



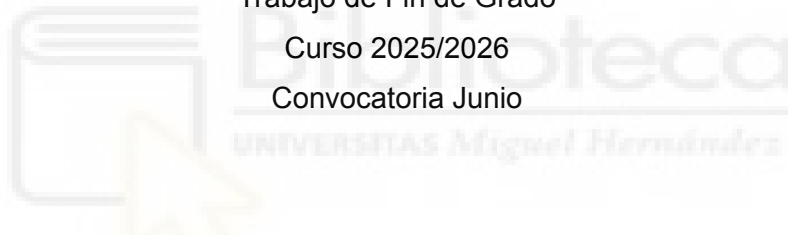
UNIVERSITAS
Miguel Hernández

Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2025/2026

Convocatoria Junio



Modalidad: Propuesta de Intervención

Título: Propuesta de Intervención Breve en Mujeres víctimas de Violencia de Género con Adicción a Benzodiazepinas

Autor: Clara Albert Pomares

Tutor: José Luis Carballo Crespo

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	3
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MÉTODO.....	7
3.1. Participantes / Población diana.....	7
3.2. Variables e Instrumentos.....	7
3.3. Procedimiento.....	10
4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	11
5. DISCUSIÓN.....	18
6. REFERENCIAS.....	20
7. ANEXOS.....	26
Anexo 1.....	26
Anexo 2.....	27
Anexo 3.....	28
Anexo 4.....	28
Anexo 5.....	28



1. RESUMEN.

La Violencia de Género (VG) ejercida en el contexto de la pareja o expareja supone un grave problema de salud pública en España, afectando a un elevado porcentaje de mujeres y dejando, a su vez, grandes consecuencias a nivel psicológico. Entre esas, el consumo problemático y/o dependencia a los psicofármacos (concretamente benzodiazepinas e hipnosedantes) supone un asunto alarmante debido a la prevalencia significativamente mayor en aquellas mujeres que se han visto expuestas a esta violencia, especialmente vinculado con la activación postraumática. A pesar de la trascendencia del asunto, las intervenciones integradas que abordan ambas problemáticas simultáneamente son escasas en España. Por ello, el presente trabajo tiene como objetivo diseñar una propuesta de intervención psicológica breve dirigida a mujeres víctimas de VG con dependencia a benzodiazepinas, atendidas en Centros Mujer 24 Horas de la provincia de Alicante. Se propone como un módulo grupal integrado en el tratamiento general, con una duración de 8 sesiones y apoyado en evidencia tras revisiones sistemáticas; este integra elementos de la propuesta Seeking Safety (Najavits, 2002), TCC, entrevista motivacional, manejo del craving, activación conductual y prevención de recaídas. Este programa además cuenta con un protocolo de evaluación pre-post y seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, con instrumentos validados en población española.

Palabras clave: *Violencia de Género, Benzodiazepinas, Adicción, Dependencia a Psicofármacos, Intervención Breve.*

2. INTRODUCCIÓN

La Violencia de Género (VG) es un fenómeno que sigue presente en la sociedad actual. Concretamente en este trabajo se tratará únicamente la ejercida por parte de la pareja o expareja, contexto en el que hay mayor evidencia sobre su relación con trastornos adictivos.

Desde el marco internacional, la Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (ONU, 1993) la definió como todo acto basado en pertenecer al género femenino que tenga o pueda llegar a tener como consecuencia sufrimiento físico, sexual o psicológico, incluyendo amenazas, coacción o privación de la libertad. A nivel nacional, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género reconoció, según Etura Hernández et al. (2024), el origen de esta está en el contexto desigual y la discriminación estructural, por lo que el hombre recurre a la violencia para afirmar su superioridad históricamente asignada. Desde una perspectiva psicosocial, se considera la VG como intencional, temporal y espacial: quien la ejerce tiene el objetivo de someter a la víctima, lo hace reiterada e impredeciblemente, y el de aislamiento socio-familiar es progresivo (Escudero Nafs et al., 2005).

