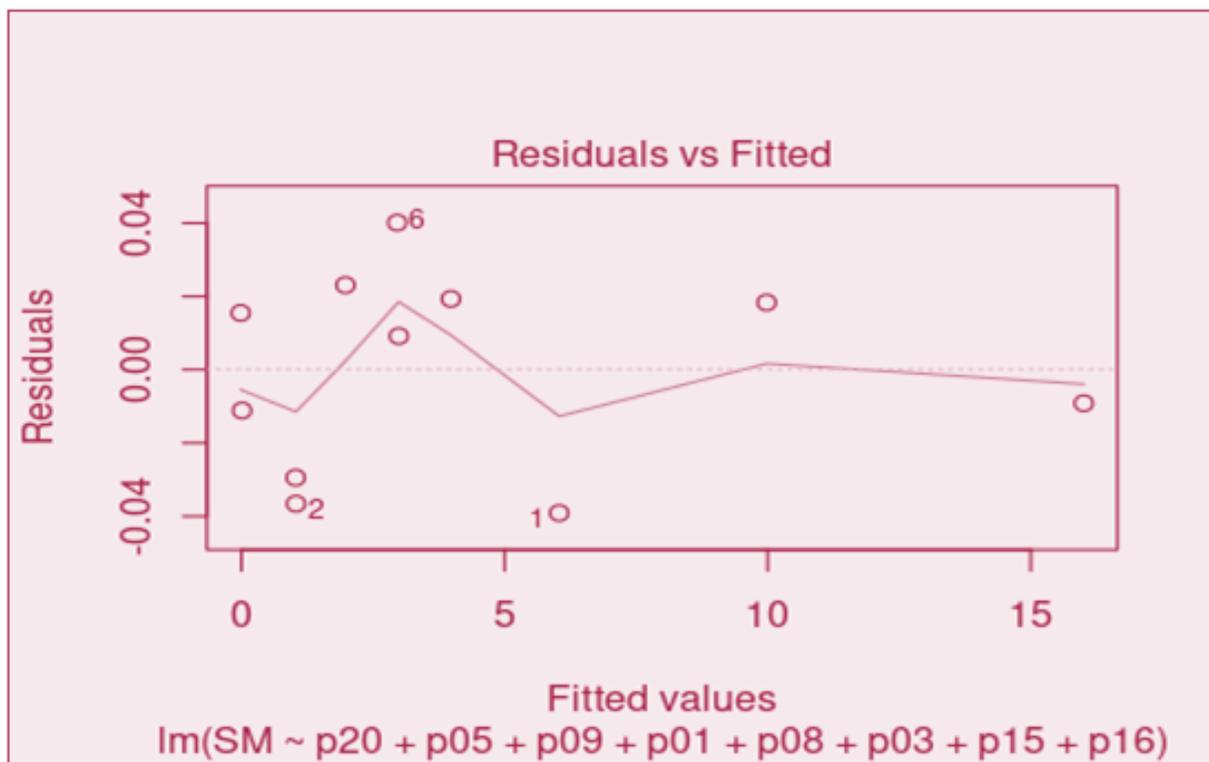


Nota: elaboración propia.

En nuestro caso los puntos, todos están cerca de la recta, dentro de la zona gris. Por lo tanto, los residuos siguen una distribución normal. Linealidad, vamos a verificar que las variables dependientes y la independiente están asociadas de manera lineal.

En el gráfico Residuals vs. Fitted podemos ver que la curva de ajuste en rojo no es recta y horizontal, lo que señalaría que valores observados y residuos se distribuyen entre sí aleatoriamente. Por lo tanto, tenemos linealidad en nuestro modelo.

Figura 53. Residuals vs. Fitted número 2



Nota: elaboración propia.

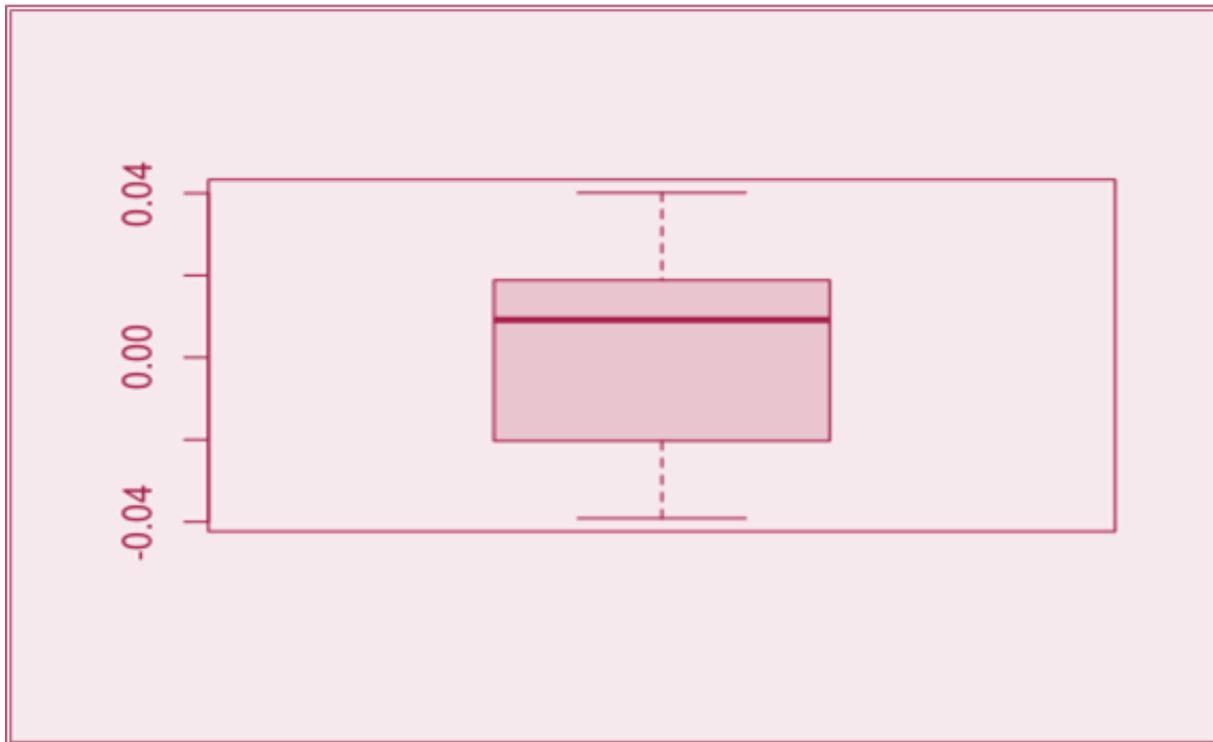
Homocedasticidad, vamos a verificar que las varianzas de las variables dependientes son homogéneas a lo largo de los valores de la independiente. En esta prueba si el p-value es bajo rechazamos la hipótesis de heterocedasticidad.

Variance formula: ~ fitted.values Chisquare = 0.1794457, Df = 1, p = 0.67185

Se acepta H0 hay homocedasticidad.

No tener casos atípicos en los residuos, con un boxplot comprobaremos si tenemos valores extremos en nuestro modelo.

Figura 54. Boxplot número 3



Nota: elaboración propia.

Como se puede apreciar no hay valores extremos.

Finalmente, concluimos en que no hay predicción posible en este caso respecto a las mujeres que no realizaron el tratamiento, por lo que, no podremos saber cómo se encontrarán en los siguientes 6 Meses. Esto es debido a que la ecuación obtenida se afecta por el tratamiento, por tanto, no tiene sentido hacer predicción alguna con esta ecuación, ya que no hemos podido obtener datos de estas 4 pacientes referentes a la puntuación obtenida en sus test 6 meses después, ya que no tenemos nada para comparar, y, por otro lado, sabemos que hay poca mejora en algunos valores con los datos que hemos obtenido anteriormente, es decir, las mujeres no empeoran, pero no hay una mejora notoria en sus resultados, y como esta no es significativa, no podemos realizar la predicción de los 6 meses.



## CAPÍTULO 10: DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos muestran concordancia a lo reflejado en diferentes investigaciones como es la realizada por Rosas-Gutiérrez *et al.*, (2013) en la que exponen que la edad es de gran influencia en el uso de sustancias adictivas, (descripción de los grupos de edad en personas evaluadas, Figura 14 Y 15). De hecho, cuando se trata del consumo de BZD, estudios realizados en diversos países y en diferentes estratos sociales revelan que las personas de mayor edad las consumen más que las jóvenes, esto debido entre otros motivos, a una mayor prevalencia del insomnio en la edad madura.

En el análisis de los resultados se encontró una diferencia marcada en último grupo de mujeres que completaron la intervención, donde las edades comprendían entre 58 a 68 años, esto concuerda con lo citado por (Olivera, 2009) donde las mujeres entre 35 y 64 años son las que más recurren a los ansiolíticos al estar expuestas a diferentes niveles de progesterona desde la pubertad hasta la menopausia, por lo que, son más sensibles a las consecuencias negativas del uso de las BZD. Se ha demostrado que los niveles de progesterona potencian el efecto de las BZD y favorecen su uso y abuso entre ellas.

El uso de medicamentos ansiolíticos está ampliamente distribuido en España, con una proporción mayor de mujeres de un cierto rango de edad, esto se debe principalmente a circunstancias y afecciones como el insomnio y la ansiedad, entre otras, que son ocasionados por problemas personales como preocupación por la familia, economía, etc. Estos datos contrastan con los obtenidos en las mujeres de rango de edad que comprende entre los 18 a 28 años, ya que al ser mujeres más jóvenes las prioridades, necesidades y hasta los hábitos de sueño son diferentes, tendencia que se evidenció también en nuestro estudio.

Aunque los motivos principales de la prescripción de ansiolíticos e hipnóticos son el tratamiento de la ansiedad y el insomnio, estos medicamentos se usan con mucha frecuencia para otras indicaciones. El uso de BZD se ha asociado con alta presión laboral

en las mujeres, con sucesos vitales estresantes (Aznar *et al.*, 2017; Tamburin *et al.*, 2017).

Entre los rangos de mujeres entre 28 a 58 años, el porcentaje de intervención fue relativamente parecido, con niveles bastante menores al compararse con el último grupo de rango de edades. Al respecto, en países como Estados Unidos se estima que del 8% al 12% de las mujeres embarazadas sufren de trastorno depresivo cada año. Este trastorno se asocia con la salud materna, riesgos obstétricos, así como resultados adversos como parto prematuro y bajo peso al nacer, incertidumbre al futuro, entre otras (Tamburin *et al.*, 2017).

Las razones de ansiedad y depresión en mujeres adultas jóvenes no asociadas al parto no están completamente establecidas, sin embargo, algunos factores como no tener pareja, desempleo, obesidad e inseguridad de vivienda pueden influir (Islam *et al.*, 2021).

### **10.1. Descripción de grupos de edades de mujeres evaluadas en porcentajes**

Al hablar porcentualmente en lo referente al grupo de edades de las mujeres intervenidas, los resultados confirman lo referido en investigaciones sobre el uso de BZD, en mujeres mayores está altamente relacionado con la depresión, insomnio, soledad, ansiedad y últimamente, el aislamiento social, que son aspectos negativos de las experiencias vividas por mujeres mayores consumidoras de BZD, resaltando el nuevo proceso de aislamiento y miedo a la muerte, que puede causar depresión, miedo e inseguridad. Por otra parte, como se ha mencionado anteriormente, los otros rangos de edades donde se presentan mujeres más jóvenes, se les puede atribuir padecimientos similares pero los factores de soledad, aislamiento social y miedo a la muerte son aspectos generalmente más relacionados a personas mayores.

Estos resultados están armonía con los resultados hallados por Canham, (2015) en el que identificó el factor sentirse “solo” y la influencia que tuvieron las BZD. A los participantes de esta investigación no se les preguntó directamente sobre soledad o sentirse solo, sin embargo, este tema fue planteado por varios participantes, los cuales vivían solos (cuatro viudas, divorciadas y una persona que nunca se casó) y, reportaron

sentirse solos o solitarios. Varios sugirieron que la soledad creaba sentimientos de depresión o tristeza y que las BZD fueron útiles para hacer frente a estos estados de ánimo negativos.

Otro factor para el consumo de BZD es la menopausia con estadios de pre y post. Y se entiende pues durante las distintas etapas de la vida reproductiva de una mujer, se observan cambios del estado de ánimo e incluso depresión, causadas por los cambios hormonales. El tratamiento de elección en estos casos es con BZD por presentar efectos secundarios menos graves y de menor incidencia que los del resto de antidepresivos y por demostrar cierta eficacia en casos de ansiedad, depresión y falta de sueño (Zhechkova- Tsvyatkova, 2016).

Las diferencias entre la proporción de participantes y sus niveles educativos indican que las mujeres con niveles educativos medios (secundarios), fue el sector que más se relacionó con el consumo de ansiolíticos en nuestra intervención. En este sentido, el nivel social y educativo y el uso de ansiolíticos ha sido estudiado previamente y muchos resultados coinciden con los obtenidos recientemente. Martínez *et al.*, (2021) indican que la edad y los factores sociales como un nivel educativo bajo, o vivir en zonas rurales donde no existen tantos medios y facilidades como en la ciudad, son fuertes componentes que actúan haciendo que el paciente no siga un correcto tratamiento farmacológico. Esto se explica por la falta de comprensión y entendimiento para seguir una pauta horaria, rutinas o dosis concretas. Entre estos factores sociales también destaca la situación de dependencia de los cuidados cotidianos o una estable situación sociofamiliar, que fortalezca sus cuidados.

Así, la edad y un bajo nivel educativo han sido reportados como unos de los principales indicadores en el uso de ansiolíticos, en los resultados obtenidos por Cosci *et al.*, (2016) en un estudio realizado sobre 250 individuos. El mayor número de la muestra asociados con el consumo de BZD tenían estudios medios, mientras que solo una pequeña minoría de estos participantes contaban con un diploma universitario.

Se ha demostrado que el logro educativo se asocia positivamente con la salud mental, al punto que los niveles más altos de educación se asocian con una mayor

calidad de vida y un menor riesgo de depresión, esquizofrenia y trastornos relacionados con la ansiedad. En la literatura se han formulado hipótesis sobre tres teorías principales para explicar esta asociación. La primera es que el logro educativo es simplemente un indicador indirecto del estatus socioeconómico, que se sabe que está asociado con la salud mental, la segunda es que la educación es un indicador de los recursos cognitivos necesarios para la construcción de sentido y la resiliencia, y la tercera es la cuenta de capital social, en la que se supone que la educación formal aumenta los recursos personales y sociales de un individuo, lo que tiene un impacto positivo en su salud mental (Chandola & Jenkinson, 2000; Frankenberg *et al.*, 2013; Maguire *et al.*, 2017). Ahora bien, sin ánimos de especular al respecto, bien pudiera ser alguno de estos factores o varios de ellos en interacción y habría que ahondar más en esta línea de investigación si se quiere comprender si este factor es una causa o una consecuencia, entre otros aspectos.

Respecto a la condición o estado laboral, también se comporta como un factor determinante para generar estabilidad emocional, relacionada con el bienestar económico y con la sensación de tranquilidad y seguridad. Esto se ve reflejado en los resultados obtenidos en los cuales el mayor porcentaje de mujeres (43,48%) estaba conformado por desempleadas.

En este contexto, el desempleo o las reducciones de personal se han convertido en un aspecto común de la vida laboral actual, pudiendo estar asociadas con consecuencias negativas para la salud y varias investigaciones han demostrado las consecuencias negativas para la salud de la reducción de personal y desempleo, generando de manera inmediata la pérdida de ingresos y apoyo social, el contacto con colegas y/o el estatus social. Todos estos factores podrían ser razones subyacentes de problemas de salud mental, sentimientos de fracaso, inutilidad y otras percepciones relacionadas (Blomqvist *et al.*, 2018). Percepciones que están asociadas al parecer más, con la pérdida de la sensación de seguridad que con la pérdida del empleo como tal. Así, un estudio finlandés sobre empleados municipales Kivimäkietal., (2007) encontró que tanto las personas que perdieron o dejaron sus trabajos como las que permanecieron en una organización después de una reducción, tenían índices más altos de compra de drogas psicotrópicas en comparación con las no afectadas. La investigación realizada

por Magnusson Hanson *et al.*, (2016) demostró que las probabilidades de comprar antidepresivos recetados aumentaron más durante y después del despido para los trabajadores expuestos sin problemas de salud previos que para los trabajadores no expuestos.

Por otra parte, tener un trabajo en sí mismo no es la panacea para la ansiedad. Más bien, trabajar representa un factor de estrés en la vida cotidiana, con el consecuente aumento de horas típico de las jornadas actuales, la presión para cumplir objetivos y metas pudieran ser factores que estimulen el uso de medicamentos ansiolíticos entre trabajadores. En este estudio, el segundo porcentaje con mayor número de individuos corresponde al grupo de mujeres con trabajo.

Otras de las poblaciones evaluadas fueron mujeres que trabajan y estudian. Esto representa una fuente de ansiedad principalmente debido a la incertidumbre de poder cumplir las metas tanto en el área educativa como laboral y el agotamiento físico. Es importante recalcar que este grupo de personas tienen poco tiempo para distraerse o compartir con la familia lo cual genera mayor ansiedad, mientras que el grupo de mujeres que solo estudia generalmente está representado por personas que tienen el apoyo familiar y sus preocupaciones están relacionadas a ámbitos más sociales que de otra trascendencia.

Con respecto al porcentaje de individuos en los grupos de mujeres con síntomas de ansiedad en el transcurso del tiempo se reflejó que la mayoría padecían de síntomas con dos o más años de anterioridad. Este tiempo refleja una condición que no es pasajera y que puede afectar notablemente la calidad de vida de las participantes. Así lo demuestran investigaciones previas como la de Ramírez y colaboradores. Ellos concluyeron que las personas que experimentan aislamiento social, insomnio y ataques de pánico entre otras, tienen un componente importante para el desarrollo de trastornos mentales con grandes compromisos en la funcionalidad como ansiedad, depresión y trastornos por estrés postraumático (Ramírez-Ortiz *et al.*, 2020).

El padecimiento de estos síntomas por tiempo prolongado puede conllevar a la aparición de otros desórdenes mentales como lo menciona Perna *et al.*, (2016). En

términos de este trabajo de investigación como se refirió anteriormente el grupo que abarca el mayor número de individuos estaba representado por mujeres con síntomas de ansiedad de dos años en adelante, lo cual puede relacionarse con el hecho de que al enfrentar estos síntomas por un tiempo representativo quieran buscar soluciones y alternativas como ansiolíticos, tratamientos alternativos etc., lo que contrasta los otros grupos de pacientes que experimentaban ansiedad de un tiempo menor a dos años, en el que el manejo de estos síntomas en la mayoría de los casos no representa un problema crónico.

Aunque los trastornos de ansiedad son una de las patologías por la cual acuden con regularidad a los servicios de salud mental tanto públicos como privados, se sigue considerando un tema tabú, Cosci *et al.*, (2016) indican que uno de los principales factores en el uso son las características sociodemográficas y clínicas de los usuarios a largo plazo, donde la poca escolarización de un amplio grupo de estos individuos es una de las razones para el poco manejo técnico en el tema.

En los resultados de esta investigación se evidenció que el grupo más grande representado por un 78,26% de las participantes no habían sido tratadas por profesionales de la salud. Hay muchas razones que envuelven la poca asistencia de las personas con profesionales de salud para abordar los trastornos mentales. Entre ellas se cuentan: desconocimiento del tema, capacidad adquisitiva, poco acceso a centros de salud, automedicación y el estigma social que conlleva hablar sobre estos padecimientos. Hablando de este último factor, el estigma percibido supone una barrera sociocultural para el acceso a servicios de salud mental y priva a las personas que reúnen criterios de trastorno mental de la posibilidad de disfrutar de atención integral e integrada Campo-Arias *et al.*, (2014). De hecho, Tapia *et al.*, (2015) comentan que las conceptualizaciones como “el miedo al diagnóstico” y “lo que otros pudieran pensar” son argumentos vinculados directamente con el estigma y fueron las justificaciones más utilizadas por las personas encuestadas para evitar la solicitud de ayuda al sistema de salud mental. Sin embargo, no todas las pacientes en el desarrollo del experimento presentaban estas características, pequeños grupos expresaron que sí habían buscado ayuda profesional previamente tanto por psicólogos como por psiquiatras o hasta ambos.

Lo anterior demuestra la importancia del estigma social y el peso que tienen las relaciones sociales dentro del esquema emocional y la salud mental de los individuos. Esto armoniza con un estudio realizado por la Universidad de Almería, se halló que los motivos más generalizados para asistir a la consulta psicológica pertenecieron a la categoría emocional (64%). Dentro de este, el 35% fueron problemas de ansiedad, angustia, estrés, nervios, miedo e inseguridad; el 27% se relacionó con tristeza, depresión, desmotivación y negatividad; y el 2% restante solo indicó que su problema era emocional. La categoría relaciones sociales incluyó el segundo grupo de motivos más extendidos con un 19%, siendo el 14% problemas de pareja o familia y el 5% problemas con otras relaciones sociales. Los siguientes motivos más indicados que pertenecieron a la categoría con un 9%, hicieron alusión a problemas de autoestima, “complejos” y auto-aceptación. Finalmente, un 7% de los motivos manifestados fueron problemas sobre la educación de los hijos y un 2% debido a dificultades económicas (Carreño *et al.*, n.d.).

El mayor porcentaje de mujeres en esta intervención asistieron a los centros de AP en el periodo 2020-2021 en busca de alivio a los padecimientos que generaban diferentes trastornos. Aunado a la diversa cantidad de síntomas ya señalados que puedan incitar o motivar la búsqueda de algún tratamiento existieron otros factores que quizás pudieron influir la decisión de estas personas para la búsqueda de ayuda. Uno de ellos, puede ser que el año 2020 representó un antes y un después en cómo vivíamos los aspectos generales y básicos del día a día y con la llegada de la COVID-19 subieron los niveles de ansiedad a nivel mundial. Así han revelado estudios que demuestran cómo han aumentado las cifras de diagnóstico de ansiedad a raíz de la pandemia de COVID-19. Este diagnóstico de ansiedad frecuentemente se presenta con problemas de sueño y comorbilidad con la depresión, aislamiento social, miedo al contagio y la pérdida de seres queridos se han agudizado debido a la falta de ingresos o del trabajo. Todo ello puede generar un escenario catastrófico para la salud mental (Nicolini, 2020) pues la llegada de acontecimientos de tanta tensión como la pandemia y la presencia de padecimientos preexistentes, son motivos que fácilmente pueden desembocar en situaciones difíciles de afrontar sin ayuda profesional.

En cuanto a las consultas realizadas en ese año, los números variaron de 0 a 12 visitas. Dentro del grupo de las mujeres que utilizaron los sistemas de salud para el manejo de la ansiedad, el que obtuvo el mayor porcentaje fueron las que realizaron 3 visitas al año, sin embargo, hubo algunos grupos en donde las pacientes realizaron más de 8 consultas entre el año 2020-2021.

### **10.2. Porcentaje por tratamiento**

El tratamiento crónico es el uso por largo periodo de tiempo de alguna medicación para el alivio de los síntomas presentados en ese momento, y se sabe que el abuso puede generar problemas como dependencia y adicción, situación con la que se identificó casi el 70% de las mujeres que usaban fármacos dentro del estudio.

Cantos-Azorín&Sanz-Valero,(2021) discuten sobre la correcta utilización del grupo farmacológico, debido al enorme abuso que se realiza de los mismos, fundamentalmente para el tratamiento de la ansiedad e insomnio, donde se recomienda una duración del tratamiento de 2 a 4 semanas en insomnio y de 8 a 12 semanas en ansiedad, incluyendo en ambos casos la retirada gradual, tiempo que se excede en la mayoría de los casos, llegando incluso a convertirse en un tratamiento crónico en algunos pacientes. Además, el uso de medicamentos por iniciativa propia, sin consulta previa al médico (la automedicación), es una problemática que acompaña al abuso de las BZD.

López & Rodríguez, (2020) reafirmaron el alto consumo de BZD en las mujeres de una localidad, a pesar de que todas las guías clínicas aconsejan no superar las cuatro semanas de tratamiento por los riesgos de dependencia, abuso y tolerancia, así como la aparición de efectos adversos en la práctica clínica detectaron un amplio consumo y prolongado por parte de la población de Deltebre.

### **10.3. Porcentaje por tipo de medicación más frecuente**

La mayoría de la población evaluada de prefirió el consumo del ansiolítico con nombre comercial Orfidal®, en diferentes presentaciones. Su ingrediente activo es el Lorazepam, un medicamento perteneciente a las BZD comúnmente utilizado como

sedante y ansiolítico de elección en el entorno de pacientes, también uno de los pocos hipnóticos sedantes con un perfil de efectos secundarios relativamente limpio (Hui *et al.*, 2017). Estos resultados coinciden con los obtenidos por Sánchez Díaz *et al.*, (2021) en las que reflejaron que para el año 2020 los ansiolíticos, Lorazepam y alprazolam, supusieron el 65,04% del total de envases/1.000 habitantes prescritos. Los ansiolíticos más utilizados fueron Lorazepam y alprazolam. Según el diagrama de Pareto, su porcentaje acumulado de consumo en 2020 supone más de la mitad del total, lo que implica que son los fármacos más prescritos. En el mismo periodo, estas dos drogas también fueron las más consumidas en España. Otros de los nombres comerciales utilizados por los pacientes fueron: Valium®, Zolpidem, ®, Trankimazin®, Rivotril ® y Lexatin®, pero usados en menor escala.

El uso de alprazolam aumentó notablemente en regiones de España y aunque su consumo disminuyó considerablemente en el país durante el 2015-2019, también aumentó en 2020. El alprazolam está indicado para el tratamiento de la ansiedad generalizada y ansiedad asociada a la depresión. Se trata de dos derivados de las BZD de acción corta, que se eliminan rápidamente del organismo y por tanto implican menos riesgo de sedación y acumulación, pero a la vez hay que tomarlos dos o tres veces al día para que se mantenga el efecto ansiolítico (Sánchez Díaz *et al.*, 2021).

#### **10.4. Porcentaje por uso de otras terapias no farmacológicas**

En términos de la investigación en las pacientes evaluadas, solo un porcentaje menor comunicó haber asistido a otras terapias no farmacológicas. Diversas técnicas o métodos pueden ser utilizado para el tratamiento de ansiedad, solo que el profesional debe ser capaz de determinar cuál sería el más indicado teniendo en cuenta los riesgos, beneficios, así como los antecedentes personales y características del paciente (Fernández García, 2021).

Este resultado evidencia que, a pesar de su eficacia probada (algunas de estas técnicas han sido positivamente comprobadas para el manejo de la ansiedad) existe escepticismo general de las poblaciones occidentales. No así en todas las culturas. Por ejemplo, en China, el Tai Chi un tipo de ejercicio basado en la atención plena, se ha

utilizado como una forma de terapia para múltiples dolencias desde el siglo XII. Los beneficios terapéuticos del Tai Chi informados en la literatura están relacionados con la mejora de la memoria, la concentración, depresión, ansiedad, cáncer, artritis y presión arterial. También se sabe que estas prácticas pueden aliviar los problemas de salud asociados con el envejecimiento y la inactividad entre otros aspectos (Liu *et al.*, 2020). También, Yin *et al.*, (2021) en su investigación indican que una sola sesión de yoga puede tener una eficacia de pequeña a moderada para el control de la ansiedad.

Paradójicamente, los estudios también sugieren que el estigma social relacionado con las terapias convencionales para tratar los trastornos de ansiedad y estrés, como los medicamentos y la terapia conductual, ha llevado a algunos pacientes a buscar formas alternativas de tratamiento (Vancampfort *et al.*, 2021).

### **10.5. Porcentaje de terapia grupal y de otras terapias previas de relajación**

En cuanto a las pacientes evaluadas, el mayor porcentaje admitió no haber asistido a terapias grupales u otras terapias previas de relajación. Respecto a esto, se sabe que la terapia individual permite un seguimiento más cercano, un tratamiento más personalizado y una fuerte alianza terapéutica con el terapeuta. Sin embargo, la terapia de grupo también tiene sus propias ventajas únicas, incluido el apoyo social, saber que no se está solo, la cohesión del grupo, el aprendizaje por observación y el practicar nuevas habilidades (Fawcett *et al.*, 2020) ventajas que se comprueban los resultados de varios estudios en los que se han encontrado diferencias significativas entre terapia de grupo y terapia individual para el trastorno de ansiedad, pánico, obsesivo-compulsivo (TOC), y fobia social. Tanto la terapia grupal como la individual, dieron como resultado efectos positivos pre-post tratamiento, y la mejoría de los síntomas dentro del ambiente grupal (Jónsson *et al.*, 2011; Mörtberg *et al.*, 2011).

Aunque es oportuno señalar que, en la investigación realizada por Fawcett *et al.*, (2020) se encontraron reducciones significativas en las puntuaciones de depresión y ansiedad a lo largo del tiempo, sin diferencias significativas entre los resultados de la terapia grupal e individual. El análisis exploratorio de las actitudes hacia la terapia encontró que, si bien la terapia individual recibió una calificación más favorable que la

terapia de grupo en general, las actitudes hacia la terapia se volvieron más favorables antes y después del tratamiento para todos los participantes.

### **10.6. Porcentaje acerca del consumo de estimulantes**

El auge del surgimiento de productos comerciales que ofrecen “ayudar” a lidiar con el cansancio y las responsabilidades del día a día es irrefutable y algunos pueden conseguirse desde hace décadas. Al referirse a estimulantes, este trabajo se refiere a la definición de la OMS que define estimulante como la droga que acelera la actividad del SNC, provocando euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, fatiga, disminución del sueño, excitación motora e inquietud (Chávez-Gutiérrez *et al.*, 2014).

En el estudio, las pacientes señalaron el uso de diferentes productos como: la cafeína, refrescos, tabaco, teobromina, teína y alcohol. Un cuarto de la población evaluada confesó la ingesta asidua de café, mientras que el 13% preferían el tabaco o no utilizaban ningún tipo de estimulante. Es importante considerar la relación entre la salud mental y el consumo de cafeína, ya que la sustancia parece ser el principal ingrediente activo de las bebidas energéticas, te y el café y bebidas como Coca-Cola.

Richards & Smith, (2016) comentan que el consumo de cafeína está moderadamente asociado con varios trastornos psiquiátricos, aunque las relaciones parecen no ser causales, y las discrepancias en la literatura son comunes. Tanto que algunos estudios han observado efectos positivos: por ejemplo, se ha demostrado que las dosis bajas mejoran el estado de ánimo. Sin embargo, la evidencia sugiere que tales resultados probablemente dependan de la dosis consumida.

Kaplan *et al.*, (1997) informaron que 250 mg aumentaron la euforia, mientras que 500 mg aumentaron la irritabilidad. Los efectos agudos también pueden variar entre los estudios dependiendo de si los participantes de la investigación en cuestión se evaluaron o no en un estado de abstinencia de cafeína. Además de esto, es probable que las características básicas de los consumidores de cafeína difieran de las de los no consumidores.

En conclusión, la cafeína puede brindar un alivio momentáneo, pero también se ha reportada adicción a este producto. Otros efectos que se han señalado son las palpitaciones, taquicardia, molestias gástricas, temblor fino, nerviosismo e insomnio (Chávez-Gutiérrez *et al.*, 2014).

De la misma manera, ha sido ampliamente estudiado el efecto del tabaco. Zale *et al.*, (2014) encontraron entre adultos una fuerte asociación entre el tabaquismo y la prescripción no médica de opioides y un metaanálisis realizado por Luger *et al.*, (2014) que examinó la asociación entre el consumo de cigarrillos y depresión, encontró que fumar cigarrillos se asoció con un riesgo casi dos veces mayor de depresión en comparación a nunca haber fumado.

### **10.7. Porcentaje por otras enfermedades orgánicas y padecimiento de otras patologías**

Al momento del estudio la mayoría de las participantes manifestaron no padecer de ninguna enfermedad orgánica previa, sin embargo, algunas expresaron padecer hipertensión, hipotiroidismo y bronquitis. En lo referente a otras patologías mentales existentes, un poco más de la mitad manifestaron no tener patologías mentales asociadas, mientras que otras pacientes reportaron el padecimiento de insomnio, depresión, entre otras. Resultados que armonizan con los hallazgos de otros investigadores que revelan que, aunque los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes, existe una alta comorbilidad entre la ansiedad, especialmente los TAG, trastornos de pánico y los trastornos depresivos, lo que hace más complejo el tratamiento (Thibaut, 2017).

Este dato es muy importante dentro del presente trabajo pues varios estudios demuestran que la mitad de los adultos diagnosticados con un trastorno depresivo o de ansiedad exhiben su coexistencia simultánea y la investigación tradicional se ha centrado en diagnósticos de un solo objetivo, pasando por alto las comorbilidades dentro de las muestras. Mientras tanto, la evidencia de estudios centrados en las dimensiones sugiere que los niveles simultáneos de síntomas depresivos y de ansiedad pueden interactuar entre sí, como se refleja en un perfil psicobiológico distinto para las personas con altos

niveles de ambas dimensiones de los síntomas (Kircanski *et al.*, 2017) respaldando la formulación de que las dimensiones de los síntomas depresivos y de ansiedad interactúan consistentemente en su relación con las medidas de cortisol diurno. El insomnio es otra patología manifestada y comúnmente reportada en mujeres.

Hablando de la edad y los cambios hormonales, estudios revelan que las mujeres de 45 a 64 años son más propensas a buscar ayuda para todos y cada uno de los trastornos y que la aparición de problemas de sueño también puede afectar durante situaciones específicas asociadas con la mujer como el ciclo reproductivo, embarazo y menopausia (Soares, 2005).

### **10.8. Evaluación de la utilidad del aprendizaje sobre la vía telemática**

Sobre el aprendizaje y adaptación de las pacientes a la nueva modalidad telemática, el mayor porcentaje (91%) se mostró satisfechas sobre los métodos de aprendizajes impartidos por el personal sanitario, mientras que el 9% se sintió insegura sobre la utilidad del aprendizaje, lo cual, se considera normal ya que el aprendizaje telemático implica un desafío para las personas que no están vinculadas al mundo virtual e incluso para el formador, debido a la novedad de esta nueva vía de aprendizaje y los retos que esta conlleva. Por lo tanto, esto indica que los participantes percibieron las plataformas de aprendizaje en línea como experienciales y entornos de aprendizaje constructivos.

Varios argumentos a favor del e-learning son su accesibilidad, asequibilidad, flexibilidad, pedagogía de aprendizaje, aprendizaje permanente y política. El modo de aprendizaje en línea es fácilmente accesible e incluso puede llegar a áreas rurales y remotas y se considera un modo de educación relativamente más barato en términos del menor costo de transporte, alojamiento y el costo general del aprendizaje institucional (Dhawan, 2020).

A medida que la COVID-19 cambió el mundo, los colegios, universidades oficinas, centros hospitalarios optaron por suspender las clases, conferencias, laboratorios, consultas y citas para enfermedades no catastróficas, como un paso para frenar la propagación de esta enfermedad. Una vez obtenido un mayor panorama de lo que se

estaba enfrentando, se instauró el aprendizaje de nuevas estrategias para brindar contenido y evaluar a través del aprendizaje a distancia y pedagogías en línea. Son numerosos los artículos que han analizado la eficiencia del aprendizaje online en alumnos universitarios, incluyendo artículos que analizan el impacto del aprendizaje a distancia en el área de anatomía (García Barrios *et al.*, 2021).

En ese orden, la Internet proporciona herramientas con capacidad de interacción como la telemática, que favorecen la creación de entornos de aprendizaje autónomos y abiertos, así como el desarrollo de estrategias de exploración y descubrimiento a través de las cuales el estudiante puede acceder al conocimiento presente en los contenidos cuidadosamente seleccionados por el instructor, intercambiar información, generar ideas e interacción con el resto del grupo y con el propio instructor que pueden llevarle a construir su propio conocimiento (Colina, 2019).

En cuanto a estudios sobre la efectividad el aprendizaje vía telemática, la satisfacción de los estudiantes fue comprobado por Almusharraf & Khahro, (2020) en su ensayo donde las clasificaciones medias de los estudiantes aumentaron progresivamente a medida que la satisfacción de aprender objetivos, planes de evaluación, plataformas en línea, seminarios web y tutoriales aumentaban.

### **10.9. Evaluación de las técnicas realizadas vía Zoom**

En cuanto a la efectividad de las técnicas de relajación por vía telemática y en concordancia con lo discutido anteriormente, solo un 9% de las pacientes se sintió insegura con esta metodología, mientras que el porcentaje restante de las evaluadas se sintieron de acuerdo y muy de acuerdo con el sistema de impartición de enseñanza y las técnicas de relajación.

La telemedicina se considera especialmente adecuada para el tratamiento psiquiátrico y se ha demostrado que es eficaz, al mismo tiempo que reduce los costos y mejora el acceso a la atención. No hay contraindicaciones absolutas; sin embargo, se recomienda que se evalúe la idoneidad de los pacientes para videoconferencias y que se desarrollen protocolos de emergencia para situaciones como un mayor riesgo de suicidio o agresión hacia otros. Las consideraciones técnicas se han vuelto menos

problemáticas en los últimos años a medida que se han desarrollado una variedad de plataformas con transmisión de video de alta calidad y confidencialidad y seguridad apropiadas. Algunas de estas plataformas que ofrecen opciones seguras para aplicaciones médicas incluyen Zoom (Shore,2013; Shore *et al.*,2018). En ese orden, Wright *et al.*, (2019) encontraron que la terapia vía online con el apoyo del personal sanitario fue eficaz con efecto medios a relativamente grandes en las medidas de síntomas depresivos. Por otra parte, las terapias autoguiadas para la depresión fueron considerablemente menos efectivas.

También, los hallazgos de Gosling *et al.*, (2018) sugieren que las intervenciones de terapia cognitiva conductual en línea para el insomnio son beneficiosas para reducir la ansiedad, independientemente de las creencias de las personas sobre su sueño e insomnio. Este estudio también proporcionó más evidencia para los modelos cognitivos de insomnio.

En otro contexto totalmente diferentes, (después de un desastre natural, específicamente los terremotos de Canterbury, Australia), los niños y los adolescentes mostraron una mejoría clínicamente significativa en la ansiedad y el estado de ánimo cuando usaron BRAVE-ONLINE. Este enfoque fue factible y aceptable para las familias y ofreció una solución cuando los servicios de salud mental estaban bajo presión (Stasiak *et al.*, 2018).

Se llevó a cabo una revisión narrativa e integradora de la literatura para examinar el estado actual de la investigación sobre intervenciones psicoeducativas en línea para tratar trastornos de ansiedad. Se seleccionaron artículos en español e inglés publicados entre enero de 2017 y diciembre de 2020 que tuvieran diseños cuantitativos o estudios de métodos mixtos con un componente cuantitativo. Se excluyeron formatos como resúmenes, conferencias, cartas, editoriales, reseñas, relatos de experiencias, disertaciones, tesis y monografías. La búsqueda bibliográfica se realizó en abril y mayo de 2021 en LILACS, SCIELO, BVS y Google Académico. Se buscaron estudios centrados en el tratamiento de trastornos de ansiedad mediante intervenciones en línea de enfermería para apoyar a pacientes, familiares o cuidadores en el hogar. Se utilizaron descriptores como "anxiety", "nursing", "telepsychology", "internet-based intervention" y

"anxiety disorders", así como el término "online psycho-educational interventions". Según los resultados de este estudio, las intervenciones psicoeducativas lideradas por profesionales de enfermería mostraron participación activa en intervenciones presenciales pero limitada en telemáticas. Los estudios se centraron en pacientes y cuidadores en el ámbito del cáncer, cuidados paliativos y ansiedad en salud mental. Aunque la mayoría de las intervenciones mostraron mejoras, existen discrepancias en cuanto a la ansiedad. La psicoeducación es beneficiosa en general, especialmente para cuidadores de personas con demencia, pero la participación de enfermería en terapias basadas en internet ha sido menos relevante. Finalmente, se concluyó que es necesario valorar más exhaustivamente las intervenciones psicoeducativas que utilizan las TICs mediante estudios de alto nivel de evidencia. Las intervenciones multidisciplinarias telemáticas pueden abordar de manera personalizada y efectiva las necesidades de pacientes con problemas crónicos de salud, salud mental y sus cuidadores. Aunque hay intervenciones presenciales lideradas por enfermeras, no se encontraron estudios sobre intervenciones telemáticas dirigidas por enfermeras para manejar la ansiedad, lo que indica la necesidad de investigaciones futuras en este campo (Martínez-López *et al.*, 2022).

### **10.10. Porcentaje de toma de medicación después de finalizar el taller y porcentaje de consumo de medicación**

Un porcentaje importante de pacientes mencionaron haber reducido la toma de ansiolíticos después de tratamiento mientras que otras declararon haber detenido por completo la ingesta, lo que demuestra que participar en grupos de terapia puede ofrecer una alternativa a los medicamentos para disminuir los síntomas de depresión y preocupación o ansiedad.

También, mujeres embarazadas experimentaron un efecto positivo continuo al asistir a grupos de relajación durante el embarazo, beneficio que se extendió en su trabajo de parto y experiencia de nacimiento y en los primeros meses después del nacimiento (Dunn *et al.*, 2012).

En la investigación realizada por Fernández Valdivia, (2018) se observó que la terapia cognitiva fue exitosa para el manejo de pánico y ansiedad lo cual permitió al paciente a desarrollar nuevamente sus actividades cotidianas, suspender el consumo de ansiolíticos y encontrarse más motivado. A lo largo de las sesiones de seguimiento se observó un episodio de ansiedad a un nivel manejable que el paciente pudo hacer frente con las técnicas aprendidas durante el proceso terapéutico. Por otra parte, el 36,3% de las pacientes expresó seguir tomando la misma dosis del tratamiento, resultados que concuerdan con la investigación de Marwood y colaboradores, en el que se halló que las intervenciones psicológicas son tratamientos de primera línea para la depresión y los trastornos de ansiedad, pero pueden llegar a ser ineficaces hasta en el 50% de los pacientes (Marwood *et al.*, 2018), aunque en este caso, el porcentaje fue bastante más bajo y por lo tanto se evidenció mayor efectividad de la intervención grupal para ese factor.

### **10.11. Porcentaje sobre la disminución en el número de visitas a los seis meses luego de haber finalizado el taller y porcentaje en el consumo de la medicación**

La mayoría de las pacientes disminuyó el número de visitas a los centros hospitalarios por episodios de ansiedad finalizada la intervención online y en cuanto a la medicación tomada, un porcentaje dejó de hacer uso de la ingesta de ansiolíticos.

Cabe destacar que la mayoría de estas pacientes estuvo tomando medicamentos por varios años y según Croghan *et al.*, (1998) la interrupción prematura del tratamiento antidepresivo se asocia con una alta probabilidad de recaída y recurrencia. El uso de BZD por tiempo prolongado es prevalente en la población y esta situación da lugar a complejas interacciones del paciente y prescriptor con las BZD es muchas veces difícil lograr una discontinuación (Argüello, 2017).

Para Argüello, (2017) existen tres pilares en el proceso de una discontinuación efectiva: el primero es la educación sobre el uso, el segundo la disminución progresiva de la dosis y el tercero la TCC. El mejor resultado está dado cuando estos tres elementos se combinan. Sin embargo, no es una alternativa disponible para todos los servicios de salud.

En el caso de Otto *et al.*, (2010) las asistencias regulares con profesionales para el manejo de ansiedad fueron clave en la disminución del uso de ansiolíticos y los resultados demostraron que con el paso del tiempo las pacientes dejaron gradualmente de asistir a los talleres. Las terapias y una adecuada reducción de dosis es clave para mantener la remisión. Tanto que en casos donde no se ha hecho uso de terapias, los pacientes alcanzan hasta un 70% de recaídas, mientras que cuando sí se utiliza, el paciente llega a obtener 76% de tasa de éxito en el cese de BZD.

### **10.12. Porcentaje del uso de las técnicas de relajación y mejora en la calidad de vida percibida después de seis meses del taller**

El mayor porcentaje de pacientes comunicaron haber sentido una mejora en la calidad de vida después de haber realizado el taller, lo cual va en concordancia con los resultados obtenidos al preguntar si seguían practicando las terapias de relajación a lo cual más de la mitad de las pacientes admitieron continuar con las técnicas de la relajación aprendidas durante el taller. Resultado que no resulta aislado. Por ejemplo, en los hallazgos de Essa *et al.*, (2017) concluyeron que las mujeres que recibieron la técnica de relajación después de una histerectomía demostraron menor estrés, ansiedad y niveles de depresión que aquellos que recibieron solo la atención de enfermería de rutina.

Urrutia *et al.*, (2021) en su investigación “Manejo de la ansiedad y el estrés: cómo sobrellevarlos a través de diferentes técnicas”, concluyeron que, a partir de estas herramientas, los pacientes pudieron aprender nuevas formas de afrontar situaciones de estrés y/o ansiedad, siendo esto último algo primordial, debido a que es un problema constante en la sociedad.

En este mismo orden de ideas, un hallazgo muy interesante para Dunn *et al.*, (2012) en terapias de intervención en mujeres en embarazo con síntomas de ansiedad, fue que muchas informaron que continuaron usando las lecciones aprendidas durante estas clases de relajación durante el trabajo de parto y maternidad. Es importante señalar que algunas de esas mismas mujeres dijeron continuar usando la relajación, la imaginación y el enfoque de manejar sus emociones durante las primeras semanas de posparto.

### **10.13. Consideraciones sobre los instrumentos estadísticos STAI-E y de BWSQ**

Un estudio realizado en 2019 analizó la relación entre el estrés laboral percibido y la ansiedad estado-rasgo, así como la asociación de ambas variables con la inteligencia emocional percibida en sus tres dimensiones (atención, claridad y reparación) en una muestra de enfermeros asistenciales del Hospital Universitario de Canarias. Para evaluar estas variables se utilizaron el cuestionario STAI-E, la Nursing Stress Scale (NSS) y la

Trait Meta Mood Scale (TMMS-24). Los resultados mostraron relaciones directas y significativas entre el estrés laboral y la ansiedad (estado-rasgo), y la atención emocional se mostró como factor predictor positivo de la ansiedad y del estrés laboral. Por otro lado, la claridad y reparación emocional se mostraron como factores predictores negativos de la ansiedad. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto al estrés laboral, la ansiedad y la atención emocional, siendo las mujeres las que obtuvieron puntuaciones más altas en estas variables. También se observó que, con la edad y los años de experiencia laboral, disminuía de forma significativa el estrés laboral, la ansiedad y la atención emocional, aumentando significativamente la claridad y reparación emocional. En conclusión, el cuestionario STAI-E fue útil en este estudio para evaluar la ansiedad estado-rasgo en una muestra de enfermeros asistenciales del Hospital Universitario de Canarias y se encontró una relación significativa entre la ansiedad y el estrés laboral percibido. Además, la inteligencia emocional percibida en sus dimensiones de atención, claridad y reparación emocional también se relacionó con estas variables de estrés y ansiedad (Mesa, 2019).