Los datos disponibles sobre Violencia de Género reflejan la gravedad del asunto en España. Según el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género del Consejo del Poder Judicial (CGPJ, 2026), en 2025 se registraron 204.342 denuncias y 185.188 víctimas identificadas. El Instituto Nacional de Estadística, concretamente la Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género (INE, 2026), ha registrado 33.373 mujeres víctimas de VG. Según la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer de la Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2024), el 32,4% de las mujeres residentes en España, de 16 o más años, han sufrido algún tipo de violencia por parte de alguna pareja o expareja a lo largo de su vida.

Esta violencia tiene un gran impacto en la salud y el bienestar de las mujeres, con consecuencias suficientemente evidenciadas a nivel físico, psicológico y social (García et al., 2024). Concretamente a nivel psicológico, la Macroencuesta de Violencia contra la Mujer (2024) recoge que el 73,5% de las mujeres que han sufrido esta violencia presentan consecuencias; además, la probabilidad de haber tenido intentos suicidas es casi once veces mayor que en quienes no la han sufrido (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2025). Los trastornos mentales asociados en mayor medida con esta violencia son depresión, ansiedad y TEPT, frecuentemente comórbidos entre sí (Pérez et al., 2024). Además, el fin de la relación

con quien ejerce la violencia no significa que cesen los síntomas: ellas siguen experimentando sensación de peligro y secuelas a nivel social, interpersonal e íntimo. Todo esto puede derivar en un estado de disociación como estrategia para sobrellevar el constante sufrimiento (García et al., 2024).

La evidencia además señala que la relación entre Violencia de Género y salud mental es bidireccional. García et al. (2024) advierten que, al igual que se relaciona ser víctima de Violencia de Género con problemas de salud mental, tener problemas de salud mental supone un riesgo mayor de verse expuesta a dicha violencia: las mujeres con Trastorno Mental Grave tienen una probabilidad de hasta tres veces mayor de ser víctimas de VG.

También es bidireccional la relación entre VG y diferentes problemas de abuso de sustancias, por lo que es necesario que se aborden de manera conjunta. De hecho, se proponen dos mecanismos diferentes para explicar esta relación: el consumo problemático puede generar situaciones de estrés en la pareja que derive en episodios de violencia, pero también se plantea que las víctimas consuman sustancias para hacer frente al sufrimiento (Kraanen et al., 2014). Esta doble vulnerabilidad está reconocida en la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 y también en estudios como el de Caldentey et al. (2017) con mujeres ingresadas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias: el 50% de las participantes habían sido expuestas a Violencia de Género alguna vez en la vida y el 23,9% lo habían sido en el último año. Aunque esto se reconozca, tal y como mencionan Martínez-Redondo y Arostegui Santamaría (2024), el tratamiento para estos dos asuntos se mantiene mayoritariamente de forma paralela, sin mecanismos de coordinación ni protocolos de atención conjunta.

Dentro del consumo problemático de sustancias en mujeres, la dependencia a los psicofármacos (especialmente benzodiacepinas e hipnosedantes) ocupa un lugar diferenciado. Según la encuesta EDADES 2024 (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2025), el 14,7% de las mujeres había consumido hipnosedantes en los últimos doce meses frente al 9,3% de los hombres, con tendencia creciente en comparación con datos de la encuesta EDADES 2022. El perfil de mujer consumidora en España, según el mismo informe (OEDA, 2023), es el de mujer de aproximadamente 47 años, con cargas familiares y a menudo en situación de desempleo.

En el contexto español, Crespo et al. (2017) encontraron que aquellas mujeres que habían vivido VG mostraban un consumo significativamente mayor que aquellas que no, el 40% frente al 20%; ese consumo se relacionaba específicamente con la activación postraumática. Se plantea entonces que las mujeres víctimas de Violencia de Género pueden recurrir a los psicofármacos y no tanto a otras sustancias para hacer frente a sus síntomas. En lo que a esto respecta, es importante también el papel del sistema sanitario: estas mujeres presentan un sufrimiento mental que desde sanidad se aborda mediante prescripción farmacológica, sin intervenir sobre las causas (García et al., 2024).