Otro estudio investigó la posible correlación entre depresión, ansiedad y deterioro cognitivo en personas mayores, y examina el valor predictivo de los cuestionarios utilizados en AP. La conclusión sugiere que hay dos variables que podrían justificar que los resultados estadísticos no siempre coincidan con la experiencia clínica: la dificultad para evaluar los síntomas afectivos frente a los cognitivos en AP, y el desconocimiento del entorno en el que envejecen las personas, que opera como variable contaminante en los resultados de la evaluación personal. El estudio también sugiere tener en cuenta las diferencias entre la AP y la práctica psiquiátrica a la hora de establecer un modelo de identificación y tratamiento de la depresión, utilizando un instrumento de medida diagnóstica diferente al utilizado para observar la evolución. El estudio utilizó varias pruebas psicométricas para medir el deterioro cognitivo, la depresión y la ansiedad, y encuentra correlaciones débiles entre las variables estudiadas. Por último, el estudio destacó la necesidad de que los médicos de AP reciban formación en el diagnóstico y tratamiento de la depresión, y de que los sistemas sanitarios reconozcan el carácter crónico y recurrente del trastorno. Durante el estudio, se llevó a cabo un análisis de correlación utilizando la prueba de chi-cuadrado con el fin de examinar las posibles

relaciones entre las variables medidas, específicamente en cuanto al sexo y los niveles de ansiedad evaluados con STAI. Sin embargo, la única correlación significativa encontrada, aparte de la correlación entre la depresión medida con GDS y BDI, fue entre la presencia de deterioro cognitivo y los niveles de ansiedad estado (Arrieta & Almudena, 2009).

Por otro lado, y en referencia al BWSQ, es una herramienta importante utilizada en la medición de los síntomas de abstinencia relacionados con el consumo de BZD. Este instrumento ha sido eficaz en una amplia gama de estudios relacionados con la dependencia de las BZD, permitiendo una evaluación cualitativa de estos síntomas. Sin embargo, existe una carencia notable de estudios que aplican el BWSQ en el contexto de intervenciones psicoeducativas para mujeres con ansiedad, y específicamente en un contexto de intervención telemática.

Este hecho representa una limitación, dado que la mayoría de los estudios anteriores que han aplicado el BWSQ han centrado su enfoque en poblaciones con trastornos de uso de sustancias o en individuos que intentaban interrumpir el uso de BZD de forma autónoma, y no necesariamente en el marco de una intervención psicoeducativa. Esta falta de precedentes en la literatura dificulta las comparaciones directas y, en consecuencia, la discusión en torno a nuestros resultados en el contexto de la literatura existente.

#### **10.14. Estudio de regresión logística**

Hay varios estudios que utilizan la regresión logística para analizar la relación entre la ansiedad y otras variables. Por ejemplo, un estudio realizado por Granados y colaboradores en 2019 tenía como objetivo analizar si la depresión, la ansiedad y el estrés son predictores de altos niveles de despersonalización y bajos niveles de rendimiento. El estudio utilizó un análisis de regresión logística para examinar la relación entre estas variables.

En otro estudio realizado por García Fernández y colaboradores en 2015 examinaron la relación entre la autoeficacia académica percibida y la ansiedad escolar en estudiantes de secundaria chilenos mediante la regresión logística, analizando la

relación entre estas variables. En este estudio, se utilizó la regresión logística para predecir la categoría de ansiedad escolar (alta o baja), en función de la puntuación de autoeficacia académica percibida. El modelo de regresión logística predijo correctamente el 61.4% de los casos. Esto indica que, aunque hay una relación significativa entre las variables, hay otros factores que no se consideraron en el modelo que también pueden afectar la ansiedad escolar.

Por otro lado, un estudio realizado por Quispe en 2009 utilizó la regresión logística ordinal para examinar la relación entre la satisfacción personal y la presencia de trastornos depresivos y de ansiedad en adultos peruanos, y un estudio de Pallarés y colaboradores en 2011, utilizó la regresión logística para analizar la relación entre variables de frecuencia acumulada y la regresión logística ordinal.

Queda patente a lo largo de los años que en general, la regresión logística es un método estadístico útil y de uso común en el estudio de la ansiedad y su relación con otras variables. Esta herramienta de análisis estadístico se utiliza para discernir la relación entre una variable dependiente dicotómica y una o más variables independientes (Peláez, 2016). Sin embargo, es importante recordar que el modelo de regresión logística, aunque útil, tiene sus limitaciones. Por ejemplo, asume que existe una relación lineal entre el logaritmo de las probabilidades y las variables independientes, lo cual no siempre es el caso. También es susceptible a problemas de sobreajuste si hay demasiadas variables de entrada en relación con el número de observaciones y siempre hay un riesgo de que las variables no observadas estén influyendo en los resultados. Por eso, investigadores como Cvetkovic-Vega y colaboradores (2021) subrayan la importancia de una interpretación correcta de los resultados para evitar conclusiones engañosas y errores en la práctica clínica.

Ahora bien, este método es particularmente útil en investigaciones como la nuestra, donde buscamos establecer el vínculo entre una intervención psicoeducativa telemática con entrenamiento en técnicas de relajación y los cambios en los niveles de ansiedad y consumo de BZD en mujeres. En el marco de nuestro estudio, el análisis de regresión logística desempeñó un papel crucial en la modelización del impacto que variables como la edad, la gravedad inicial de la ansiedad, y otros factores de confusión

potenciales, podrían tener en la eficacia de la intervención. La inclusión de estas variables en un modelo de regresión logística fue un paso esencial para generar resultados ajustados y confiables, evitando distorsiones que podrían haber surgido si estos factores se hubieran pasado por alto.

La regresión logística proporciona también una vía para identificar aquellos pacientes que tienen mayores probabilidades de beneficiarse de la intervención, permitiendo una orientación más precisa para futuras intervenciones y posibilitando la implementación de tratamientos más individualizados y efectivos. En nuestro estudio, a pesar de la limitada cantidad de casos, empleamos la técnica de bootstrapping para incrementar la confiabilidad del modelo de regresión logística. Este enfoque mejoró la robustez de los resultados, disminuyendo el error esperado. En términos de análisis, optamos por un enfoque de "intención de tratar", considerando posibles pérdidas, para fortalecer la confiabilidad de nuestros hallazgos y facilitar la generalización de los resultados. Todo esto se realizó manteniendo un intervalo de confianza del 95%, lo que sugiere que existe un 95% de probabilidad de que nuestros resultados sean representativos de la población que se estudia.

El análisis de regresión logística reveló varias variables significativas que impactan la puntuación final de la intervención. Variables como el tratamiento previo por profesionales de salud mental (P20) y la influencia del grupo (P05) mostraron una relación positiva, incrementando la puntuación final de la intervención. Por otro lado, la existencia de otras patologías mentales (P09), las visitas para tratar la ansiedad en el último año (P01), la presencia de otras enfermedades orgánicas (P08), la situación laboral (P15), y la terapia grupal previa (P16) tuvieron una correlación negativa con la puntuación final. Sin embargo, no fue posible hacer una predicción precisa para las pacientes que no realizaron el tratamiento, pues la ecuación se ve afectada por el mismo. Así, aunque algunas mujeres mostraron una ligera mejoría, esta no fue lo suficientemente significativa para realizar una predicción a 6 meses. Estos hallazgos subrayan la importancia de seleccionar cuidadosamente a las pacientes para la intervención, dado que ciertas características pueden mejorar o deteriorar los resultados de la intervención.

Otro dato relevante fue que las altas puntuaciones previas en el cribado HARS podrían indicar un menor grado de eficacia de la intervención. Esto sugiere que es necesario realizar un cribado cuidadoso y tal vez implementar tratamientos adicionales o alternativos para estos pacientes.

También se halló que el modelo de regresión satisface los supuestos de linealidad, normalidad y homocedasticidad, además de no presentar valores extremos, evidenciado por los gráficos Normal-QQ y Residuals vs. Fitted, y el boxplot.

Además, se identificaron factores que podrían disminuir la eficacia de la intervención, como el consumo de estimulantes, la presencia de enfermedades orgánicas y un inicio temprano en el consumo de BZD. Estos factores deben considerarse en la selección de pacientes para futuras intervenciones.

En conclusión, los estudios de regresión logística evidencian la eficacia de la intervención y su potencial para mejorar y predecir los resultados de los pacientes después del tratamiento. Los valores de R ajustados obtenidos en el primer estudio (0.99) y en el segundo (0.9999) demuestran la óptima eficiencia de este método, señalando un panorama altamente prometedor para futuros estudios que utilicen estas variables.

## CAPÍTULO 11: LIMITACIONES

En este apartado se explican las circunstancias concretas que limitaron o complicaron los resultados de la presente investigación liderada y dirigida íntegramente por enfermeras y llevada a cabo en plena pandemia de COVID-19. A continuación, se describe el proceso a fin de contextualizar dichas limitaciones o dificultades:

1. La captación de mujeres participantes se realizó mediante diversas vías adaptadas al contexto pandémico, tales como: la campaña de gripe, consultas médicas y enfermeras, urgencias y promoción realizada por las propias pacientes. El proceso de cribado se efectuó de manera telefónica, lo cual, dada la elevada carga laboral en ese momento, se llevó a cabo durante las tardes libres de la investigadora principal de lunes a viernes.
2. Cada llamada completa requería aproximadamente 40 minutos, y se lograban realizar alrededor de 3 llamadas completas por tarde. No obstante, también se presentaron llamadas interrumpidas que debieron posponerse debido a la falta de privacidad o disponibilidad de tiempo de las participantes. Además, se efectuaron llamadas para ofrecer el taller a mujeres, algunas de las cuales declinaron participar o no respondieron.
3. Una vez completada la llamada y explicados los requisitos, el proceso y los detalles de la intervención, se almacenaba cuidadosamente la información recopilada y se enviaba por correo electrónico la hoja informativa del taller, el CI y ambos test. Tras recibir los correos de las mujeres con la documentación correspondiente, se imprimía y se adjuntaba en la carpeta individual de cada participante, guardándolo confidencialmente.
4. Antes de comenzar la intervención, se enviaron varios correos electrónicos recordatorios en diferentes momentos, con la información necesaria y los horarios del taller telemático. Asimismo, antes de cada sesión, se remitían nuevos avisos mediante el grupo de WhatsApp, y enlaces a Zoom al correo antes de cada sesión. Al acabar cada intervención, se enviaba a cada email individual, las tareas para la semana siguiente o la información adicional explicada durante la sesión.

Entre otras dificultades encontradas al realizar la intervención, se identificó que algunas participantes carecían de conocimientos en TICs, situación que se resolvía mediante la ayuda de un tercero (generalmente familiares, sus hijas). Por el contrario, entre los beneficios, destacan la comodidad de realizar la intervención en una consulta del CS, la reducida necesidad de material e infraestructura, y la evidencia de la utilidad y efectividad de la intervención psicosocial telemática y las técnicas de relajación, todo ello a través de Zoom.

En cuanto a otras limitaciones de nuestro estudio, señalamos el reducido número de participantes en nuestra intervención debido a que se realizó en pleno auge de la pandemia, contando solamente con 11 mujeres que completaron la intervención y 4 que la abandonaron por diversos motivos, sin finalizarla completamente. Sin embargo, se obtuvieron datos de estas mujeres referentes a los test evaluados post intervención y las pruebas pertinentes, lo cual permitió evaluar las diferentes variables cuantitativas y cualitativas, todo ello ajustado a nuestro tamaño muestral y bajo las correspondientes pruebas estadísticas, tal como se ha explicado previamente en la tesis.

Otras limitaciones a destacar de nuestra investigación serían:

**-Sesgo de selección o sesgo de muestra:**

Homogeneidad de la muestra: La investigación se centró en mujeres con trastorno de ansiedad leve/moderado consumidoras de BZD, lo que podría no reflejar completamente la diversidad de la población general con trastornos de ansiedad y uso de BZD.

Existe la posibilidad de que los participantes que se inscribieron en el estudio sean diferentes de aquellos que optaron por no participar. Por ejemplo, dado que la intervención se desarrolló en un contexto telemático, es posible que los participantes que accedieron a esta modalidad sean diferentes en términos de motivación y disponibilidad que aquellos que prefirieron las intervenciones presenciales. Esto también podría introducir un sesgo de selección y afectar la representatividad de la muestra.

**-Falta de grupo de control:** Este estudio se basó en un diseño pre-post sin un grupo de control. La ausencia de un grupo de control que no recibirá la intervención limita la capacidad de atribuir los cambios observados exclusivamente a la intervención. Un grupo de control habría permitido una comparación más sólida de los resultados.

**-Sesgo de información:** Las medidas utilizadas para evaluar la ansiedad y el consumo de BZD se basaron en cuestionarios de autoinforme. Existe la posibilidad de que algunos participantes subestimen o sobreestimen sus respuestas, lo que podría afectar la precisión de los datos, es decir, pesar de utilizar escalas validadas como la Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS) y el Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ), es importante tener en cuenta que las respuestas a estas escalas están sujetas a la subjetividad de los participantes, lo que podría introducir un sesgo en los resultados.

**-Impacto de la pandemia por COVID-19:** La realización de la intervención durante la pandemia podría haber influido en los resultados. La situación de estrés adicional causada por la pandemia podría haber afectado a la ansiedad de los participantes de manera diferente a lo que podría haber ocurrido en circunstancias normales.

**-Duración limitada del seguimiento:** Aunque se realizó un seguimiento a los seis meses posteriores a la intervención, la duración de este seguimiento puede considerarse corta para evaluar a largo plazo la efectividad de la intervención. Un seguimiento más prolongado podría proporcionar una comprensión más completa de los efectos a largo plazo.

**-Intervención enfermera:** Aunque la intervención psicoeducativa grupal telemática fue efectiva en este estudio, es importante mencionar que la efectividad podría variar según la experiencia y habilidades del personal de enfermería que la lleva a cabo.

Por otro lado, a pesar de que se han publicado actualizaciones de la ENSE y se han incorporado como referencia en nuestro estudio, es importante señalar que el perfil

de la mujer consumidora se elaboró utilizando datos de ENSE 2017. Esta decisión se tomó con el fin de mantener la fiabilidad y correspondencia de los resultados obtenidos en nuestra investigación. Utilizar la misma fuente de datos a lo largo del estudio garantiza la consistencia en el análisis y en las conclusiones extraídas, evitando posibles discrepancias o sesgos que podrían surgir al combinar diferentes conjuntos de datos en un mismo estudio. Por lo tanto, es esencial conservar y respetar los datos de la encuesta de 2017 para asegurar la validez y coherencia de nuestros hallazgos.

Por último, queremos destacar que a pesar de todos los contratiempos acaecidos y limitaciones experimentadas que hemos descrito, tras vivirlos durante nuestra intervención psicosocial telemática, se ha logrado implementar, realizar con éxito y obtener resultados positivos en relación con la efectividad de las técnicas de relajación y el beneficio percibido por las mujeres participantes. Estos hallazgos resaltan la importancia de adaptarse a las circunstancias cambiantes, como ha sido la pandemia de COVID-19, y de utilizar los medios telemáticos para llevar a cabo nuevas intervenciones psicosociales en el ámbito de la salud.

Sin embargo, es fundamental destacar que la limitación con la que cuenta nuestra investigación en relación al pequeño tamaño muestral obtenido podría afectar a la generalización de los resultados a una población más amplia, y por tanto, limitar la validez externa del estudio.

En conclusión, aunque se ha logrado llevar a cabo la intervención con éxito y se han observado resultados positivos en términos de satisfacción y eficacia percibida, estos hallazgos no pueden extrapolarse a la población general debido a las limitaciones ya mencionadas. Es necesario llevar a cabo estudios futuros con muestras más amplias y representativas para poder establecer la validez estadística de los instrumentos utilizados y confirmar la efectividad de las intervenciones psicosociales telemáticas en el contexto de la salud.

**CAPÍTULO 12: CONCLUSIONES**

1. La intervención grupal psicoeducativa telemática fue altamente valorada por las pacientes donde más del 90% de ellas confirman su efectividad. Esta modalidad de intervención permitió a las pacientes disminuir o incluso abandonar el consumo de BZD, manteniendo esta disminución o cese durante un periodo sostenido, de al menos 6 meses.
2. El perfil sociodemográfico de la muestra indica que el rango de edad mayoritario de las pacientes intervenidas en la intervención grupal psicoeducativa fue de 58 a 68 años, el 70% de ellas tenían estudios primarios y secundarios, el 30% trabajaba en el momento de la intervención, y el 13% compaginaba estudios con trabajo.
3. Los resultados del test STAI no son estadísticamente significativos, pero sí se observa una disminución de visitas por recaídas de ansiedad en el ámbito de AP. La prueba BWSQ es una de la que hemos obtenido mejores resultados, demostrando diferencias estadísticamente significativas entre los tratamientos. Los resultados de la prueba BWSQ disminuyeron:  $8.52 \pm 4.75$  (PRE-TEST),  $5.40 \pm 2.97$  (POST-TEST) a  $4.8 \pm 4.69$  (seguimiento 6 meses), con diferencias de 3 puntos entre PRE-TEST y POST-TEST, y de casi 4 puntos entre PRE-TEST y seguimiento de 6 meses.
4. Una vez finalizado el taller el 63% de las pacientes participantes redujo la toma de medicación ansiolítica. Dentro de este grupo, el 45% reflejó un menor consumo, 36% siguió con dosis iguales y el 18% de ellas no retomó la toma medicación para tratar su ansiedad. A los seis meses de haber acabado, el 45% de las pacientes seguían consumiendo la misma dosis farmacológica, el 27% expresó una disminución de BZD, y también el 27% de ellas seguían sin tomar ninguna BZD.
5. Más del 80% de las pacientes manifestó haber disminuido las visitas para tratar su ansiedad atendidas en el CAP.

6. Más del 90% de las participantes confirmaron la utilidad del aprendizaje telemático, demostrado por los beneficios obtenidos y mejorando notoriamente su calidad de vida en más de un 80%. Con los resultados mostrados se manifiesta que, a pesar de que la ansiedad no disminuyó significativamente, se hace evidente la disminución en el consumo de BZD y la efectividad de la intervención como alternativa para el tratamiento de la ansiedad y para la reducción sostenida del consumo de BZD.
7. Se evidencia la necesidad de ampliar la formación continuada en el ámbito de AP sobre el desarrollo de las TICS y ansiedad, para posibilitar tanto el desarrollo de diferentes intervenciones que puedan ofrecerse telemáticamente a los usuarios, y su realización en otros CS del área II.

**Conclusión final:** Una puntuación alta en el cribado HARS, el consumo estimulantes, el haber padecido otras enfermedades orgánicas, el mayor número de vistas al CAP por ansiedad, una situación laboral más precaria o el llevar más tiempo consumiendo BZD, tiene una relación negativa respecto a la eficacia de la intervención. Por el contrario, el haber recibido otras terapias (psicológica o psiquiátrica) o una mayor edad, se relacionó de forma positiva con mejores resultados. Esta información ofrece un perfil previo de las mujeres en las que la intervención puede ser más efectiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abarca Castillo, C. S. (2020). Prescripción de benzodiazepinas en atención primaria: ¿vamos por buen camino? *Revista Chilena De Medicina Familiar*, 1(13), 4 - 13. Recuperado a partir de <http://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/319>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (2019). Observatorio de uso de medicamentos: Informes. Obtenido de <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/>
- Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). (2021). Informe sobre el uso de ansiolíticos e hipnóticos en España en 2020 [informe]. Recuperado de <https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/observatorio-de-uso-de-medicamentos/informes-ansioliticos-hipnoticos/>
- Airagnes, G., Pelissolo, A., Lavallée, M. *et al.* Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Curr Psychiatry Rep* **18**, 89 (2016). <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0727-9>
- Alberdi, J., Castro, C., Pérez, L., & Fernández, A. (n.d.). Guía Clínica de Trastornos de insomnio [Internet]. A Coruña: Fistera.com [actualizado 18 de Septiembre de 2016; acceso 15 de Enero de 2018].
- Almusharraf, N., & Khahro, S. (2020). Students Satisfaction with Online Learning Experiences during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Emerging Technologies in Learning (iJET)*, 15(21), pp. 246–267. <https://doi.org/10.3991/ijet.v15i21.15647>
- Álvarez Bernaldo de Quirós, J. (n.d.). Trabajo Fin De Grado Tratamiento Farmacológico Del Insomnio [Undergraduate thesis, Universidad Complutense].

<http://147.96.70.122/web/tfg/tfg/memoria/jaime%20alvarez%20bernaldo%20de%20quiros.pdf>

Álvarez, E., Gastó, C., & Roca, M. (2008). Sintomatología ansiosa en atención primaria: algoritmos diagnósticos y terapéuticos (Vol. 2). Marge Medica Books. Disponible en:

[https://books.google.co.ve/books/about/Sintomatolog%C3%ADa\\_ansiosa\\_en\\_atenci%C3%B3n\\_pri.html?id=kJRDz3FOHK0C&redir\\_esc=y](https://books.google.co.ve/books/about/Sintomatolog%C3%ADa_ansiosa_en_atenci%C3%B3n_pri.html?id=kJRDz3FOHK0C&redir_esc=y)

Alves Fernandes, B. M., Chaves Neto, G., dos Santos Araújo, P. R., Pedroza Trajano, F. M., & Fernandes Braga, J. E. (2018). Ansiedad en técnicos de enfermería de atención primaria. *Enfermería Global*, 17(3), 90–122. <https://doi.org/10.6018/eglobal.17.3.289541>

Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 175–180. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.010>.

Andersson, M. A., & Harnois, C. E. (2020). Higher exposure, lower vulnerability? The curious case of education, gender discrimination, and Women's health. *Social Science & Medicine*, 246, 112780. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.112780>.

Argüello, Ó. A. (2017). Descontinuación De Benzodiacepinas: Artículo de revisión. *Revista Cúpula*, 31(2), 44-51. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v31n2/art03.pdf>

Armengol-Vallés J, Campo-Osaba MA, Escudero-Soler A, Falder-Serna I, Fernández-Linares EM, García-Tarafa MT, Moya-Colacios, I., Puigdevall-Grau, E., Raya Tena, A., & Romero-Pina, M. T. Protocol d'intervenció grupal psicoeducativa per a pacients amb depressió lleu/moderada a l'atenció primària. Barcelona: Àmbit d'Atenció Primària Barcelona Ciutat; 2009. <http://hdl.handle.net/11351/4596>

Arrieta Antón, Enrique, & Almudena García Alonso, L. M.. (2009). Efectividad de las Pruebas Psicométricas en el Diagnóstico y Seguimiento de Deterioro, Depresión

- y Ansiedad en las Personas Mayores. *Clínica y Salud*, 20(1), 5-18. Recuperado en 29 de marzo de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742009000100002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000100002&lng=es&tlng=es).
- Ausín, B. & Regidor, N. (2020). Tecnologías de información y comunicación (TIC) aplicadas al tratamiento de los problemas de ansiedad. *Clínica Contemporánea*, 11(2), e11. <https://doi.org/10.5093/cc2020a8>
- Aznar, M. P. M., Pérez, L. G., Pérez, J. M. B., & Rodríguez-Wangüemert, C. (2017). Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España/*Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain. Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (5). <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/8914>
- Baides Noriega, R., Noriega Camporro, S., & Inclán Rodríguez, A. M. (2019). Enfermería y Tratamiento no Farmacológico para el Manejo del Insomnio. *Enfermería Global*, 18(2), 512–532. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.322311>
- Baños, R. M., Guillén, V., García-Palacios, A., Quero, S., & Botella, C. (2011). Las nuevas tecnologías en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Informació psicològica*, (102), 28-46. <https://www.informaciopsicologica.info/revista/article/view/64>
- Batlle, E., Lizano, E., Viñas, M., & Pujol, M. D. (2019). 1, 4-Benzodiazepines and new derivatives: description, analysis, and organic synthesis. *Medicinal chemistry*, 63-90. <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.79879>
- Bellantuono, C., Tofani, S., Di Sciascio, G., & Santone, G. (2013). Benzodiazepine exposure in pregnancy and risk of major malformations: a critical overview. *General hospital psychiatry*, 35(1), 3-8. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.09.003>
- Benavides-Endara, Patricio, & Ramos-Galarza, Carlos. (2019). Fundamentos Neurobiológicos Del Sueño. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 28(3), 73-80. Recuperado en 19 de enero de 2023, de

[http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2631-25812019000300073&lng=es&tlng=es](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812019000300073&lng=es&tlng=es)

Billioti de Gage, S., Bégau, B., Bazin, F., Verdoux, H., Dartigues, J. F., Pérès, K., Kurth, T., & Pariente, A. (2012). Benzodiazepine use and risk of dementia: Prospective population based study. *BMJ*, 345, e6231. <https://doi.org/10.1136/bmj.e6231>

Blomqvist S, Alexanderson K, Vahtera J, Westerlund H, Magnusson Hanson LL (2018) Downsizing and purchases of psychotropic drugs: A longitudinal study of stayers, changers and unemployed. *PLoS ONE* 13(8): e0203433. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203433>

Bobes, J., G-Portilla, M. P., Bascarán M. T., Sáiz P. A. y Bousoño M.(2002). Instrumentos de evaluación para los trastornos neuróticos y secundarios a situaciones estresantes. En Bobes, J. (Ed.), Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 2ª edición. (pp. 69). Barcelona, España: Ars Médica. [Banco de instrumentos basicos para la practica psicologica y psiquiatrica 2 da ed-libre.pdf \(d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net\)](https://www.repositorio.unizar.es/bitstream/handle/10261/111111/Banco_de_instrumentos_basicos_para_la_practica_psicologica_y_psiquiatrica_2da_ed-libre.pdf)

Bornas, X., Rodrigo, T., Barceló, F., & Toledo, M. (2002). Las nuevas tecnologías en la terapia cognitivo-conductual: una revisión. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(3), 533-541. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720311.pdf>

Boussofara, M., & Raucoules-Aimé, M. (2016). Farmacología de las benzodiazepinas utilizadas en anestesia-reanimación. *EMC-Anestesia- Reanimación*, 42(4), 1– 11. [https://doi.org/10.1016/S1280-4703\(16\)80722-7](https://doi.org/10.1016/S1280-4703(16)80722-7)

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227), 912–920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)

Burgos Fonseca, P., & Gutiérrez Sepúlveda, A. (2013). Adaptación y validación del Inventario Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en población universitaria de la provincia de Ñuble <http://repositorio.ubiobio.cl/jspui/handle/123456789/265>

- Burin, M., Moncarz, E., & Velázquez, S. (1990). *El malestar de las mujeres: la tranquilidad recetada*. México: Paidós.  
[https://books.google.co.ve/books/about/El\\_malestar\\_de\\_las\\_mujeres.html?id=o0yPwAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.co.ve/books/about/El_malestar_de_las_mujeres.html?id=o0yPwAACAAJ&redir_esc=y)
- Burris, J. L., Buss, K., LoBue, V., Pérez-Edgar, K., & Field, A. P. (2019). Biased attention to threat and anxiety: On taking a developmental approach. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(3), <https://doi.org/10.1177/204380871986071>
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Wagner, C. M., & Dochterman, J. M. (Eds.). (2018). *Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)*. Disponible en: [Clasificación de Intervenciones de Enfermería \(Nic\) - Google Libros](#)
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(3), 162-167. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.07.001>
- Canham, S.L. (2015), What's loneliness got to do with it?. *Australasian Journal on Ageing*, 34: E7-E12. <https://doi.org/10.1111/ajag.12133>
- Cantos-Azorín, Cristina, & Sanz-Valero, Javier. (2021). Consecuencias derivadas de la automedicación con benzodicepinas en personas adultas: revisión exploratoria. *Ars Pharmaceutica (Internet)*, 62(4), 404-418 <https://dx.doi.org/10.30827/ars.v62i4.21614>
- Carreño, D.F., García-Alcázar, J.M., Olea-Pérez, R., & Uclés-Juárez, R. (2015). Avances en Psicología Clínica. ISBN: 978-84-697-2782-9. Disposición de la población general para acudir a un profesional de la psicología y psiquiatría: Un estudio preliminar. Universidad de Almería. [https://www.researchgate.net/publication/333720575\\_Disposicion\\_de\\_la\\_poblacion\\_general\\_para\\_acudir\\_a\\_un\\_profesional\\_de\\_la\\_psicologia\\_y\\_la\\_psiquiatria\\_Un\\_estudio\\_preliminar](https://www.researchgate.net/publication/333720575_Disposicion_de_la_poblacion_general_para_acudir_a_un_profesional_de_la_psicologia_y_la_psiquiatria_Un_estudio_preliminar)
- Casañas Sánchez, R., Raya Tena, A., Ibáñez Pérez, L., & Valls Colomer, M. M. (2009). Intervención grupal psicoeducativa en pacientes con ansiedad y depresión en

- atención primaria de Barcelona. *Atencion primaria*, 41(4), 227–228. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.09.028>
- Castro Urrutia, M., Allar Morales, A., Riquelme Ibarra, C., Lobos Chávez, M., González Obregón, E., & Herrera Castillo, G. . (2021). Manejo de la ansiedad y el estrés: cómo sobrellevarlos a través de diferentes técnicas. *Revista Confluencia*, 4(1), 110-115. <https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/569>
- Chandola, T., & Jenkinson, C. (2000). The new UK national statistics socio-economic classification (NS-SEC); investigating social class differences in self-reported health status, *Journal of Public Health*, Volume 22, Issue 2, June 2000, Pages 182–190, <https://doi.org/10.1093/pubmed/22.2.182>
- Chávez-Gutiérrez, J. R., Menjivar Chacón, J. W., Sánchez Cerrato, A. M., Murcia Tovar, M. R., & Pineda Fajardo, M. (2016). Consumo de estimulantes por los estudiantes universitarios ¿Se usa o se abusa?. *Revista Científica De La Escuela Universitaria De Las Ciencias De La Salud*, 1(1), 10–17. <https://doi.org/10.5377/rceucs.v1i1.2886>
- Chiappini, S., Guirguis, A., John, A., Corkery, J. M., & Schifano, F. (2020). COVID-19: the hidden impact on mental health and drug addiction. *Frontiers in psychiatry*, 11, 767. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00767>
- Colina, L. C. (2019). Las TIC en los procesos de enseñanzas-aprendizajes en la educación a distancia. *Laurus*, 14(28), 295-314. <https://www.redalyc.org/pdf/761/76111716015.pdf>
- Comité Internacional de Clasificación de la WONCA. (1999). Clasificación Internacional de la Atención Primaria; CIAP-2. Barcelona, España: MASSON.
- Correa-Rodríguez, J.-F., Ballesta-Ruiz, M., Ros-Abellán, P., & Chirlaque-López, M.- D. (2018). Encuesta sobre alcohol y drogas en la Región de Murcia 2017. Edades 2017. Informe 2018. Murcia: Consejería de Salud, 2018. Informes Epidemiológicos 09/18.

- [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_EDADES.htm](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm)
- Cosci, F., Mansueto, G., Faccini, M., Casari, R., & Lugoboni, F. (2016). Socio-demographic and clinical characteristics of benzodiazepine long-term users: Results from a tertiary care center. *Comprehensive Psychiatry*, 69, 211-215. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.06.008>
- Croghan, T.W., Melfi, C.A., Crown, W.E. Chawla, A. (1998), Cost-effectiveness of antidepressant medications. *J. Mental Health Policy Econ.*, 1: 109-117. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-176X\(1998100\)1:3<109::AID-MHP15>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-176X(1998100)1:3<109::AID-MHP15>3.0.CO;2-2)
- Cvetkovic-Vega, A, Maguiña, Jorge L., Soto, Alonso, Lama-Valdivia, Jaime, & López, Lucy E. Correa. (2021). Estudios transversales. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 21(1), 179-185. <https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>
- Da Silva, C. J., da Conceição Silva, R. M., de Souza, F. R. A., dos Santos Lopes, S. S., da Silva, T. M., & Lima Silva, R. P. (2020). Prevalence in the Use of Anxiolytics Among Nursing Professionals: An Integrative Review. *International Journal of Psychological Research and Reviews*, 3(34). <https://doi.org/10.28933/ijpr-2020-01-2508>
- De Góes Salvetti, M., Donato, S. C. T., Machado, C. S. P., de Almeida, N. G., Santos, D. V. D., & Kurita, G. P. (2021). Psychoeducational Nursing Intervention for Symptom Management in Cancer Patients: A Randomized Clinical Trial. *Asia-Pacific journal of oncology nursing*, 8(2), 156–163. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_56\\_20](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_56_20)
- Dhawan, S. (2020). Online Learning: A Panacea in the Time of COVID-19 Crisis. *Journal of Educational Technology Systems*, 49(1), 5–22. <https://doi.org/10.1177/0047239520934018>
- Díaz Palarea, M.D., Calvo Francés, F., Ramal López, J., & Betancort Tabares, E. (2008). Tratamiento de la ansiedad on-line. 9º Congreso Virtual de Psiquiatría, 'Interpsiquis 2008' (pp. 1-10). Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Facultad de

Ciencias de la Salud.

[https://www.researchgate.net/publication/241699933\\_Tratamiento\\_de\\_la\\_ansiedad\\_on-line](https://www.researchgate.net/publication/241699933_Tratamiento_de_la_ansiedad_on-line)

Díaz-Narváez, Víctor Patricio. (2017). Regresión logística y decisiones clínicas. *Nutrición Hospitalaria*, 34(6), 1505. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.1468>

Duarte, P. S., Miyazaki, M. C., Blay, S. L., & Sesso, R. (2009). Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney international*, 76(4), 414–421. <https://doi.org/10.1038/ki.2009.156>

Dueñas, G. (2019). Acerca de la patologización y medicalización de los malestares infantiles actuales y sus derechos en juego. *Derechos En Acción*, 12(12), 304. <https://doi.org/10.24215/25251678e304>

Efron, B. (1979). Bootstrap methods: another look at the jackknife. *Annals of statistics*, 7(1), 1–26. <https://doi.org/10.1214/aos/1176344552>

Ekström, M. P., Bornefalk-Hermansson, A., Abernethy, A. P., & Currow, D. C. (2014). Safety of benzodiazepines and opioids in very severe respiratory disease: national prospective study. *Bmj*, 348. <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g445.abstract>

Essa, R. M., Abdel Aziz Ismail, N. I., & Hassan, N. I. (2017). Effect of progressive muscle relaxation technique on stress, anxiety, and depression after hysterectomy. *Journal of Nursing Education and Practice*, 7(7), 77. <https://doi.org/10.5430/jnep.v7n7p77>

Fawcett, E., Neary, M., Ginsburg, R., & Cornish, P. (2020). Comparing the effectiveness of individual and group therapy for students with symptoms of anxiety and depression: A randomized pilot study, *Journal of American College Health*, 68:4, 430-437, <https://doi.org/10.1080/07448481.2019.1577862>

Fedoce, A. das G., Ferreira, F., Bota, R. G., Bonet-Costa, V., Sun, P. Y., & Davies, K. J. A. (2018). The role of oxidative stress in anxiety disorder: cause or consequence?

- Free Radical Research, 52(7), 737–750. 52:7, 737-750, <https://doi.org/10.1080/10715762.2018.1475733>
- Fernández García, Ariana. (2021). Analysis of the pharmacology program for the Stomatology career. *MediSur*, 19(1), 133-141. Epub 03 de febrero de 2021. Recuperado en 19 de enero de 2023, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2021000100133&lng=es&tlng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2021000100133&lng=es&tlng=en)
- Fernandez Valdivia, B. (2018). Estudio de caso clínico: terapia cognitiva en un trastorno de pánico. <https://hdl.handle.net/20.500.12727/3529>
- Flores Hernández, V. F. Ps. Cl. Mg., & Vinueza López, M. T. (2016). Niveles de Ansiedad y Asertividad en los estudiantes del Colegio Particular Bautista. Universidad Técnica de Ambato-Facultad de Ciencias de la Salud-Carrera Psicología Clínica. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/20313>
- Foreman-Tran, K. (2019). Further advancements in psychotherapy: The developing use of cybertherapy as a form of psychological treatment. *Western Undergraduate Psychology Journal*, 7(1). <https://ojs.lib.uwo.ca/index.php/wupj/article/view/7908>
- Frankenberg, E., Sikoki, B., Sumantri, C., Suriastini, W., & Thomas, D. (2013). Education, Vulnerability, and Resilience after a Natural Disaster. *Ecology and society: a journal of integrative science for resilience and sustainability*, 18(2), 16. <https://doi.org/10.5751/ES-05377-180216>
- García Barrios, A., Cisnero Gimeno, A. I., Lamiquiz Moneo, I., & Whyte Orozco, J. (2021). La evaluación docente en Anatomía Humana en enseñanzas remotas de emergencia, Vol. 2, Núm. 3. <https://doi.org/10.6018/edumed.486261>
- García Fernández, J. M., Lagos San Martin, N. G., Gonzalvez Macia, C., Vicent Juan, M., & Inglés Saura, C. (2015). ¿PREDICE LA AUTOEFICACIA PERCIBIDA LA ANSIEDAD ESCOLAR? ESTUDIO CON ESTUDIANTES CHILENOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA. *Revista INFAD de Psicología " International Journal of Developmental and Educational Psychology"*, 1(1), 193-198.

- García-Martínez, S. (2021). Intervención psicoterapéutica grupal dirigida a personas con depresión y ansiedad en España. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/12006>
- García-Martínez, S. (2021). *Intervención psicoterapéutica grupal dirigida a personas con depresión y ansiedad en España* (Master's thesis). <https://reunir.unir.net/handle/123456789/12006>
- García-Mina, A. (2006). *Diferencias de género en el uso de las drogas* (Vol. 7). Universidad Pontificia Comillas. [https://books.google.co.ve/books/about/Diferencias\\_de\\_g%C3%A9nero\\_en\\_el\\_uso\\_de\\_las.html?id=ahTBwVjPXEMC&redir\\_esc=y](https://books.google.co.ve/books/about/Diferencias_de_g%C3%A9nero_en_el_uso_de_las.html?id=ahTBwVjPXEMC&redir_esc=y)
- Gerlach, L. B., Wiechers, I. R., & Maust, D. T. (2018). Prescription Benzodiazepine Use Among Older Adults: A Critical Review. *Harvard review of psychiatry*, 26(5), 264–273. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000190>
- Ghebreyesus, T. A. (2020). Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. *World Psychiatry*, 19(2), 129. Jun;19(2):129-130. <https://doi.org/10.1002/wps.20768>
- Gherekhloo, J., Fernández-Moreno, P.T., Alcántara-de la Cruz, R. *et al.* Pro-106-Ser mutation and EPSPS overexpression acting together simultaneously in glyphosate-resistant goosegrass (*Eleusine indica*). *Sci Rep* 7, 6702 (2017). <https://doi.org/10.1038/s41598-017-06772-1>
- González Moreno, J.A. (2020). Uso racional de benzodiacepinas en pacientes polimedicados. (Trabajo Fin de Grado Inédito). Universidad de Sevilla, Sevilla. <https://hdl.handle.net/11441/104113>
- González, M., Ibáñez, I., García, L., & Quintero, V. E. (2018). El «cuestionario de preocupación y ansiedad» como instrumento de cribado para el trastorno de ansiedad generalizada: Propiedades diagnósticas. *Psicología conductual*, 26(1), 5-22. <https://www.researchgate.net/profile/Manuel-Gonzalez-57/publication/324524674>

- González-Suárez, Miriam, & Duarte-Clíments, Gonzalo. (2014). Terapia cognitivo-conductual y enfermería: a propósito de un caso. *Ene*, 8(1) <https://dx.doi.org/10.4321/S1988-348X2014000100010>
- Gosling, J. A., Batterham, P., Ritterband, L., Glozier, N., Thorndike, F., Griffiths, K. M., Mackinnon, A., & Christensen, H. M. (2018). Online insomnia treatment and the reduction of anxiety symptoms as a secondary outcome in a randomised controlled trial: The role of cognitive-behavioural factors. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 52(12), 1183–1193. <https://doi.org/10.1177/0004867418772338>
- Gottschalk, M. G., & Domschke, K. (2016). Novel developments in genetic and epigenetic mechanisms of anxiety. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(1), 32– 38. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000219>
- Granados, L., Aparisi, D., Inglés, C. J., Aparicio-Flores, M. P., Fernández-Sogorb, A., & García-Fernández, J. M. (2019). ¿Predicen los factores de depresión, ansiedad y estrés la dimensión de la despersonalización y la baja realización personal en el profesorado? *European Journal of Child Development, Education and Psychopathology*, 7(1), 83-92. doi: 10.30552/ejpad.v7i1.91
- Graus, N. G., Velerdas, L. V., González, M., & Granado, C. V. L. Evaluación de un programa de psicoeducación grupal de técnicas de relajación desde la perspectiva de la enfermera especialista en Salud Mental. *Las enfermeras de salud mental y la exclusión social: hablando claro*, 922. <https://www.researchgate.net/profile/Rocio-Julia-Sanchis/publication/316512289>
- Green, T. C., Bratberg, J., & Finnell, D. S. (2020). Opioid use disorder and the COVID 19 pandemic: a call to sustain regulatory easements and further expand access to treatment. *Substance Abuse*, 41(2), 147-149. <https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1752351>

- Griffin, C. E., Kaye, A. M., Bueno, F. R., & Kaye, A. D. (2013). Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. *Ochsner Journal*, 13(2), 214–223. <https://www.ochsnerjournal.org/content/13/2/214>
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Trastornos de Ansiedad en Atención Primaria. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Agencia Laín Entralgo. Comunidad de Madrid; 2008. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS N° 2006/10. <https://consaludmental.org/publicaciones/GPCansiedad.pdf>
- Guina, J., & Merrill, B. (2018). Benzodiazepines I: upping the care on downers: the evidence of risks, benefits and alternatives. *Journal of clinical medicine*, 7(2), 17. <https://doi.org/10.3390/jcm7020017>
- Guina, J., Rossetter, S. R., DeRHODES, B. J., Nahhas, R. W., & Welton, R. S. (2015). Benzodiazepines for PTSD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of psychiatric practice*, 21(4), 281–303. <https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000091>
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N., ... & Yip, P. S. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30171-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30171-1)
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., & Takáo Lopes, C. (Eds.). (2021). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021- 2023, duodécima edición.* Barcelona: España. Elsevier. <https://apunteca.usal.edu.ar/id/eprint/1639/16/Dominio%206.pdf>
- Hernández, O. M., Martínez, O. M., & Izquierdo, Y. B. (2019). Trastorno de insomnio. Consideraciones actuales. *Revista médica electrónica*, 41(2), 483-495. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2019/me192o.pdf>
- Hirschtritt, M. E., Olfson, M., & Kroenke, K. (2021). Balancing the Risks and Benefits of Benzodiazepines. *JAMA*, 325(4), 347–348. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.22106>

- Hoehn-Saric, R., & McLeod, D. R. (1985). Generalized anxiety disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 8(1), 73–88 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2859581/>
- Huang, J. Z., Han, M. F., Luo, T. D., Ren, A. K., & Zhou, X. P. (2020). Mental health survey of medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi= Zhonghua Laodong Weisheng Zhiyebing Zazhi= Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 38(3), 192–195. <https://pesquisa.bvsalud.org/global-literature-on-novel-coronavirus-2019-ncov/resource/fr/covidwho-324704>
- Hui, D., Frisbee-Hume, S., Wilson, A., Dibaj, S. S., Nguyen, T., De La Cruz, M., Walker, P., Zhukovsky, D. S., Delgado-Guay, M., Vidal, M., Epner, D., Reddy, A., Tanco, K., Williams, J., Hall, S., Liu, D., Hess, K., Amin, S., Breitbart, W., & Bruera, E. (2017). Effect of Lorazepam With Haloperidol vs Haloperidol Alone on Agitated Delirium in Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 318(11), 1047–1056. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.11468>
- Hyland, P., Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Karatzias, T., Bentall, R. P., Martinez, A., & Vallières, F. (2020). Anxiety and depression in the Republic of Ireland during the COVID-19 pandemic. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 142(3), 249–256. <https://doi.org/10.1111/acps.13219>
- Illán, I., Hurtado, A., & Martín-García-Sancho, J. C. (2004). Protocolo de relajación. Salud mental <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/3546/Protocolo.de.relajac.136754.0.pdf?sequence=1>
- Instituto Nacional de Estadística (2019). Estadística de Salud. Recuperado de <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=1793>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2020). Encuesta Europea de Salud en España 2020 [European Health Interview Survey (EHIS)]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

[https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc\\_Eur\\_Salud\\_en\\_Esp\\_2020.htm#:~:text=La%20Encuesta%20Europea%20de%20Salud%20en%20Espa%C3%B1a%20%28EESE%29,%28EC%29%201338%2F2008%20y%20Reglamento%20de%20la%20Comisi%C3%B3n%20141%2F2013.](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2020.htm#:~:text=La%20Encuesta%20Europea%20de%20Salud%20en%20Espa%C3%B1a%20%28EESE%29,%28EC%29%201338%2F2008%20y%20Reglamento%20de%20la%20Comisi%C3%B3n%20141%2F2013.)

Instituto Nacional de Estadística. (2021). Cifras de población, inmigración y emigración. [https://www.ine.es/ss/Satellite?L=esES&c=INECifras/INEC&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifras/INE\\_C%2FPYSDetalleCifras/INE](https://www.ine.es/ss/Satellite?L=esES&c=INECifras/INEC&cid=1259953225445&p=1254735116567&pagename=ProductosYServicios%2FINECifras/INE_C%2FPYSDetalleCifras/INE)

Islam, R. M., Marsh, L., Bell, R. J., Skiba, M. A., & Davis, S. R. (2021). Prevalence of and Risk Factors for Depressive Symptoms and Antidepressant Use in Young Australian Women: A Cross-Sectional Study. *Journal of Women's Health, 30*(7), 997-1005. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8318>

Jónsson, H., Hougaard, E., & Bennedsen, B. E. (2011). Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 123*(5), 387–397. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01613.x>

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2023). *Sustancias psicotrópicas 2022. Estadísticas de 2021. Previsiones de las necesidades anuales para fines médicos y científicos de las sustancias de las Listas II, III y IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 para 2023*. Recuperado de <https://www.incb.org/documents/Psychotropics/technical-publications/2022/Psychotropics-2022-ebook-Final.pdf>

Kaplan, G. B., Greenblatt, D. J., Ehrenberg, B. L., Goddard, J. E., Cotreau, M. M., Harmatz, J. S., & Shader, R. I. (1997). Dose-dependent pharmacokinetics and psychomotor effects of caffeine in humans. *The Journal of Clinical Pharmacology, 37*(8), 693–703. <https://doi.org/10.1002/j.1552-4604.1997.tb04356.x>

- Kehn, A., Ruthig, J.C. Perceptions of Gender Discrimination across Six Decades: The Moderating Roles of Gender and Age. *Sex Roles* **69**, 289–296 (2013). <https://doi.org/10.1007/s11199-013-0303-2>
- Kircanski, K., LeMoult, J., Ordaz, S., & Gotlib, I. H. (2017). Investigating the nature of co-occurring depression and anxiety: Comparing diagnostic and dimensional research approaches. *Journal of Affective Disorders*, *216*, 123–135. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.08.006>
- Kivimäki, M., Honkonen, T., Wahlbeck, K., Elovainio, M., Pentti, J., Klaukka, T., Virtanen, M., & Vahtera, J. (2007). Organisational downsizing and increased use of psychotropic drugs among employees who remain in employment. *Journal of Epidemiology & Community Health*, *61*(2), 154–158. <https://jech.bmj.com/content/jech/61/2/154.full.pdf>
- Knowles SE, Toms G, Sanders C, Bee P, Lovell K, Rennick-Egglestone S, *et al.* (2014) Qualitative Meta-Synthesis of User Experience of Computerised Therapy for Depression and Anxiety. *PLoS ONE* *9*(1): e84323. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0084323>
- Korpaisarn, S., & Safer, J. D. (2019). Etiology of Gender Identity. *Endocrinology and metabolism clinics of North America*, *48*(2), 323–329. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2019.01.002>
- Lader, M. (2014), Benzodiazepine harm: how can it be reduced?. *Br J Clin Pharmacol*, *77*: 295-301. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2012.04418.x>
- Leichsenring, F., Ritter, V., Strauss, B. M., & Stangier, U. (2013). Changes in implicit and explicit self-esteem following cognitive and psychodynamic therapy in social anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, *23*(5), 547–558. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.802824>
- Leyro, T. M., Versella, M., Yang, M.-J., Brinkman, H. R., Hoyt, D. L., & Lehrer, P. (2021). Respiratory therapy for the treatment of anxiety: Meta-analytic review and

- regression. *Clinical Psychology Review*, 84, 101980. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101980>
- Liebrenz, M., Schneider, M., Buadze, A., Gehring, M.-T., Dube, A., & Caflisch, C. (2015). High-dose benzodiazepine dependence: a qualitative study of patients' perceptions on initiation, reasons for use, and obtainment. *PLoS One*, 10(11), e0142057. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0493-y>
- Liu, F., Cui, J., Liu, X., Chen, K. W., Chen, X., & Li, R. (2020). The effect of tai chi and Qigong exercise on depression and anxiety of individuals with substance use disorders: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 20(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12906-020-02967-8>
- Lligoña Garreta, A., Álvarez Mazariegos, J. A., & Guardia Serecigni, J. Guía de consenso para el buen uso de las benzodiacepinas. Valencia: Socidrogalcohol; 2019 [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2019\\_GUIA\\_Buen\\_uso\\_opioides\\_Socidrogalcohol.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/2021/2019_GUIA_Buen_uso_opioides_Socidrogalcohol.pdf)
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Varó, E., y El 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. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)72429-9](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)72429-9)
- López, A., Moreno, L., y Villagrasa, V. (2011). Ansiedad y trastornos del sueño. En Moreno, L., y García, F. (Ed.), *Manual de farmacología, guía para el uso racional del medicamento*. (2a. ed., pp.39-53). Barcelona, España: Elsevier. [https://books.google.co.ve/books/about/Manual\\_de\\_Farmacolog%C3%ADa.html?id=IZraox4Th1IC&hl=es-419](https://books.google.co.ve/books/about/Manual_de_Farmacolog%C3%ADa.html?id=IZraox4Th1IC&hl=es-419)
- Lopez, L. F., & Rodríguez, M. J. S. (2020). Feminización del consumo de benzodiazepinas. *Perifèria: Revista de Recerca i Formació En Antropologia*, 25(3), 79–101. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.699>

- López-Goñi, J. J., Santed, M. A., Vicente, J. y Pérez de los Cobos, J. (2016). La Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2016. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas\\_EDADES.htm](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm)
- López-Ibor, J.J, Valdés, M. (Ed.). (2002). DSM-IV-TR. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Barcelona, España: Masson. [https://books.google.co.ve/books/about/DSM\\_IV\\_TR.html?id=m6Wdcfn80DwC&redir\\_esc=y](https://books.google.co.ve/books/about/DSM_IV_TR.html?id=m6Wdcfn80DwC&redir_esc=y)
- López-Ibor, J.J, Valdés, M. (Ed.). (2004). DSM-IV-TR-AP. Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. Atención Primaria. Barcelona, España: Masson.
- López-Zafra, E., García-Retamero, R., Diekman, A., & Eagly, A. H. (2008). Dinámica de estereotipos de género y poder: un estudio transcultural. *Revista de Psicología Social*, 23(2), 213–219. <https://doi.org/10.1174/021347408784135788>
- Lucifora, C., Angelini, L., Meteier, Q., Vicario, C. M., Khaled, O. A., Mugellini, E., & Grasso, G. M. (2021). Cyber-Therapy: The Use of Artificial Intelligence in Psychological Practice. *International Conference on Intelligent Human Systems Integration*, 127–132. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-68017-6\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-030-68017-6_19)
- Luger, T. M., Suls, J., & Vander Weg, M. W. (2014). How robust is the association between smoking and depression in adults? A meta-analysis using linear mixed-effects models. *Addictive Behaviors*, 39(10), 1418–1429. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.05.011>
- Macías-Carballo, M., Pérez-Estudillo, C., López-Meraz, L., Beltrán-Parrazal, L., & Morgado-Valle, C. (2019). Trastornos de ansiedad: revisión bibliográfica de la perspectiva actual. *Neurobiología: Revista Electrónica*, 24, 1–11. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7735542>

- Magnusson Hanson, L. L., Westerlund, H., Chungkham, H. S., Vahtera, J., Sverke, M., & Alexanderson, K. (2016). Purchases of Prescription Antidepressants in the Swedish Population in Relation to Major Workplace Downsizing. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 27(2), 257–264. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000414>
- Maguire, A., Moriarty, J., O'Reilly, D., & McCann, M. (2017). Education as a predictor of antidepressant and anxiolytic medication use after bereavement: a population-based record linkage study. *Quality of Life Research*, 26(5), 1251– 1262. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1440-1>
- Makhmudah, A. N. L., Wibowo, M. E., & Awalya, A. (2019). Cognitive Behavior Group Counseling with Cognitive Restructuring and Problem Solving Techniques to Reduce Anxiety. *Jurnal Bimbingan Konseling*, 8(2), 174-181. Retrieved from <https://journal.unnes.ac.id/sju/index.php/jubk/article/view/28489>
- Manchester, K. R. (2019). The Physicochemical and Pharmacokinetic Properties of Benzodiazepines Appearing as New Psychoactive Substances. University of Huddersfield. Disponible en: <http://eprints.hud.ac.uk/id/eprint/34997/>
- Manconi, M., Ferri, R., Miano, S., Maestri, M., Bottasini, V., Zucconi, M., & Ferini- Strambi, L. (2017). Sleep architecture in insomniacs with severe benzodiazepine abuse. *Clinical Neurophysiology*, 128(6), 875–881. <https://doi.org/10.1016/j.clinph.2017.03.009>
- Martínez, I. A., Moreno, M. de la C. C., Moreno, D. C., Casanova, J. M. G., & Reyes, F. M. (2021). Caracterización de la prescripción de ansiolíticos en adultos mayores institucionalizados en un hogar de ancianos. *International Journal of Medical and Surgical Sciences*, 8(1), 1–12. <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ijmss/article/download/633/1067>
- Martínez-Galiano, J. M., Hernández-Martínez, A., Rodríguez-Almagro, J., Delgado-Rodríguez, M., Rubio-Alvarez, A., & Gómez-Salgado, J. (2019). Women's quality of life at 6 weeks postpartum: influence of the discomfort present in the puerperium.

- International Journal of Environmental Research and Public Health, 16(2), 253.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph16020253>
- Martínez-López, A., González-Cuello, A.M., Roldán-Chicano, M.T., Cervantes-Marín, C., Conesa-Morales, A.M. y Riquelme-Hurtado, M.J. (2022). Intervenciones de enfermería psicoeducativas presenciales y on-line, para el manejo de la ansiedad: revisión integradora de la literatura. *Enfermería Global*. 21(4), 531–561. doi:<https://doi.org/10.6018/eglobal.503401>.
- Marwood, L., Wise, T., Perkins, A. M., & Cleare, A. J. (2018). Meta-analyses of the neural mechanisms and predictors of response to psychotherapy in depression and anxiety. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 95, 61– 72. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.022>
- Mauvais-Jarvis, F., Merz, N. B., Barnes, P. J., Brinton, R. D., Carrero, J. J., DeMeo, D. L., ... & Suzuki, A. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*, 396(10250), 565-582. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31561-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31561-0)
- Mauvais-Jarvis, F., Merz, N. B., Barnes, P. J., Brinton, R. D., Carrero, J.-J., DeMeo, D. L., De Vries, G. J., Epperson, C. N., Govindan, R., & Klein, S.
- Mayo-Wilson, E., y Montgomery, P. (2013). Terapia conductual (autoayuda) y terapia cognitivo-conductual proporcionadas por distintos medios para los trastornos de ansiedad en adultos. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005330.pub4>
- Mesa Castro, Nuria. (2019). Influencia de la inteligencia emocional percibida en la ansiedad y el estrés laboral de enfermería. *Ene*, 13(3), 13310. Epub 24 de febrero de 2020. Recuperado en 29 de marzo de 2023, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1988-348X2019000300010&lng=es&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2019000300010&lng=es&tlng=pt).
- Michaels, N. L., Spiller, H. A., Badeti, J., Sheftall, A. H., Funk, A. R., & Smith, G. A. (2021). Benzodiazepine exposures among women of reproductive age in the US, 2004-

2018. *Human & experimental toxicology*, 40(11), 1807–1816.  
<https://doi.org/10.1177/09603271211013431>

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2017). Plan Nacional Sobre Drogas 2017. Gobierno de España.  
[https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/2019 MEMORIA 2017.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/2019_MEMORIA_2017.pdf)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2017-2018). Encuesta sobre alcohol y drogas y otras adicciones en España (EDADES).  
[http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Infografia.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Infografia.pdf)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). (2017). Serie informes monográficos. Salud mental.  
[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD\\_MENTAL.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). (2017). Utilización de servicios sanitarios (valores porcentuales y medias).  
[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17\\_MOD2\\_REL.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_MOD2_REL.pdf)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). (2018). Principales resultados. Recuperado de  
[https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017\\_notatecnica.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf)

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2019). Informe 2019 alcohol, tabaco, y drogas ilegales en España. Recuperado de  
<http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informacionEstadisticas/pdf/2019OEDA-INFORME.pdf>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2017). Encuesta Nacional de Salud de España (ENSE). <https://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2018-2020). Plan de acción sobre adicciones. [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD\\_2018-2020\\_FINAL.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). (2014, January 27). Informe De Utilización De Medicamentos. (U/HAY/V1/17012014). Utilización de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España durante el periodo 2000-2012. [https://www.aemps.gob.es/eu/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos\\_hipnoticos-2000-2012.pdf](https://www.aemps.gob.es/eu/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/ansioliticos_hipnoticos-2000-2012.pdf)
- Ministerio de Sanidad. (2020). Encuesta Europea de Salud en España 2020. Recuperado de [https://www.sanidad.gob.es/estadestudios/estadisticas/encuestaeuropea/enc\\_eur\\_salud\\_en\\_esp\\_2020.htm](https://www.sanidad.gob.es/estadestudios/estadisticas/encuestaeuropea/enc_eur_salud_en_esp_2020.htm)
- MINSAL. (1994). Normas Técnicas: Prescripción racional de Benzodiazepinas. [juridico1.minsal.cl/RESOLUCION\\_1252\\_94.doc](http://juridico1.minsal.cl/RESOLUCION_1252_94.doc)
- Mokhar, A., Tillenburg, N., Dirmaier, J., Kuhn, S., Härter, M., & Verthein, U. (2018). Potentially inappropriate use of benzodiazepines and z-drugs in the older population—analysis of associations between long-term use and patient-related factors. *PeerJ*, 6, e4614. <https://doi.org/10.7717/peerj.4614>
- Moorhead, S., Swanson, E., Johnson, M., & Maas, M. L. (Eds.). (2019). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) Sexta edición: medición de resultados en salud*. Barcelona: España Elsevier. [https://shop.elsevier.com/books/clasificacion-de-resultados-de-enfermeria-\(noc\)/author/978-84-9113-405-3](https://shop.elsevier.com/books/clasificacion-de-resultados-de-enfermeria-(noc)/author/978-84-9113-405-3)
- Morgan, S. G., Weymann, D., Pratt, B., Smolina, K., Gladstone, E. J., Raymond, C., & Mintzes, B. (2016). Sex differences in the risk of receiving potentially inappropriate

- prescriptions among older adults. *Age and Ageing*, 45(4), 535– 542. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw074>
- Mörtberg, E., Clark, D. M., & Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: Sustained improvement at 5- year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 994–1000. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.06.007>
- Mosteiro García, M. J., & Castro, A. M. P. (2017). Análisis de los estereotipos de género en alumnado de formación profesional: diferencias según sexo, edad y grado. *Revista de Investigación Educativa*, 35(1), 151–165. <https://doi.org/10.6018/rie.35.1.257191>
- Nechita, D., Nechita, F., & Motorga, R. (2018). A review of the influence the anxiety exerts on human life. *Rom J Morphol Embryol*, 59(4), 1045–1051. [https://rjme.ro/RJME/resources/files/NechitaDan\\_RJME\\_59\\_4\\_2018.pdf](https://rjme.ro/RJME/resources/files/NechitaDan_RJME_59_4_2018.pdf)
- Neckenig Bramon, E. (2018). Conformidad con el rol de género femenino, orientación sexual y salud mental. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/46688/>
- Nicolini, H. (2020). Depresión y ansiedad en los tiempos de la pandemia de COVID- 19. *Cirugía y Cirujanos*, 88(5), 542–547. <https://doi.org/10.24875/ciru.m20000067>
- Nordstrom, K., Berlin, J. S., Nash, S. S., Shah, S. B., Schmelzer, N. A., & Worley, L. L. M. (2019). Boarding of Mentally Ill Patients in Emergency Departments: American Psychiatric Association Resource Document. *The western journal of emergency medicine*, 20(5), 690–695. <https://doi.org/10.5811/westjem.2019.6.42422>
- Núñez-Pizarro, J. L., González-Luna, A., Mezones-Holguín, E., Blümel, J. E., Barón, G., Bencosme, A., Benítez, Z., Bravo, L. M., Calle, A., Flores, D., Espinoza, M. T., Gómez, G., Hernández-Bueno, J. A., Martino, M., Lima, S., Monterrosa, A., Mostajo, D., Ojeda, E., Onatra, W., Sánchez, H., Chedraui, P. (2017). Association between anxiety and severe quality-of-life impairment in postmenopausal women: analysis of a multicenter Latin American cross- sectional study. *Menopause (New York, N.Y.)*, 24(6), 645–652. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000000813>

- Obaya Prieto, C. (2018). Eficacia de la terapia Psicoeducativa grupal de reducción de estrés en “Atención Plena /Mindfulness en personas con síntomas asociados a trastornos de ansiedad y/o depresión. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA), 6(3), 57-69. <file:///C:/Users/redac/Downloads/Dialnet-EficaciaDeLaTerapiaPsicoeducativaGrupalDeReduccion-6861647.pdf>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018). Estadísticas básicas. <https://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Oh, C.-M., Kim, H. Y., Na, H. K., Cho, K. H., & Chu, M. K. (2019). The effect of anxiety and depression on sleep quality of individuals with high risk for insomnia: a population-based study. *Frontiers in Neurology*, 849. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.00849>
- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD011565. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011565.pub2>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). CIE 10 : Trastornos mentales y del comportamiento : descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. MEDITOR. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/40510>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2011). Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala de país. Informe de la secretaria. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85966/A65\\_10-sp.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85966/A65_10-sp.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Salud de la mujer. Datos y cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). Salud mental. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>

- Otto, M. W., McHugh, R. K., Simon, N. M., Farach, F. J., Worthington, J. J., & Pollack, M. H. (2010). Efficacy of CBT for benzodiazepine discontinuation in patients with panic disorder: Further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 48(8), 720–727. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.04.002>
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00054020>
- Özdin S, Bayrak Özdin Ş. Niveles y predictores de ansiedad, depresión y ansiedad por la salud durante la pandemia de COVID-19 en la sociedad turca: la importancia del género. *Revista Internacional de Psiquiatría Social*. 2020;66(5):504-511. doi:[10.1177/0020764020927051](https://doi.org/10.1177/0020764020927051)
- Pallarés, Jacinto & Rosel, Jesús & Jara, Pilar & Herrero, Francisco & Calero, Jose. (2011). Un ejemplo de la utilidad del modelo de regresión logística ordinal en estudios con variables de tipo frecuencial acumulativo utilizando el programa SPSS.
- Parsons, T. D., & Rizzo, A. A. (2008). Affective outcomes of virtual reality exposure therapy for anxiety and specific phobias: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 250–261. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.07.007>
- Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos. *Revista Médica Del Uruguay*, 36(3), 247–251. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v36n3/1688-0390-rmu-36-03-247.pdf>
- Pastor, M. A. (2014). Evaluación de las intervenciones de enfermería en los cuidados a mujeres con diagnóstico enfermero ansiedad. Universidad de Murcia. <https://hdl.handle.net/10201/38682>

- Pastrana, J. (2017). *Guía de ayuda a pacientes y familiares: Trastornos de ansiedad y estrés*. España: Fundación Arpegio.
- Payne, R.A. (2009). *Técnica de relajación. Guía práctica para el profesional de la salud* (5ª. ed.). Barcelona, España: Paidotribo  
[https://books.google.co.ve/books/about/T%C3%89CNICAS\\_DE\\_RELAJACI%C3%93N\\_Gu%C3%ADa\\_pr%C3%A1ctica.html?id=xuq1cQAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.co.ve/books/about/T%C3%89CNICAS_DE_RELAJACI%C3%93N_Gu%C3%ADa_pr%C3%A1ctica.html?id=xuq1cQAACAAJ&redir_esc=y)
- Pekrun, R. (2019). Expectancy–value theory of anxiety: Overview and implications. *Anxiety: Recent Developments in Cognitive, Psychophysiological, and Health Research*, 23–42. <https://doi.org/10.4324/9781315825199>
- Peláez, I. M. (2016). Modelos de regresión: lineal simple y regresión logística. *Revista Seden*, 14, 195-214.
- Peláez, I. M. (2016). Modelos de regresión: lineal simple y regresión logística. *Revista Seden*, 14, 195-214.
- Peña, E., Bernal, L., Pérez, R., Reyna, L., & García, K. G. (2017). Stress and coping strategies in Higher Level Students of the Autonomous University of Guerrero. *NURE Investigación*, 15(92), 1–8.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6279759>
- Perna, G., Alciati, A., Riva, A., Micieli, W., & Caldirola, D. (2016). Long-term pharmacological treatments of anxiety disorders: an updated systematic review. *Current Psychiatry Reports*, 18(3), 1–16. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0668-3>
- Petterson, Stephen; Westfall, John M.; and Miller, Benjamin F., "Projected Deaths of Despair from COVID-19" (2020). *Articles, Abstracts, and Reports*. 3054. <https://digitalcommons.psjhealth.org/publications/3054>
- Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2017). <https://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Portillo, J. (2011). *Publicación Bioestadística: Tamaño muestral, Error  $\alpha$  y  $\beta$* . En Pita, S. (Ed.), *Guía práctica del curso de bioestadística aplicada a las ciencias de la salud*

- (1a. ed., pp. 195). Madrid, España: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional. [https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guia\\_Practica\\_Bioestadistica.pdf](https://ingesa.sanidad.gob.es/bibliotecaPublicaciones/publicaciones/internet/docs/Guia_Practica_Bioestadistica.pdf)
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(3), 561– 569. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.006>
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay. Quinta encuesta nacional sobre consumo de drogas en hogares [En línea]. Recuperado de <https://www.gub.uy/presidencia/comunicacion/fotos/quinta-encuesta-nacional-sobre-consumo-drogas-hogares>
- Prieto, C. O. (2018). Eficacia de la terapia psicoeducativa grupal de reducción de estrés basada en “atención plena/mindfulness” en personas con síntomas asociados a trastornos de ansiedad y/o depresión. *RqR Enfermería Comunitaria*, 6(3), 57–69. <https://hdl.handle.net/11162/223576>
- Quispe, L. (2009). Aplicación de la regresión logística ordinal en el estudio de la relación entre la satisfacción personal y algunos trastornos depresivos en mujeres unidas o alguna vez unidas de Lima Metropolitana y Callao, 2002. Tesina para optar el título profesional de Licenciada en Estadística. Escuela Académico Profesional de Estadística, Facultad de Ciencias Matemáticas, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Ramírez, A., Espinosa, C., Herrera A. F., Espinosa, E., y Ramírez, A. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Docente*, 1(102), 6-12. <http://www.index-f.com/edocente/102pdf/10206.pdf>
- Ramirez-Arriaga, A. A., Haro-Acosta, M. E., Hernández-González, C., & Gastelum-Verduzco Leticia Guadalupe. (2019). Nivel de ansiedad en los pacientes previo a su atención dental en el primer nivel de atención. *Revista Tame*, 8(22),

- 860+. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenl.cgi?IDARTICULO=91339>
- Ramírez-Moreno, J. M., Giménez-Garrido, J., Álvarez-González, A., Saul-Calvo, M., Bermudo-Benito, E., Cabanillas-Jado, A., & Casado-Naranjo, I. (2007). Programa piloto de atención a pacientes con migraña a través de un sistema de telemedicina-teleconsulta en la práctica clínica diaria. *Rev. Neurol.(Ed. Impr.)*, 73–76. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lbc-055729>
- Ramírez-Ortiz, J., Fontecha-Hernández, J., & Escobar-Córdoba, F. (2020). Efectos del aislamiento social en el sueño durante la pandemia COVID- 19. <https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.801>
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud Mental*, 37(4), 275–281. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam144a.pdf>
- Rang, H. P., Ritter, J. M., Flower, R. J., y Henderson, G. (2016). Ansiolíticos e hipnóticos. En Rang, H. P. (Ed.), *Rang y Dale Farmacología* (8a. ed., pp. 536- 545). Barcelona, España: Elsevier. <https://www.elsevier.com/books/rang-y-dale-farmacologia/ritter/978-84-9113-558-6>
- Rees, C. S., & Stone, S. (2005). Therapeutic Alliance in Face-to-Face Versus Videoconferenced Psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 649–653. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.6.649>
- Richards, G., & Smith, A. P. (2016). A review of energy drinks and mental health, with a focus on stress, anxiety, and depression. *Journal of Caffeine Research*, 6(2), 49–63. <https://doi.org/10.1089/jcr.2015.0033>
- Riva, G. (2005). Virtual reality in psychotherapy. *Cyberpsychology & Behavior*, 8(3), 220–230. <https://doi.org/10.1089/cpb.2005.8.220>
- Rodrigues F, Bártolo A, Pacheco E, *et al.* Psycho-Education for anxiety disorders in adults: A systematic review of its effectiveness. *J Foren Psy.* 2018;3: 142. doi: 10.4172/2475-319X.1000142.

- Rojas-Jara, C., Calquin, F., González, J., Santander, E., & Vásquez, M. (2019). Efectos negativos del uso de benzodiazepinas en adultos mayores: una breve revisión. *Salud & Sociedad*, 10(1), 40-50. <https://doi.org/10.22199/S07187475.2019.0001.00003>
- Rollman, B. L., Herbeck Belnap, B., Abebe, K. Z., Spring, M. B., Rotondi, A. J., Rothenberger, S. D., & Karp, J. F. (2018). Effectiveness of Online Collaborative Care for Treating Mood and Anxiety Disorders in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 75(1), 56–64. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.3379>
- Rosas-Gutiérrez, I., Simón-Arceo, K., & Mercado, F. (2013). Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. *Salud Mental*, 36(4), 325– 329. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2013/sam134g.pdf>
- Sachdeva, A., Choudhary, M., & Chandra, M. (2015). Alcohol Withdrawal Syndrome: Benzodiazepines and Beyond. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 9(9), VE01–VE07. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/13407.6538>
- Sánchez Díaz, M., Martín-Calvo, M. L., & Mateos-Campos, R. (2021). Trends in the Use of Anxiolytics in Castile and Leon, Spain, between 2015–2020: Evaluating the Impact of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5944. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115944>
- Sánchez, A. R., Calderón, C. E., Montenegro, A. F. H., Calderón, E. E., & Moyano, A. R. (2014). Beneficios de la psicoeducación de entrenamiento en técnicas de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Docente*, 1(102), 7. <http://www.index-f.com/edocente/102pdf/10206.pdf>
- Sánchez, M. P. (2014). *La salud de las mujeres*. Madrid, España: Editorial Síntesis. <https://www.sintesis.com/psicologia-educacion-206/la-salud-de-las-mujeres-libro-1803.html>
- Sanchez, V. R. (2017). Una adicción invisible: práctica de prescripción y representaciones sociales del consumo de benzodiazepinas desde el enfoque de

- género. Universidad Miguel Hernández.  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/cittes?codigo=113589>
- Schofield P, Gough K, Pascoe M, *et al.* A nurse-and peer-led psycho-educational intervention to support women with gynaecological cancers receiving curative radiotherapy: The PeNTAGOn randomised controlled trial–ANZGOG 1102. *Gynecologic Oncology*. 2020 Dec 1;159(3):785-93.
- Sebghatollahi, V., Tabesh, E., Gholamrezaei, A., Zandi, A. R., Minakari, M., & Shavakhi, A. (2017). Premedication with benzodiazepines for upper gastrointestinal endoscopy: Comparison between oral midazolam and sublingual alprazolam. *Journal of research in medical sciences: the official journal of Isfahan University of Medical Sciences*, 22, 133. [https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS\\_432\\_17](https://doi.org/10.4103/jrms.JRMS_432_17)
- Sher L. (2020). COVID-19, anxiety, sleep disturbances and suicide. *Sleep medicine*, 70, 124. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2020.04.019>
- Shereda, H. M. A., Shattla, S. I., Amer, H. M., & Kasemy, Z. A. A. (2019). The effectiveness of a psycho-educational nursing intervention on illness perception, knowledge and expressed emotion of caregivers of patients with first episode psychosis. *Journal of Nursing Education and Practice*, 9(7). [The-effectiveness-of-a-psycho-educational-nursing-intervention-on-illness-perception-knowledge-and-expressed-emotion-of-caregivers-of-patients-with-first-episode-psychosis.pdf](#) (researchgate.net)
- Shevlin, M., McBride, O., Murphy, J., Miller, J. G., Hartman, T. K., Levita, L., Mason, L., Martinez, A. P., McKay, R., & Stocks, T. V. A. (2020). Anxiety, depression, traumatic stress and COVID-19-related anxiety in the UK general population during the COVID-19 pandemic. *BJPsych Open*, 6(6). E125. <https://doi.org/10.1192/bjo.2020.109>
- Shore, J. H. (2013). Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care. *American Journal of Psychiatry*, 170(3), 256–262. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.12081064>

- Simpson, C. A., Diaz-Arteche, C., Eliby, D., Schwartz, O. S., Simmons, J. G., & Cowan, C. S. M. (2021). The gut microbiota in anxiety and depression—A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 83, 101943. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101943>
- Soares, C. N. (2005). Insomnia in women: an overlooked epidemic? *Archives of Women's Mental Health*, 8(4), 205–213. <https://doi.org/10.1007/s00737-005-0100-1>
- Soriano González, J. (2012). Estudio cuasi-experimental sobre las terapias de relajación en pacientes con ansiedad. *Enfermería Global*, 11(26), 39–53. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/clinica4.pdf>
- Soyka, M. (2017). Treatment of benzodiazepine dependence. *New England Journal of Medicine*, 376(12), 1147–1157. <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n26/clinica4.pdf>
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buela-Casal, G., Guillén- Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. (2015). STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (9a. ed., rev. y ampl.). Madrid, España: TEA. <https://web.teaediciones.com/Ejemplos/STAI-Manual-Extracto.pdf>
- Stasiak, K., Merry, S. N., Frampton, C., & Moor, S. (2018). Delivering solid treatments on shaky ground: feasibility study of an online therapy for child anxiety in the aftermath of a natural disaster. *Psychotherapy Research*, 28(4), 643–653. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1244617>
- Ströhle, A., Gensichen, J., & Domschke, K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Deutsches Arzteblatt international*, 155(37), 611–620. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0611>
- Stuijzand, S., Creswell, C., Field, A. P., Pearcey, S., & Dodd, H. (2018). Research Review: Is anxiety associated with negative interpretations of ambiguity in children and adolescents? A systematic review and meta- analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(11), 1127–1142. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12822>

- Tamburin, S., Federico, A., Faccini, M., Casari, R., Morbioli, L., Sartore, V., Mirijello, A., Addolorato, G., & Lugoboni, F. (2017). Determinants of quality of life in high- dose benzodiazepine misusers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(1), 38. <https://doi.org/10.3390/ijerph14010038>
- Tannenbaum, C., Ellis, R. P., Eyssel, F., Zou, J., & Schiebinger, L. (2019). Sex and gender analysis improves science and engineering. *Nature*, 575(7781), 137– 146. <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1657-6>
- Tapia, F. M., Castro, W. L., Poblete, C. M., & Soza, C. M. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, 38(1), 53– 58. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2015/sam151h.pdf>
- Tello, M. E., Téllez, A., Ruiz, A., De Frutos, M. A., & Elcano, R. (1997). Técnicas grupales y relajación en el tratamiento de algunos subtipos de ansiedad: un estudio de intervención controlado no aleatorio. *Atención Primaria*, 19, 67-71.
- Thibaut, F. (2017). Anxiety disorders: a review of current literature. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 87. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.2/fthibaut>
- Tiziani, A. (2018). Havard: Fármacos en enfermería. (5a. ed., pp. 54-56). México, Ciudad de México: Manual Moderno. [Havard: Fármacos en enfermería - Adriana Tiziani - Google Libros](#)
- Torres, F. (2020). American Psychiatric Association. What is schizophrenia? [Web page]. Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/schizophrenia/what-is-schizophrenia>
- Tyrer., Murphy, S., y Riley, P. (1990). The benzodiazepine withdrawal symptom questionnaire. *Journal of affective disorders*, 19(1), 53-61. doi: [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(90\)90009-W](https://doi.org/10.1016/0165-0327(90)90009-W)
- Umann, J., Guido, L. de A., & Silva, R. M. da. (2014). Estresse, coping e presenteísmo em enfermeiros que assistem pacientes críticos e potencialmente críticos. *Revista*

- Da Escola de Enfermagem Da USP, 48, 891–898. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400005000016>
- Valera, M. R. (2018). Efectividad de una intervención enfermera sobre abordaje al tabaquismo en diferentes servicios de la red de Salud Mental (tesis doctoral). Universidad de Murcia, España. <http://hdl.handle.net/10201/61999>
- Vancampfort, D., Sánchez, C. P. R., Hallgren, M., Schuch, F., Firth, J., Rosenbaum, S., Van Damme, T., & Stubbs, B. (2021). Dropout from exercise randomized controlled trials among people with anxiety and stress-related disorders: a meta-analysis and meta-regression. *Journal of Affective Disorders*, 282, 996– 1004. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.003>
- Velasco, A., Beneit, J. V. (1985). Pregrado Farmacología (Vol. 1). Madrid, España: Luzán 5 Ediciones.
- Velasco, S. (2006). Atención biopsicosocial al malestar de las mujeres. Intervención en Atención Primaria de Salud. Madrid, España: Instituto de la Mujer. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://dx.doi.org/10.14198/fem.2007.10.08>
- Velasco, S. (2009). Sexos, género y salud. Madrid: Minerva Ediciones. <https://www.casadellibro.com/libro-sexos-genero-y-salud-teoria-y-metodos-para-la-practica-clinica-y-programas-de-salud/9788488123695/1252218>
- Ventura, S., Baños, R. M., Botella, C., & Mohamudally, N. (2018). Virtual and augmented reality: New frontiers for clinical psychology. *State of the Art Virtual Reality and Augmented Reality Knowhow*, 10. [State of the Art Virtual Reality and Augmented Reality Knowhow - Google Libros](#)
- Vera, S. R., Delgado Z. & González, C. A. (2017). Aplicación de la escala de Hamilton en la evaluación del estado de ansiedad preoperatoria en dos Hospitales de Quito, octubre-noviembre. 2016 (tesis de pregrado). Universidad Central Del Ecuador, Quito. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/11612>

- Vicente Herrero M., T. (2020) Pandemia COVID-19 situaciones de ansiedad y uso de tratamientos distintos a los psicofármacos. <https://www.researchgate.net/profile/Maria-Teofila-Herrero/publication/341733974>
- Vicente, M. T. (2020). Pandemia COVID-19 situaciones de ansiedad y uso de tratamientos distintos a los psicofármacos. <https://www.researchgate.net/publication/341733974> Pandemia COVID-19 situaciones de ansiedad y uso de tratamientos distintos a los psicofármacos
- Viniegra Domínguez, M. A., Parellada Esquius, N., Miranda de Moraes Ribeiro, R., Parellada Pérez, L. M., Planas Olives, C., & Momblan Trejo, C. (2015). Abordaje integrativo del insomnio en atención primaria: medidas no farmacológicas y fitoterapia frente al tratamiento convencional [An integral approach to insomnia in primary care: Non-pharmacological and phytotherapy measures compared to standard treatment]. *Atencion primaria*, 47(6), 351–358. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.07.009>
- Viveros Fuentes, S., Guerra Frías, M., Peña Alfaro González, S. R., Tovar Soza, M. A., & Uriza Gomez, T. (2010). *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*. American Psychological Association, Washington, (EUA) [https://books.google.co.ve/books/about/Manual\\_de\\_Publicaciones\\_de\\_la\\_American\\_P.html?id=EjvcoAEACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.co.ve/books/about/Manual_de_Publicaciones_de_la_American_P.html?id=EjvcoAEACAAJ&redir_esc=y)
- Weaver M. F. (2015). Prescription Sedative Misuse and Abuse. *The Yale journal of biology and medicine*, 88(3), 247–256. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4553644/>
- Wittkopf, S., Stroth, S., Langmann, A., Wolff, N., Roessner, V., Roepke, S., Poustka, L., & Kamp-Becker, I. (2021). Differentiation of autism spectrum disorder and mood or anxiety disorder. *Autism*, <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/13623613211039673>

- Wright, J. H., Owen, J. J., Richards, D., Eells, T. D., Richardson, T., Brown, G. K., Barrett, M., Rasku, M. A., Polser, G., & Thase, M. E. (2019). Computer- assisted cognitive-behavior therapy for depression: a systematic review and meta- analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 80(2), 3573. <https://doi.org/10.4088/JCP.18r12188>
- Xing, L., Chen, R., Diao, Y., Qian, J., You, C., & Jiang, X. (2016). Do psychological interventions reduce depression in hemodialysis patients?: A meta-analysis of randomized controlled trials following PRISMA. *Medicine*, 95(34), e4675. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000004675>
- Yin, J., Tang, L., & Dishman, R. K. (2021). The effects of a single session of mindful exercise on anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Mental Health and Physical Activity*, 21, 100403. <https://doi.org/10.1016/j.mhpa.2021.100403>
- Zale, E. L., Dorfman, M. L., Hooten, W. M., Warner, D. O., Zvolensky, M. J., & Ditre, W. (2014). Tobacco smoking, nicotine dependence, and patterns of prescription opioid misuse: results from a nationally representative sample. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(9), 1096–1103. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntu227>
- Zhechkova-Tsvyatkova, R. (2016). Uso de benzodiazepinas en mujeres menopáusicas y postmenopáusicas. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/51076/>
- Zina, C. N. (2018). El consumo de psicofármacos en mujeres en el Uruguay: hacia una transversalización de género en los planes y programas de salud mental y uso de drogas. Aportes a las políticas públicas desde la perspectiva de género. <https://flacso.edu.uy/web/wp-content/uploads/2018/06/Libro-FLACSO-version-1.pdf#page=84>

## APÉNDICES

### Apéndice 1

#### Escala de Hamilton para la Ansiedad (HARS)

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. El marco de referencia temporal son los últimos 3 días (al menos los 3 últimos) en todos los ítems, excepto el último, en el que se valora la conducta del paciente durante la entrevista.

Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Síntomas de los estados de ansiedad	Así me siento					Puntos
	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/incapacitante	
						0
						1
						2
						3
						4
<b>1.</b> Estado de ánimo ansioso, preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4	
<b>2.</b> Tensión, sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4	
<b>3.</b> Temores a la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4	
<b>4.</b> Insomnio, dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar	0	1	2	3	4	

Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

5. Intelectual (cognitivo), dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido, pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares), dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales), zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de homígueo	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares, taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios, opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales, dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios, micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos, boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general), tenso/a, no relajado/a, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud: pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial	0	1	2	3	4
<i>Comportamiento (fisiológico): Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 lat/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados).__</i>					

---

**PUNTUACIÓN TOTAL:**

**Fuente. Extraído de Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 2ª edición de Bobes, J., G-Portilla, M. P., Bascarán M. T., Sáiz P. A. y Bousoño M. Copyright 2002 para Ars Médica**

**Interpretación del HARS:**

- La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems y el rango oscila entre los 0 a 56 puntos.
- Según diferentes bibliografías encontradas como la de (Rajput et al., 2016), nos proporcionan unos puntos de corte indicativos de: estado de no ansiedad, ansiedad leve, ansiedad moderada y ansiedad grave.
  - **0-5:** no ansiedad
  - **6-14:** ansiedad leve
  - **15-28:** ansiedad moderada
  - **≥ 29:** ansiedad grave

## **Apéndice 2**

### **Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### **ANSIEDAD/ESTADO**

**Instrucciones:** A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación de 0 a 3 que indique mejor cómo se siente usted ahora mismo, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

<b>Así me siento</b>	<b>Puntos</b>
Nada	0
Algo	1
Bastante	2
Mucho	3

	<b>Nada</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansado	0	1	2	3
9. Me siento angustiado	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3

11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido)	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

**Fuente. Recuperado de Adaptación y Validación del inventario Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en población Universitaria de la Provincia de Ñuble. De Burgos, P., & Gutiérrez, A. Copyright 2013 por Universidad de Chile.**

#### **Interpretación del STAI/E:**

- La subescala Ansiedad Estado (STAI/E) está compuesta por 20 ítems, cada uno de ellos puntuado de 0 a 3 puntos, que describen cómo se siente la persona en ese momento.
- En la parte de Ansiedad Estado hay diez elementos de escala directa y otros diez de escala invertida, mientras que, en la parte de Ansiedad Rasgo, se incluyen siete elementos de escala invertida y los trece restantes son de escala directa.
- La puntuación total en la versión española tiene un intervalo entre 0 y 60 puntos para cada una de las subescalas, y no hay puntos de corte establecidos, sino que las puntuaciones directas obtenidas se transforman en centiles en función del sexo y edad.
- Se ha constatado que las puntuaciones Ansiedad Estado aumentan como respuesta a diferentes tipos de tensión y disminuyen como resultado de las técnicas de relajación; es decir, a mayor puntuación, mayor ansiedad
- Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

*Categorías del STAI. Puntuaciones para interpretación*

<b>ADULTOS</b>	<b>VARONES</b>		<b>MUJERES</b>	
<b>CATEGORÍAS</b>	<b>A/E</b>	<b>A/R</b>	<b>A/E</b>	<b>A/R</b>
<b>MUY ALTO</b>	29 60	26 60	32 60	33 60
<b>MEDIO ALTO</b>	20 28	20 25	23 31	26 32
<b>PROMEDIO</b>	19	19	20 22	24 25
<b>MEDIO BAJO</b>	14 18	14 18	15 19	17 23
<b>MUY BAJO</b>	0 13	0 13	0 14	0 16

Fuente. STAI Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo de Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R. E., Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., y Seisdedos Cubero, N. Copyright 2015 para TEA

### Apéndice 3

#### **Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiacepinas (BWSQ-2)**

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

**Instrucciones:** Cada uno de los sentimientos listados debajo han sido descritos por algunas personas cuando ellos redujeron o retiraron sus tranquilizantes. Por favor, recuerde algunos de estos sentimientos que haya experimentado en las últimas 2 semanas poniendo una X en la casilla apropiada para cada ítem.

Así me siento	Puntos
No síntomas	0
Síntomas moderados	1
Síntomas graves	2

	No síntomas	Síntomas moderados	Síntomas graves
1. Sentimientos de irrealidad			
2. Muy sensible al ruido			
3. Muy sensible a la luz			
4. Muy sensible a los olores			
5. Muy sensible al tacto			
6. Sabor extraño en la boca			
7. Dolores musculares			
8. Contracciones musculares			
9. Sacudidas o temblores			
10. Hormigueos y pinchazos (en manos, brazos o piernas)			
11. Mareos			
12. Sentimientos de inestabilidad			
13. Sentirse enfermo/a			
14. Sentirse deprimido/a			
15. Molestias en los ojos			
16. Sensación de que las cosas se mueven cuando están quietas			

17. Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones)			
18. Incapacidad de controlar sus movimientos			

17. Ver o escuchar cosas que no existen (alucinaciones)			
18. Incapacidad de controlar sus movimientos			
19. Disminución de memoria			
20. Disminución de apetito			
<b>Puntuación total:</b>			
<b>Cualquier otro síntoma (describir cada uno debajo)</b>			
21.			
22.			
23.			
24.			
<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b>			

Fuente. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica 6ª edición de M.P. G-Portilla, M.T. Bascarán, P.A. Sáiz, M. Parellada, M. Bousoño y J. Bobes. Copyright 2011 por Comunicación y ediciones sanitarias (CYESAN).

#### Interpretación del BWSQ-2:

- El cuestionario se aplica al paciente con una declaración introductoria indicando que está dirigido a los síntomas de abstinencia.
- El cuestionario es completado por el sujeto en presencia de un asesor y las cuestiones pueden ser preguntadas para dilucidar cada ítem.
- Consta de 20 ítems más una serie de síntomas adicionales. Cada puntuación de síntomas «moderados» se puntúa con 1 y por los síntomas «graves» se puntúa con 2, siendo la puntuación máxima posible de 40, sin incluir los síntomas adicionales.
- No hay puntos de corte, a mayor puntuación mayor gravedad del síndrome de abstinencia. Por otro lado, las puntuaciones más bajas, predicen el no uso o uso limitado de BZD al finalizar el seguimiento correspondiente.

## ANEXOS:

### **Anexo1: Programa del taller psicoeducativo telemático**

PROGRAMA SOBRE INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO ENFERMERO DE ANSIEDAD CONSUMIDORAS DE BENZODIACEPINAS

**Lugar:** Taller online a través de la aplicación Zoom

**Horario:** Grupo 1: Martes de 17 a 17.45 h.

Grupo 2: Martes de 18.30 a 19.15 h.

Grupo 3: Jueves de 17 a 17.45 h.

**Docentes:** Alicia Martínez, Caridad Cervantes, Ana Conesa, M<sup>a</sup> José Riquelme y Javier Aparicio Mercader.

#### **PROGRAMA**

##### **16-18 de Febrero de 2021: SESIÓN DE BIENVENIDA. HABLEMOS DE LA ANSIEDAD**

- Presentación del taller/grupo
- Entrega de material online y cronograma del taller
- Presentación de los contenidos, dinámicas de las sesiones y normas del grupo
- Exposición teórica: Definición de ansiedad, sintomatología asociada, signos de descompensación acaecidos durante la crisis y diferencia entre ansiedad normal y patológica
- Compartir experiencias referidas a la sintomatología presentada por cada paciente
- Definición de estrés. Diferencias entre estrés y ansiedad
- Enseñar la técnica de respiración diafragmática o abdominal
- Puesta en común de tareas para realizar en casa y dudas
- Recogida a través del correo electrónico de los test STAI y BWSQ enviado en la primera entrevista

##### **23-25 de Febrero: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ANSIEDAD**

- Resumen de la sesión del día anterior y resolución de tareas a realizar en casa
- Exposición teórica: Conocer los diferentes tratamientos farmacológicos usados en la ansiedad y sus posibles efectos secundarios. Recomendaciones sobre la sexualidad y sobre la importancia de cumplir bien el tratamiento
- Práctica de la respiración abdominal o diafragmática
- Puesta en común de tareas para realizar en casa, listado de webs/apps recomendadas para trabajar la ansiedad y dudas surgidas

##### **2-4 de Marzo: RECOMENDACIONES GENERALES SOBRE ALIMENTACIÓN, EJERCICIO Y SUEÑO EN LA ANSIEDAD**

- Resumen de la sesión del día anterior y resolución de tareas a realizar en casa
- Conocer los alimentos que pueden aumentar el grado de ansiedad
- Beneficios de la actividad física en la ansiedad. Desarrollar actividades para incorporar en el día a día
- Expresar y compartir conocimientos, experiencias y actitudes relacionados con el sueño. Recomendaciones para dormir bien

PROGRAMA SOBRE INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO ENFERMERO DE ANSIEDAD CONSUMIDORAS DE BENZODIAZEPINAS

- Práctica de la respiración abdominal o diafragmática
- Puesta en común de tareas para realizar en casa y dudas

**9 de Marzo de 2021: RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS (Realizada por psicólogo asociado: Javier Aparicio Mercader). Se realizará solamente el Martes 9. Grupo 1 de 17-18 h, grupo 2 de 18-19 h y grupo 3 de 19-20 h.**

- Resumen de la sesión del día anterior y resolución de tareas a realizar en casa
- Identificar y analizar los problemas que surgen debido a la ansiedad
- Expresar, compartir conocimientos, experiencias, técnicas y actitudes relacionados con la resolución de problemas
- Desarrollar habilidades para poder enfrentarse a los problemas del día a día
- Puesta en común de tareas para realizar en casa y dudas

**16-18 de Marzo: DEFINICIÓN Y PUESTA EN PRÁCTICA DE LA ASERTIVIDAD**

- Resumen de la sesión del día anterior y resolución de tareas a realizar en casa
- Definición de los diferentes estilos de comunicación y de la asertividad
- Saber identificar los diferentes estilos de comunicación
- Saber reaccionar positivamente y actuar constructivamente ante las situaciones de desacuerdo sabiendo decir “no”
- Práctica de la respiración abdominal o diafragmática
- Puesta en común de tareas para realizar en casa (carta sobre ansiedad) y dudas.
- Envío por email los test STAI, BWSQ y la encuesta de evaluación sobre la satisfacción y calidad del taller para recoger en la próxima sesión

**23-25 de Marzo: DEFINICIÓN Y PUESTA EN PRÁCTICA DE LA AUTOESTIMA. SESIÓN FINAL DE DESPEDIDA**

- Resumen de la sesión del día anterior y resolución de tareas a realizar en casa (análisis de carta sobre ansiedad)
- Definición de autoestima
- Qué hacer para querernos más y poder mejorar la autoimagen, autoconfianza, sensación de bienestar y calidad de vida. Consejos para aumentar la autoestima
- Vídeo final motivador
- Práctica de la respiración abdominal o diafragmática
- Dudas finales y aclaraciones
- Recepción a través del correo electrónico los test STAI, BWSQ y la encuesta de evaluación sobre la satisfacción y calidad del taller
- Entrega online del certificado de asistencia

➔ **Tras haber completado el taller, se volverán a pasar dos de los cuestionarios realizados en la primera entrevista, ya sea a través de llamada telefónica o**

PROGRAMA SOBRE INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO  
ENFERMERO DE ANSIEDAD CONSUMIDORAS DE BENZODIACEPINAS

**mediante correo electrónico, tanto al finalizar el taller como a los seis meses de haberlo acabado.**

## **Anexo 2: Normas del grupo**

### **NORMAS DEL GRUPO**

#### **PUNTUALIDAD**

“Haz que los otros no te tengan que esperar. No te pierdas el inicio de sesión. Tenemos que aprovechar el tiempo que tenemos en el grupo”.

#### **VEN A TODAS LAS SESIONES GRUPALES**

“Haz una alianza con el grupo. Avisa a tu enfermera en el caso que no puedas venir. **Si faltas a dos o más sesiones grupales**, con justificación o sin ella, deberás abandonar el grupo”.

#### **CONFIDENCIALIDAD**

“Puedes hablar de lo que estás aprendiendo con los otros. Respeta a tus compañeros: no hagas comentarios con otras personas sobre lo que hablan tus compañeros”.

#### **EL MISMO TIEMPO PARA TODOS**

“Da a cada persona la posibilidad de hablar. Cada persona tiene su momento para hablar; hay que evitar mantener conversaciones al margen. Lo que hablemos, nos interesa a todos”.

#### **TENER UNA ACTITUD CONSTRUCTIVA**

“Evita la crítica fácil, haz comentarios constructivos. Ayuda al resto a encontrar la parte positiva de las cosas. Se curioso, reflexivo. No presiones a nadie (evita el “deberías de...”)”.

#### **HAY QUE IR A LO PRÁCTICO**

“A lo que está orientado a las soluciones, no al lado negativo de las cosas”.

#### **MUESTRA TU APOYO**

“Da tu apoyo a otro miembro del grupo si tiene dificultades en algo que tú has podido superar. Juntos, es más sencillo”.

#### **SI NO ESTÁS AGUSTO, ¡HAZNOSLO SABER!**

“Harnos saber cómo te encuentras en el grupo. Queremos trabajar contigo”.

#### **VUELVE AL GRUPO**

“No renuncies. Si tienes problemas que no se tratan en las sesiones, podemos trabajar estos temas fuera del grupo y en otros momentos, si así lo prefieres”.

### **Anexo 3: Hoja informativa**

#### HOJA INFORMATIVA

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Intervención grupal psicoeducativa en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiacepinas en un Centro de Salud de Cartagena.

**INVESTIGADORA PRINCIPAL:** Alicia Martínez López

**CENTRO:** Centro de Salud de Los Dolores (Cartagena)

**TELÉFONO:** 968313186

**CORREO:** [alicia.martinez12@um.es](mailto:alicia.martinez12@um.es)

#### **INTRODUCCIÓN**

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el estudio al que se le invita a participar.

El estudio titulado *“Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena”* es un proyecto de tesis doctoral dirigida a las mujeres con ansiedad que consumen benzodiacepinas, cuya finalidad es la de proporcionar herramientas de autoayuda que puedan utilizarse en el día a día y de enseñar técnicas de relajación, con la finalidad de poder disminuir la ansiedad padecida, de mejorar de manera más natural y sin tomar tantos medicamentos su calidad de vida, lo cual contribuye al empoderamiento de la mujer.

Este proyecto ha sido aprobado previamente por el Comité de Ética de Investigación de Cartagena, de acuerdo con la legislación vigente, y se lleva a cabo con respeto a los principios enunciados en la declaración del Helsinki y a las normas de buena práctica clínica.

Nuestra intención es tan solo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio.

Para ello, lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno. Si tiene alguna duda diríjase a Alicia Martínez López.

HOJA INFORMATIVA

**DESCRIPCIÓN GENERAL**

De acuerdo con el diseño de nuestra investigación, los participantes forman parte de un grupo de investigación-acción participativa, donde se hará una intervención educativa grupal en formato telemático, de 6 sesiones, cuyo contenido será gravado para su uso científico y evaluativo de la efectividad de la intervención, y, donde en ningún caso, las imágenes serán utilizadas para fines no científicos o no sanitarios.

El objetivo principal del taller grupal psicoeducativo telemático es disminuir el nivel de ansiedad de las mujeres participantes.

Para ello se favorecerá el intercambio de experiencias, la participación en las tareas propuestas para conseguir los objetivos planteados y así, mejorar sus capacidades ante la enfermedad, permitiendo aumentar los conocimientos sobre la enfermedad y disminuir las exacerbaciones y/o descompensaciones relacionadas con la misma.

El objetivo principal del presente estudio es disminuir progresivamente la sintomatología de ansiedad, produciendo con ello una mejora en la calidad de vida, lo que contribuye a poder reducir o prescindir en el consumo de benzodiacepinas, siempre bajo la orden del médico prescriptor.

Las sesiones se harán de manera online a través del ordenador personal, tablet o teléfono, serán una vez a la semana en horario de tarde, tendrán una duración de 45 minutos, y contarán con 7 participantes en cada grupo.

Se estima que participarán, al menos, unos 20 pacientes en toda la intervención.

La duración del proceso de investigación de este estudio se prevé que dure seis meses, por ello, transcurridos seis meses desde el inicio del estudio, cada una de las participantes será telefoneada nuevamente por las enfermeras participante en el taller para continuar con la recogida de datos. En la llamada, se realizarán dos test, los cuales, son los mismos que se pasaron al inicio de la intervención. Tras la recogida de datos final, se dará por finalizado el estudio.

**BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO**

Como hemos especificado anteriormente, son múltiples los beneficios de la intervención grupal. Para poder conseguirlo, se dará contenido teórico relacionado con la ansiedad,

#### HOJA INFORMATIVA

se reforzarán medidas higiénico-dietéticas y se enseñarán técnicas de relajación durante la realización de cada una de las sesiones de la intervención.

Hasta ahora en Cartagena, no hay talleres presenciales ni telemáticos que aborden la ansiedad de esta manera grupal en el ámbito de Atención Primaria, por lo que, nos proponemos a aplicar un protocolo de 6 sesiones, cuyo contenido está basado en las últimas evidencias científicas.

En el presente estudio no se realizará ninguna prueba invasiva que suponga riesgo alguno a las participantes. Solamente pasaremos varios test para poder cuantificar la disminución de ansiedad conseguida y valorar la disminución de las benzodiacepinas.

#### **CONFIDENCIALIDAD**

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo, se informa de que los datos aportados se incorporarán a un fichero y que la información aportada, tanto los cuestionarios como en los grupos, será tratada de forma totalmente confidencial. Se eliminará cualquier tipo de dato o nombre que pueda permitir el reconocimiento de la identidad de los informantes. Los datos quedan reservados únicamente para los fines de este proyecto de investigación. Y de la misma manera los participantes tienen derecho a renunciar a la participación en el estudio en cualquier momento de este.

De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a: Alicia Martínez López en el Centro de Salud de Los Dolores, C/ Jardines s/n, C.P: 30310, Cartagena, Murcia, teléfono: 968313186. Quedo a disposición para proporcionar toda aquella información adicional que se precise.

#### **COMPENSACIÓN ECONÓMICA**

Su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto. Su enfermero no recibirá ninguna compensación económica por su participación en este estudio y ha declarado que no existe conflicto de intereses.

HOJA INFORMATIVA

**PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar en él, sin que ello tenga ninguna influencia en la relación con su médico o el tratamiento que debe Ud. recibir y sin dar ningún tipo de explicación.

**AGRADECIMIENTO**

Sea cual sea su decisión, el equipo investigador quiere agradecer su tiempo y atención. Usted está contribuyendo al mejor conocimiento y cuidado de su enfermedad lo que en el futuro puede beneficiar a multitud de personas.

**Anexo 4: cuaderno de recogida de datos del seguimiento posterior tras abandono de la intervención**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA  
TELEMÁTICA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO ENFERMERO  
DE ANSIEDAD CONSUMIDORAS DE BENZODIACEPINAS  
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN CENTRO DE  
SALUD DE CARTAGENA**

**HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DEL SEGUIMIENTO POSTERIOR**

Iniciales paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS OBTENIDOS TRAS EL ABANDONO DE LA INTERVENCIÓN  
GRUPAL PSICOEDUCATIVA TELEMÁTICA CON ENTRENAMIENTO EN  
TÉCNICAS DE RELAJACIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nº intervenciones que realizó de la intervención: \_\_\_\_\_

Tipo de seguimiento: Personal (grupal/individual)  Telefónico  Online

Vinculación a las intervenciones propuestas mientras duró la intervención: Sí  No

Incorporación en la vida diaria de las medidas higiénico-dietéticas: Sí  No

Asociación a las medidas farmacológicas: Sí  No

Utilización de las técnicas de relajación durante los seis meses posteriores a la intervención: Nada  Poco (1-2/mes)  Bastante (2-3/semana)

Mucho (casi a diario)

Disminución del número de visitas al CS relacionadas con la ansiedad: Sí  No

Con respuesta afirmativa, ¿cuántas visitas ha realizado al CS en estos seis meses?

1-2 visitas  2-4 visitas

Ha tenido que ser derivada a un profesional de la salud mental: Sí  No

Confirmación sobre la efectividad y utilidad mientras realizó la intervención: Sí  No

**Datos referentes al nivel de ansiedad:**

Nivel de ansiedad a los 6 meses tras abandonar la intervención: Igual:  Menor:

Mayor:

Si tiene una ansiedad mayor, ¿cómo la cuantificaría?: Elevada  Media  Baja

Mejora mantenida en su calidad de vida tras realizar las intervenciones completadas del taller online: Sí  No

**Datos relativos al consumo de Benzodiacepinas (BZD):**

Consumo de BZD actual: Igual  Menor  Mayor

Presenta síntomas de abstinencia: Sí  No

**Datos referidos a la puntuación obtenida de los test tras abandonar la intervención en los seis meses posteriores:**

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): \_\_\_\_\_

Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiacepinas (BWSQ): \_\_\_\_\_

## **Anexo 5: cuaderno de recogida de datos del seguimiento posterior tras la finalización de la intervención**

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA  
TELEMÁTICA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO ENFERMERO  
DE ANSIEDAD CONSUMIDORAS DE BENZODIAZEPINAS  
DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19 EN UN CENTRO DE  
SALUD DE CARTAGENA**

**HOJA DE RECOGIDA DE DATOS DEL SEGUIMIENTO POSTERIOR**

Iniciales paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATOS OBTENIDOS TRAS LA FINALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN  
GRUPAL PSICOEDUCATIVA TELEMÁTICA CON ENTRENAMIENTO EN  
TÉCNICAS DE RELAJACIÓN**

Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de seguimiento: Personal (grupal/individual)  Telefónico  Online

Vinculación a las intervenciones propuestas durante la intervención: Sí  No

Incorporación en la vida diaria de las medidas higiénico-dietéticas: Sí  No

Asociación a las medidas de adherencia farmacológica: Sí  No

Utilización de las técnicas de relajación durante los seis meses posteriores a la intervención: Nada  Poco (1-2/mes)  Bastante (2-3/semana)

Mucho (casi a diario)

Disminución del número de visitas al CS relacionadas con la ansiedad: Sí  No

Confirmación sobre la efectividad y utilidad de la intervención desarrollada: Sí  No

**Datos referentes al nivel de ansiedad:**

Nivel de ansiedad al finalizar a intervención: Igual:  Menor:  Mayor:

Si tiene una ansiedad mayor, ¿cómo la cuantificaría?: Elevada  Media  Baja

Mejora en su calidad de vida tras completar el taller online: Sí  No

**Datos relativos al consumo de Benzodiazepinas (BZD):**

Consumo de BZD actual: Igual  Menor  Mayor

Presenta síntomas de abstinencia: Sí  No

**Datos referidos a la puntuación obtenida de los test al finalizar la intervención:**

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): \_\_\_\_\_

Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiazepinas (BWSQ): \_\_\_\_\_

<b>DATOS OBTENIDOS A LOS SEIS MESES DE FINALIZAR LA INTERVENCIÓN GRUPAL PSICOEDUCATIVA TELEMÁTICA CON ENTRENAMIENTO EN TÉCNICAS DE RELAJACIÓN</b>	
Fecha:	_____
Tipo de seguimiento: Personal (grupal/individual)	<input type="checkbox"/> Telefónico <input type="checkbox"/> Online <input type="checkbox"/>
Vinculación a las intervenciones propuestas durante la intervención:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Incorporación en la vida diaria de las medidas higiénico-dietéticas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Asociación a las medidas de adherencia farmacológica:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Utilización de las técnicas de relajación durante los seis meses posteriores a la intervención:	Nada <input type="checkbox"/> Poco (1-2/mes) <input type="checkbox"/> Bastante (2-3/semana) <input type="checkbox"/>
Mucho (casi a diario)	<input type="checkbox"/>
Disminución del número de visitas al CS relacionadas con la ansiedad:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Confirmación sobre la efectividad y utilidad de la intervención desarrollada:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Datos referentes al nivel de ansiedad:</b>	
Nivel de ansiedad a los 6 meses tras finalizar la intervención:	Igual: <input type="checkbox"/> Menor: <input type="checkbox"/>
Mayor:	<input type="checkbox"/>
Mejora mantenida en su calidad de vida tras completar el taller online:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Datos relativos al consumo de Benzodiacepinas (BZD):</b>	
Consumo de BZD actual:	Igual <input type="checkbox"/> Menor <input type="checkbox"/> Mayor <input type="checkbox"/>
Presenta síntomas de abstinencia:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Datos obtenidos en base a la adherencia alcanzada en cada una de las sesiones:</b>	
Acerca de la <b>primera sesión</b> sobre la definición de ansiedad y de estrés. Enseñanza de la técnica de respiración abdominal o diafragmática:	
<i>Se ha conseguido un mayor empoderamiento de la enfermedad:</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Segunda sesión</b> sobre los diferentes tratamientos farmacológicos empleados para tratar la ansiedad, importancia de la adherencia terapéutica y recomendaciones de sexualidad:	
<i>Ha alcanzado una mayor adherencia terapéutica:</i> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
<b>Tercera sesión</b> de recomendaciones generales sobre alimentación, ejercicio y sueño en la ansiedad (especificar cuál de ellas han incorporado como nuevo hábito de su día a día):	
Alimentación: <input type="checkbox"/> Ejercicio: <input type="checkbox"/> Sueño: <input type="checkbox"/>	
<b>Cuarta sesión</b> realizada por psicólogo asociado sobre resolución de problemas:	
_____	

*Aplicación en la vida diaria: Sí  No*

**Quinta sesión** referente a la definición de los diferentes estilos de comunicación, asertividad y saber decir “no”:

*Utilidad en el día a día: Sí  No*

**Sexta sesión** relativa a la definición de autoestima y consejos para aumentarla:

*Ha logrado el beneficio esperado: Sí  No*

**Datos referidos a la puntuación obtenida de los test en los seis meses posteriores:**

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): \_\_\_\_\_

Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiacepinas (BWSQ): \_\_\_\_\_

## **Anexo 6: información y firma de consentimiento informado de participación**

Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiazepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

### **INFORMACIÓN Y FIRMA DEL CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO**

#### **INFORMACIÓN SOBRE EL PROYECTO**

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiazepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena.

**INVESTIGADORA PRINCIPAL:** Alicia Martínez López, teléfono: 968313186.

#### **INTRODUCCIÓN**

Las benzodiazepinas (BZD) son fármacos que poseen numerosos efectos, entre los que destaca su poder ansiolítico. Son utilizadas preferentemente para el control de la ansiedad o el insomnio. La ansiedad crónica es padecida por el doble de mujeres más que los hombres.

Actualmente el consumo de BZD es dos veces mayor en mujeres que en hombres, y éste se ve incrementado en relación directa con el aumento de edad en las mujeres.

Hoy en día existe tanto un sobrediagnóstico como un sobret ratamiento de estos fármacos.

Los estudios más actuales afirman que las edades con más prevalencia relacionadas con el consumo de BZD se concentran en las mujeres de 45 a 64 años.

La mayoría de las mujeres en tratamiento con BZD, carecen de intervenciones específicas y coordinadas en el ámbito de Atención Primaria (AP) para poder limitar la utilización de estos fármacos, controlar su consumo, programar su retirada gradual, y poder proporcionar las herramientas y los recursos personales necesarios para poder hacer sus actividades básicas de la vida diaria en las mejores condiciones, con más calidad de vida y poder mejorar su estado de salud. Debido a la situación de pandemia mundial por coronavirus (COVID-19) y del confinamiento de toda la población, se han incrementado las situaciones de estrés, ansiedad y depresión, lo que ha generado un aumento en el consumo relacionado con psicofármacos y de otras sustancias depresoras, estimulantes o perturbadoras del Sistema Nervioso Central (SNC). Por ello, se han desarrollado numerosas investigaciones para poder evaluar el uso de las TICs (Tecnologías de la Información y Comunicación) en el ámbito de la salud, ya que representan un avance en la atención sanitaria, y a su vez, constituyen un gran cambio en el modo de trabajo, otorgando nuevos servicios innovadores, como la telemedicina, que, unido a la obtención de resultados favorables en los estudios realizados, se evidencia la necesidad de realizar nuevas intervenciones de prevención y tratamiento que bajen el impacto psicológico generado por la pandemia.

Por otro lado, el incremento de la demanda en la investigación de terapias alternativas al tratamiento farmacológico ofrece cada vez hay más estudios que evidencian la efectividad de las intervenciones grupales psicoeducativas como terapias alternativas no farmacológicas para el tratamiento de la ansiedad.

En nuestra intervención educativa grupal en formato telemático, se reforzarán las Medidas Higiéno-Dietéticas (MHD) para fomentar la vida saludable mediante la promoción del ejercicio físico, una alimentación equilibrada, sueño, entre otras recomendaciones, además de enseñar y realizar técnicas de relajación, consiguiendo con ello la reducción de la sintomatología ansiosa y, por consiguiente, el consumo de BZD.

#### **PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA**

La participación en este estudio es totalmente voluntaria, esto quiere decir que, puede participar o retirarse del estudio en cualquier momento, sin dar ninguna explicación. Continuarán prestándole todos los servicios que sean necesarios en el ámbito de AP sin consecuencia alguna.

Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

**DERECHOS DE LOS PARTICIPANTES**

El Reglamento (UE) nº 2016/679 General de Protección de Datos le otorga los derechos de acceso, modificación, oposición, cancelación de datos y portabilidad de los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio: Alicia Martínez López, teléfono: 968313186, correo: alicia.martinez12@um.es  
Los datos se integrarán en una base de datos y nunca se informará de datos personales.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio una vez iniciado, no se añadirá ningún dato nuevo a nuestra base de datos, y puede usted exigir la destrucción de los datos almacenados para evitar que se realicen nuevos estudios.

Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiazepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

#### **SELECCIÓN DE PARTICIPANTES**

El reclutamiento de los participantes en el estudio se realizará entre los meses de Junio de 2020 y Enero de 2021 en el Centro de Salud (CS) de Los Dolores así como en sus consultorios periféricos, publicitando la intervención mediante carteles con las fechas en las que se hará la captación.

A sí mismo, también se realizará una búsqueda activa de pacientes en las consultas de AP del equipo interdisciplinar.

#### **DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO SOBRE LA INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA**

La intervención educativa grupal en formato telemático tiene muchas finalidades, siendo una de las principales, la adquisición de las habilidades necesarias para el manejo diario de los síntomas relacionados con la ansiedad lográndose a través de las recomendaciones dadas para reforzar las MHD sobre alimentación, ejercicio, sueño, etc.

Con la intervención se pretende disminuir la ansiedad, reducir la cantidad de BZD consumidas y aumentar el grado de conocimiento que poseen las mujeres sobre el manejo de la ansiedad, lo que permite mejorar su calidad de vida, favoreciendo el empoderamiento de la mujer y con ello, poder disminuir el número de visitas al profesional médico y enfermero de AP.

Así mismo, se pretende dar más visibilidad a la ansiedad, evitando los estigmas sobre esta patología cada vez más común en nuestra sociedad y poder fomentar las TICs en el ámbito sanitario.

#### **DURACIÓN**

La intervención tiene una duración aproximada desde Febrero de 2021 a Agosto de 2021.

#### **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Consideraciones generales: El estudio se llevará a cabo de acuerdo con las normas de la Declaración de Helsinki (2013) y con la normativa vigente y ha sido aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de las Áreas II y VIII del Servicio Murciano de Salud.

Consentimiento informado: Se obtiene de todos los cuidadores/responsables legales de los participantes sobre los que se realiza.

#### **CONFIDENCIALIDAD**

Se le garantiza que sólo se recogerán datos personales del paciente que sean indispensables para la realización de este estudio.

Los datos recogidos estarán identificados mediante un código y sólo el responsable del estudio podrá relacionar dichos datos con usted.

El tratamiento, comunicación y cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustarán a lo dispuesto en la Ley Orgánica de protección de datos de carácter personal vigente.

De acuerdo con lo que establece la Ley de protección de datos de carácter personal, usted puede ejercer en cualquier momento los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos personales que se estén manejando en el estudio, para lo cual deberá dirigirse al Investigador Principal: Alicia Martínez López, a través de los siguientes medios. Dirección de correo electrónico: alicia.martinez12@um.es Dirección postal: C/ Jardines s/n, C.P: 30310. También es posible a través del número de teléfono: 968313186.

#### **OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE**

De acuerdo con el diseño de nuestra investigación, los participantes forman parte de un grupo de investigación-acción participativa, donde se hará una intervención educativa grupal en formato telemático, de 6 sesiones, cuyo contenido será gravado para su uso científico y evaluativo de la

Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

efectividad de la intervención, y, donde en ningún caso, las imágenes serán utilizadas para fines no científicos o no sanitarios.

Su participación en esta investigación será anónima, no supondrá ningún gasto para usted, ni para el paciente, ni se ha descrito ningún efecto adverso.

Los resultados de dicho estudio serán publicados en revistas científicas de acceso abierto.

Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiazepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiazepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

**COPIA PARA EL INVESTIGADOR**

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiazepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena.

**INVESTIGADORA PRINCIPAL:** Alicia Martínez López

**CENTRO:** Centro de Salud Los Dolores (Cartagena)

**NOMBRE DEL PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

Por favor conteste **SI** o **NO** las siguientes preguntas:

1. **¿Ha leído la hoja de información al sujeto?** (Por favor guarde la copia)
2. **¿Ha recibido contestaciones satisfactorias a todas sus preguntas?**
3. **¿Ha recibido suficiente información sobre el estudio?**
4. **¿Ha comprendido que se puede retirar del estudio?:**
  - En cualquier momento
  - Sin dar razones de su retirada
  - Sin que esto repercuta en sus cuidados de salud
  - Exigiendo que todos los datos recogidos sean destruidos
5. **¿Ha tenido tiempo suficiente para tomar una decisión?**
6. **¿Da su consentimiento para participar voluntariamente en este estudio?**

Usted sólo podrá participar en el proyecto si todas las respuestas son afirmativas. Recuerde que todos los datos personales serán tratados en estricta confidencialidad.

D/Dª. \_\_\_\_\_

me ha proporcionado la información necesaria para comprender el contenido de la hoja de consentimiento, del proyecto y de todas las dudas que me hayan podido surgir.

Yo, consciente y orientado y tras haber leído la información que se me proporciona, presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto "Intervención psicoeducativa en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiazepinas en un Centro de Salud de Cartagena".

Nombre y Apellidos del participante (mayúscula, letra clara)

D/Dª. \_\_\_\_\_

Firma del participante (Firmo por duplicado, quedándome una copia y conservando la información que me ha dado)

Fecha: \_\_\_\_\_

Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Mediante la presente revoco el consentimiento de participación en el proyecto, anteriormente firmado.

Nombre y Apellidos del participante (mayúscula, letra clara)

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Dará trámite a dicha revocación para la retirada de los datos requeridos del fichero del proyecto.

Nombre y Apellidos del investigador local (mayúscula, letra clara)

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL INVESTIGADOR LOCAL

Fecha:

Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

**COPIA PARA EL PARTICIPANTE**

**TÍTULO DEL PROYECTO:** Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena.

**INVESTIGADORA PRINCIPAL:** Alicia Martínez López

**CENTRO:** Centro de Salud Los Dolores (Cartagena)

**NOMBRE DEL PARTICIPANTE:** \_\_\_\_\_

Por favor conteste **SI** o **NO** las siguientes preguntas:

1. ¿Ha leído la hoja de información al sujeto? (Por favor guarde la copia)
2. ¿Ha recibido contestaciones satisfactorias a todas sus preguntas?
3. ¿Ha recibido suficiente información sobre el estudio?
4. ¿Ha comprendido que se puede retirar del estudio?:
  - En cualquier momento
  - Sin dar razones de su retirada
  - Sin que esto repercuta en sus cuidados de salud
  - Exigiendo que todos los datos recogidos sean destruidos
5. ¿Ha tenido tiempo suficiente para tomar una decisión?
6. ¿Da su consentimiento para participar voluntariamente en este estudio?

Usted sólo podrá participar en el proyecto si todas las respuestas son afirmativas. Recuerde que todos los datos personales serán tratados en estricta confidencialidad.

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_  
me ha proporcionado la información necesaria para comprender el contenido de la hoja de consentimiento, del proyecto y de todas las dudas que me hayan podido surgir.

Yo, consciente y orientado y tras haber leído la información que se me proporciona, presto libremente mi conformidad para participar en el proyecto "Intervención psicoeducativa en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiacepinas en un Centro de Salud de Cartagena".

Nombre y Apellidos del participante (mayúscula, letra clara)

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_

Firma del participante (Firmo por duplicado, quedándome una copia y conservando la información que me ha dado)

Fecha: \_\_\_\_\_

Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Mediante la presente revoco el consentimiento de participación en el proyecto, anteriormente firmado.

Nombre y Apellidos del participante (mayúscula, letra clara)

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Fecha: \_\_\_\_\_

Dará trámite a dicha revocación para la retirada de los datos requeridos del fichero del proyecto.

Nombre y Apellidos del investigador local (mayúscula, letra clara)

D/D<sup>a</sup>: \_\_\_\_\_

FIRMA DEL INVESTIGADOR LOCAL

Fecha:

## **Anexo 7: cuaderno de recogida de datos taller psocioeducativo**

<b>CUADERNO DE RECOGIDA DE DATOS SOBRE TALLER PSICOEDUCATIVO. PRIMERA ENTREVISTA</b>	
Cód. de paciente	
[ ][ ][ ][ ]	
Nombre y apellidos: _____	
Teléfono: _____	
e-mail: _____	
Fecha de nacimiento	Grupo
[ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero
Nivel de estudios	Situación laboral
<input type="checkbox"/> Sin estudios	<input type="checkbox"/> Estudiante
<input type="checkbox"/> Primarios (E.S.O/E.G.B)	<input type="checkbox"/> Trabajadora
<input type="checkbox"/> Secundarios (BTO./F.P.2)	<input type="checkbox"/> Desempleada
<input type="checkbox"/> Universitarios	<input type="checkbox"/> Jubilada
1. ¿A qué Centro de Salud pertenece? _____	
2. ¿Cómo conoció nuestro taller? _____	
3. ¿Tiene conocimientos en las Tecnologías de la Información (TICs)? _____	
4. ¿Padece de ansiedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
5. ¿Desde cuándo tiene ansiedad? <input type="checkbox"/> 0-6 meses <input type="checkbox"/> 6-12 meses	
<input type="checkbox"/> 1-2 años <input type="checkbox"/> Más de 2 años	
6. ¿Ha sido diagnosticada de ansiedad por un profesional? _____	
7. ¿Está ahora siendo tratada por otro profesional? Psicólogo <input type="checkbox"/> Psiquiatra <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
8. ¿Ha ido a su Centro de Atención Primaria para tratar su ansiedad en este último año?	
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, ¿cuántas visitas han sido por la ansiedad en este	
último año 2020-2021? _____ En ese caso, ha sido visitado por:	
<input type="checkbox"/> Profesional de enfermería	
<input type="checkbox"/> Profesional de medicina	
1	

9. ¿Toma alguna medicación para la ansiedad? Sí  No
10. ¿Recetada? Sí  No  En caso negativo, ¿por qué? \_\_\_\_\_
11. Sobre este listado de fármacos, señale los que toma de forma habitual y/o puntual:
- Orfidal ®, Donix ® (Lorazepam)
  - Tranquimazin ® o Alplax ® (Alprazolam)
  - Lexatín ® (Bromazepam)
  - Valium ® (Diazepam)
  - Tranxilium ® (Clorazepato dipotásico)
  - Rivotril ® (Clonazepam)
  - Fluoxetina
  - Paroxetina
  - Sertralina
  - Heipram ® (Escitalopram)
  - Otros: \_\_\_\_\_
12. ¿Utiliza terapia no farmacológica? Sí  No
- En caso afirmativo, ¿qué utiliza?
- Infusiones, herboristería, etc: \_\_\_\_\_
  - Otros: \_\_\_\_\_
13. ¿Ha realizado terapias previas? Relajación: Sí  No  Terapia grupal: Sí  No
14. Consumo de estimulantes:  Cafeína
- Teina
  - Coca-Cola
  - Tóxicos (tabaco, alcohol, drogas...)
15. ¿Padece alguna otra enfermedad?  Hipertensión arterial  Diabetes
- Cardiopatías  Enf. respiratorias
  - Otras: \_\_\_\_\_
16. Puntuaciones obtenidas en los diferentes test antes de comenzar el taller, justo a finalizarlo y en los seis meses posteriores de su consecución:

*Escala de Ansiedad de Hamilton (HARS)*

- La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems y el rango oscila entre los 0 a 56 puntos.
- 0-5: no ansiedad
- 6-17: ansiedad leve
- $\geq 17$ : ansiedad moderada/grave

	<p><b><u>PUNTUACIÓN ANTES DE COMENZAR EL TALLER:</u></b></p> <p><b><u>PUNTUACIÓN AL FINALIZAR EL TALLER:</u></b></p> <p><b><u>PUNTUACIÓN EN EL SEGUIMIENTO POSTERIOR A LOS 6 MESES:</u></b></p>
<p><i>Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consta de 40 ítems, en los que se obtiene una puntuación de ansiedad Estado y una puntuación de ansiedad Rasgo, sumando cada uno de los ítems de cada subescala. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que va de 0 a 60 puntos para cada una de las subescalas.</li> <li>○ No hay puntos de corte, ya que, a mayor puntuación, mayor nivel de ansiedad.</li> </ul> <p><b><u>PUNTUACIÓN ANTES DE COMENZAR EL TALLER:</u></b></p> <p><b><u>PUNTUACIÓN AL FINALIZAR EL TALLER:</u></b></p> <p><b><u>PUNTUACIÓN EN EL SEGUIMIENTO POSTERIOR A LOS 6 MESES:</u></b></p>
<p><i>Cuestionario de Síntomas de Retirada de Benzodiacepinas (BWSQ)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Consta de 20 ítems más una serie de síntomas adicionales. Cada puntuación «moderado» se puntúa con 1 y cada «grave» con 2, siendo la puntuación máxima posible de 40, sin incluir los síntomas adicionales.</li> <li>○ No hay puntos de corte, ya que, a mayor puntuación, mayor gravedad del síndrome de abstinencia.</li> </ul> <p><b><u>PUNTUACIÓN ANTES DE COMENZAR EL TALLER:</u></b></p> <p><b><u>PUNTUACIÓN AL FINALIZAR EL TALLER:</u></b></p> <p><b><u>PUNTUACIÓN EN EL SEGUIMIENTO POSTERIOR A LOS 6 MESES:</u></b></p>

## **Anexo 8: encuesta de evaluación de la actividad por parte del paciente**

### **ENCUESTA DE EVALUACIÓN POR EL PACIENTE DE LA ACTIVIDAD FORMATIVA**

Por favor tras cada una de las afirmaciones marque con una señal (X) en las siguientes tablas para mostrar si usted está: “muy de acuerdo”, “acuerdo”, “inseguro”, “en desacuerdo” o “muy desacuerdo” de su opinión.

Opinión sobre la organización y difusión del taller telemático:

	Muy de acuerdo	Acuerdo	Inseguro	Muy en desacuerdo
La organización telemática y difusión del taller psicoeducativo han sido pertinentes				
La plataforma Zoom y facilidad de acceso online han sido adecuados				

Opinión sobre los objetivos y contenidos:

	Muy de acuerdo	Acuerdo	Inseguro	Muy en desacuerdo
Se han conseguido los objetivos propuestos al comienzo del taller				
El material telemático ha sido comprensible				
Se ha seguido el programa previsto				
La duración ha sido adecuada				
El contenido teórico/práctico ha sido satisfactorio				

<b>La documentación y material aportado se han adaptado en calidad y cantidad</b>				
---	--	--	--	--

**Utilidad sobre el aprendizaje por vía telemática:**

	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Acuerdo</b>	<b>Inseguro</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
<b>He ampliado conocimientos sobre la ansiedad y técnicas de relajación</b>				
<b>Mi interés por el control de mi ansiedad ha aumentado</b>				
<b>El curso es útil para mejorar mi calidad de vida</b>				
<b>En los talleres a través de Zoom he podido realizar con efectividad las técnicas de relajación y he conseguido relajarme</b>				

**Opinión sobre la metodología docente empleada:**

	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Acuerdo</b>	<b>Inseguro</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
<b>El planteamiento, técnicas grupales, tareas y la forma de enseñanza del taller han sido adecuados para mí</b>				

**Opinión sobre el alumnado:**

	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Acuerdo</b>	<b>Inseguro</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
<b>El grupo ha favorecido el aprendizaje</b>				
<b>Se han respetado las opiniones</b>				
<b>Se ha establecido una participación activa</b>				
<b>El ambiente entre los participantes ha sido bueno</b>				

**Opinión sobre el profesorado:**

	<b>Muy de acuerdo</b>	<b>Acuerdo</b>	<b>Inseguro</b>	<b>Muy en desacuerdo</b>
<b>Su nivel de conocimientos y dominio del tema ha sido óptimo</b>				
<b>Han facilitado la participación de todas las integrantes</b>				
<b>Han realizado una exposición a través de Zoom adecuada</b>				
<b>Capacidad de mantener el interés entre las participantes</b>				

## **Anexo 9: técnica de respiración diafragmática**

### **TÉCNICA DE RESPIRACIÓN DIAFRAGMÁTICA O ABDOMINAL**

La respiración diafragmática o abdominal se asocia a un estado de relajación.

Antes de realizarla, la persona debe ponerse lo más cómoda posible y estar unos minutos en descanso y en silencio.

Puede tumbarse o adoptar una posición de descanso en la silla con los ojos cerrados o abiertos.

Coloque su *mano derecha* en el plexo solar (la zona blanda entre las costillas y el ombligo) y la *mano izquierda* sobre el pecho, por debajo de las clavículas.

También se puede colocar *ambas manos* sobre el extremo inferior de las costillas, con los dedos separados unos centímetros.

El procedimiento es:

- Dedique unos minutos a imaginar una secuencia de imágenes agradables.
- Poner la lengua en el paladar para relajar la tensión facial y la boca un poco abierta.
- Cuando su mente se relaje, concentre su atención en la respiración.
- Apoye una mano sobre el plexo solar y la otra sobre el pecho o ambas manos en el extremo inferior de las costillas.
- Comience con una espiración que ocurra de manera natural.
- Fijese en cómo se hunde ligeramente la zona sobre la que tiene apoyada la mano.
- Ahora, haga una inspiración por la nariz durante unos **dos segundos**, fijándose cómo se hincha la zona sobre la que tiene apoyada la mano.
- Después espire lentamente por la boca durante **unos cuatro segundos**. Note cómo al expulsar el aire la zona se vuelve a deshinchar.
- Mientras se espira, hay que ir repitiendo las palabras "*paz*", "*calma*" y "*relajación*".
- Haga una pausa breve antes de volver a inspirar y deje que la respiración fluya de manera natural.
- **Repetir este procedimiento durante unos minutos.**

- Relájese en silencio durante unos minutos, antes de terminar la sesión (Payne, 2009) (Armengol et al., 2009).

**Recuerde que, si el practicante practica a diario, la técnica le ayudará a relajarse más eficazmente.**

**La experiencia en el uso de la técnica aumenta su eficacia.**



### **CONSEJOS PARA REALIZAR LA RELAJACIÓN**

- Busque un lugar tranquilo, aislado de sonido, con temperatura suave y luz tenue. Si no es posible aislarse del sonido, utilice una música suave y monótona de fondo.
- Póngase ropa cómoda con los pies descalzos y abrigados. Mejor que no esté haciendo la digestión.
- Póngase boca arriba sobre una superficie cómoda, sin cruzar los pies ni los brazos.
- Cierre los ojos.
- Coja aire.
- Cuando inhale, concéntrese en el sonido que provoca tu respiración. Aísle su mente de todo el resto.
- Haga la inspiración durante unos dos segundos y saque la barriga y el pecho hacia fuera.
- Haga la espiración durante unos cuatro segundos, de manera lenta, larga y profunda expulsando el aire por la boca.

- Durante la espiración, su barriga se va hacia dentro.
- Tanto la inspiración como la espiración tienen que ser suaves y ligeras, sólo alguna vez si es necesario, se realizará una inspiración más profunda.
- La respiración será cada vez más lenta.
- Imagine ahora una escena cuanto más agradable mejor, tanto si ha pasado realmente como si se trata de una fantasía, y procure que la visualización sea muy vivida.  
Disfrute de ella tanto tiempo como quiera.
- Para finalizar, inspire profundamente, abriendo a plena capacidad sus pulmones.
- Repita esta operación unas 5 veces.
- Abra los ojos lentamente y espere unos minutos antes de levantarse (Armengol et al., 2009).

## **Anexo 10: certificado de asistencia**


**CERTIFICADO DE ASISTENCIA**

a

---

Gracias por su participación en el Estudio de Tesis Doctoral: **“Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena”**, realizado vía online a través de la aplicación Zoom, con una duración de 7 horas.

En Cartagena, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_

Fdo. Interesado Fdo. Investigador Principal

Alicia Martínez López nº col.: 11159

**Anexo 11: control de asistencia en grupos**

**Grupo 1**

**HOJA DE FIRMAS Y CONTROL DE ASISTENCIA**

<i>GRUPO 1</i>	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6

**Grupo 2**

**HOJA DE FIRMAS Y CONTROL DE ASISTENCIA**

<i>GRUPO 2</i>	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6

**Grupo 3**

HOJA DE FIRMAS Y CONTROL DE ASISTENCIA						
GRUPO 3	Sesión 1	Sesión 2	Sesión 3	Sesión 4	Sesión 5	Sesión 6

**Anexo 12: aprobación del CEI del proyecto de investigación enfermera, solicitud y respuesta para su realización en CS Los Dolores (Cartagena)**

	
<b>DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA</b>	
D <sup>ña</sup> Laly Gómez Sannicolás, Secretaria del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital Universitario Sta. M <sup>ª</sup> del Rosell, Áreas II y VIII de Salud del Servicio Murciano de Salud	
<b>CERTIFICA QUE,</b>	
1º El CEI este CEI en reunión celebrada el 14/07/20 ha evaluado la propuesta del Promotor/investigador referida al estudio:	
Tipo de estudio:	Trabajo de Investigación
Cod. Protocolo	Nº EudraCT
No consta	No procede
<b>Intervención psicoeducativa en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiacepinas en un Centro de Salud de Cartagena</b>	
Versión Protocolo	Vs. Julio de 2020
Promotor:	No consta

Evaluando los aspectos del estudio requeridos por la legislación vigente:

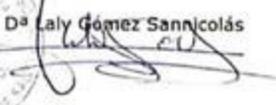
- La realización del estudio en el Área II de salud es pertinente.
- El estudio cumple con los requisitos reglamentarios correspondientes al tipo de estudio.
- El diseño del estudio es adecuado para obtener las conclusiones objetivo del mismo.
- Los criterios de selección y retirada de los sujetos están indicados y son adecuados.
- Requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación a los objetivos del estudio y justificación de los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- La capacidad de los investigadores y los medios disponibles apropiados para llevar a cabo el estudio.
- El grupo control ha sido adecuadamente elegido y es correcto.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiera con el respeto a los postulados éticos.
- Cumplimiento de los preceptos éticos formulados en la orden SAS 3470/2009 y la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos y en sus posteriores revisiones.

En base a lo expuesto este comité emite el siguiente dictamen:

<b>INFORME FAVORABLE</b>
Investigador y Centros: <b>D<sup>ña</sup> Alicia Martínez López Enfermera Medicina F y C. Centro de Salud de los Dolores</b>

Lo que firmo en Cartagena, 17 de julio de 2020.

Fdo.: D<sup>ña</sup> Laly Gómez Sannicolás





E.O. 2020-33 Intervencion psicoeducativa ansiedad.doc 1 de 2

 C/ Mezquita s/n, Paraje los Arcos  
Barrio de Santa Lucía, 30202 - Cartagena - Murcia  
Tif 968 110752 hgusinvestigacion@gmail.com

Escaneado con CamScanner



UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

**A LA ATENCIÓN DE:**  
D<sup>a</sup> CARIDAD CERVANTES MARIN  
Responsable de Enfermería  
Zona Básica de Salud: 30-Cartagena/Los Dolores

**SOLICITUD PROYECTO DE INVESTIGACIÓN ENFERMERA**

**Nombre:** Ana María González Cuello  
**Cargo:** Directora del Departamento de Enfermería de la Universidad de Murcia. Tutora y Directora de la Tesis Doctoral de D<sup>a</sup> ALICIA MARTÍNEZ LÓPEZ. Doctorado en Ciencias de la Salud (UMU).  
**Teléfono:** 868 888279; móvil: 617 348866  
**Dirección de correo electrónico:** agcuello@um.es

Como investigador principal del Proyecto: **INTERVENCIÓN PSICOEDUCATIVA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO DE ANSIEDAD CONSUMIDORAS DE BENZODIACEPINAS EN UN CENTRO DE SALUD DE CARTAGENA.**

**SOLICITA** a la Comisión de Investigación del Centro de Salud de Los Dolores (Área de Salud nº 2)

**AUTORIZACIÓN para desarrollar dicho proyecto en el Centro del  
que usted es la Coordinadora Médica,**

para lo cual **INFORMO:**

- Que el estudio será realizado por la alumna de Doctorado en Ciencias de la Salud, D<sup>a</sup> Alicia Martínez López (Datos de contacto: email: [alicia.ml1989@gmail.com](mailto:alicia.ml1989@gmail.com) y teléf.: 685 40 77 88).
- Que D<sup>a</sup> Alicia Martínez López es Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, trabajo que desempeña en el Centro de Salud de Los Dolores, en el que desarrolla su actividad asistencial desde el pasado año.
- Que la intervención psicoeducativa a realizar viene avalada por el comité de ética de investigación clínica (CEI de las Áreas de Salud 2 y 8 de la Región de Murcia), y utiliza las herramientas de la Educación para la Salud, talleres de relajación, técnicas grupales y el refuerzo de las medidas higiénico-dietéticas que mejoran la calidad de vida de las mujeres.
- Que las participantes en el estudio recibirán información clara y precisa sobre el proyecto previo a la firma del Consentimiento Informado, garantizando en todo momento la confidencialidad en el tratamiento de los datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).
- Que nos comprometemos a que la realización del estudio no interferirá en las actividades o intervenciones habituales del personal sanitario del Centro.

Como responsable del proyecto de investigación solicito y firmo la presente, en

Murcia, a 11 de febrero de 2020

Fdo: Ana M. González Cuello

Firmante: ANA MARIA GONZALEZ CUELLO. Fecha hora: 13/02/2020 14:04:15. Error de certificado: CN=CN FNMT Usuarios,OU=Usuarios,OU=FNMT,OU=CN=ES



Facultad de Enfermería



Código seguro de verificación: RUXFMn11-EO+dn5VS-1cjjtGOJ-tvjuJ6zG

COPIA ELECTRÓNICA - Página 1 de 1

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento administrativo electrónico archivado por la Universidad de Murcia, según el artículo 27.3 c) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre. Su autenticidad puede ser contrastada a través de la siguiente dirección: <https://sede.um.es/validador/>



La coordinadora médica y de equipo, María Dolores Espinosa Nuñez y la responsable de Enfermería, Caridad Cervantes Marín, damos respuesta afirmativa a la solicitud enviada por Alicia Martínez López para realizar en el Centro de Salud de Los Dolores de Cartagena, su intervención titulada: **“Intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con diagnóstico enfermero de ansiedad consumidoras de benzodiacepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena”**, por lo que con este documento, le acreditamos para realizar dicha intervención en el periodo establecido, de manera online, en uno de nuestros Consultorios periféricos, concretamente en el Consultorio del Polígono Residencial Santa Ana, con una duración de 7 horas.

En Cartagena, a 20 de Julio de 2020

### **Anexo 13: páginas webs y apps de ayuda para la ansiedad**

#### **Páginas webs de ayuda para la ansiedad**

- <https://www.mundopsicologos.com/articulos/qu>
- [e-hay-debajo-de-la-ansiedad](https://www.e-hay-debajo-de-la-ansiedad.com/)
- <https://acpsicologia.net/blog-de-psicologia/>

#### **Apps ayuda para la ansiedad**

App	Temática app	Sistema (Android/iOs)	Duración del programa	Gratuita/Pago	Idioma	Necesidad de registrar cuenta	Efectiva para la ansiedad	Fácil de manejar
<b>Happify: Para el estrés</b>	Felicidad/crecimiento personal	Ambos	10 días	1 programa gratis y 4 premium	Castellano	Sí (Facebook)	Sí	Sí
<b>Worry kit</b>	Varios temas relacionados con ansiedad y relajación	Varios temas relacionados con ansiedad y relajación	-	Gratis	Inglés	No	Sí	Sí
<b>Nature Sounds: Sleep sounds</b>	Sonidos relajantes	Ambos	-	Gratis	Inglés	No	Sí	Sí
<b>Nature Sound</b>	Más variedad de sonidos relajantes	Ambos	-	2 sonidos gratis y resto premium	Inglés	No	Sí	Sí
<b>Meyo: Bienestar emocional</b>	Relatos y ejercicios sobre ansiedad	Ambos	-	Gratis todos los sonidos y de meditación	Castellano	No	Sí	Sí
<b>Worry Breath</b>	Ayuda a hacer relajación contando segundos	Ambos	-	Gratis	Inglés	No	Sí	Sí
<b>Whats Up</b>	No se conoce temática	Ambos	-	No se sabe	Inglés	Si	No se sabe	No se sabe

Efectividad de una intervención grupal psicoeducativa telemática en mujeres con ansiedad consumidoras de benzodiazepinas durante la pandemia por COVID-19 en un Centro de Salud de Cartagena

<b>App</b>	<b>Temática app</b>	<b>Sistema (Android/iOs)</b>	<b>Duración del programa</b>	<b>Gratuita/Pago</b>	<b>Idioma</b>	<b>Necesidad de registrar cuenta</b>	<b>Efectiva para la ansiedad</b>	<b>Fácil de manejar</b>
<b>Moods: Mental health tracking</b>	Diario de emociones	Diario de emociones	-	Gratis	Inglés	No	Sí	Sí
<b>Calm: Meditación y sueño</b>	Meditaciones guiadas, música relajante e historias	Ambos	-	Gratis y suscripción premium	Castellano	Sí (Facebook)	Sí	Sí
<b>Self-help for anxiety Management (SAM)</b>	Ejercicios para la ansiedad	Ambos	-	Prueba gratis de 7 días	Inglés	No	No	No