La evidencia sobre intervenciones dirigidas específicamente a mujeres con esta doble problemática sigue siendo escasa en España. Tanto es así que, aunque estos fenómenos coexistan, la atención de estos casos recae generalmente en centros de adicciones porque en centros de asistencia a víctimas de VG el trastorno adictivo puede ser visto como una barrera (Chait y Calvo, 2005). A nivel internacional existe un estudio piloto con resultados prometedores en cuanto a la reducción del consumo y también mejoría del bienestar psicológico (Hailemariam et al. 2023); a nivel nacional se cuenta con la *Guía de Recomendaciones para el Abordaje Integral de las Violencias de Género y el Abuso de Sustancias en Mujeres* (Martínez-Redondo y Arostegui, 2023) como referente más apropiado.

Las terapias cognitivo-conductuales (TCC) reducen significativamente las consecuencias de la violencia como el TEPT, la ansiedad y la depresión (Ramírez-Cruz et al., 2022), especialmente cuando incorporan aspectos clave como empoderamiento, perspectiva de género y garantía de seguridad (Romero, 2010). Por otro lado, respecto a las intervenciones breves en adicción a benzodiacepinas, Vicens et al. (2014) demostraron con el ensayo BENZORED que una intervención basada en entrevista motivacional, pauta de deshabituación y seguimiento producía reducciones significativas y mantenidas en el consumo. Carballo y Coloma-Carmona (2025) confirman que las intervenciones breves son eficaces y eficientes, facilitando el inicio del tratamiento y también la adherencia terapéutica.

Todo lo mencionado anteriormente pone en evidencia la necesidad de desarrollar intervenciones que aborden de forma simultánea y coordinada ambos fenómenos, la exposición a la Violencia de Género y la dependencia a benzodiacepinas. Su atención dividida mantiene y agrava el sufrimiento de las mujeres, dejando aspectos relevantes sin abordar como el trauma subyacente si solo se trabaja el trastorno adictivo o el proceso de deshabituación si solo se

trabaja sobre la experiencia de VG (Santoro et al., 2025). Por ende, la intención de este trabajo es elaborar una propuesta de intervención breve dirigida a mujeres víctimas de Violencia de Género que presenten consumo problemático o adicción a benzodiazepinas. Se plantea como un módulo integrado en un programa de atención a mujeres en recursos especializados de atención a la VG, con tal de evitar la estigmatización y abordar simultáneamente posibles secuelas psicológicas que sean factores mantenedores del consumo sin separar su atención en sistemas diferentes (Martínez-Redondo y Arostegui Santamaría, 2023).

3. MÉTODO

3.1. *Participantes / Población diana*

El programa de intervención propuesto tendrá lugar en centros especializados de atención a mujeres víctimas de Violencia de Género de la provincia de Alicante, concretamente Centros Mujer 24 Horas. En este caso, la propuesta se dirige a mujeres adultas, mayores de 18 años, que cumplan con los siguientes criterios: (1) recibir atención en algún recurso especializado en VG de la provincia de Alicante (Centros Mujer) por haber sufrido violencia por parte de alguna pareja o expareja, (2) presentar consumo problemático o dependencia a benzodiazepinas, según criterios del DSM-5-TR, y (3) mostrar tanto capacidad como voluntad para trabajar en formato grupal.

En lo que se refiere a criterios de exclusión, no formarán parte de este programa aquellas mujeres que se encuentren con episodios activos, riesgo suicida alto sin un plan de seguridad o consumo simultáneo de alcohol u otras sustancias que requieran de un periodo de desintoxicación previo.

3.2. *Variables e Instrumentos*

Las variables que deberán evaluarse en el programa para conocer el estado de las mujeres serán las siguientes:

- 1) **Consumo de benzodiazepinas.** El consumo problemático de benzodiazepinas es la variable central del programa, dada la prevalencia en mujeres víctimas de VG y las consecuencias que tiene su uso (Crespo et al., 2017). Para evaluarlo se utilizará la *Escala de Gravedad de la Dependencia (Severity of Dependence Scale)* (SDS; De las

Cuevas et al., 2000) adaptada a las benzodiacepinas. Consta de 5 ítems con respuesta tipo Likert (0-3, donde 0 es “nunca/casi nunca” y 3 “siempre/casi siempre”), con una puntuación total que oscila entre 0 y 15 puntos. Según la validación española, una puntuación ≥ 7 es el umbral óptimo para identificar la dependencia a estas sustancias. Además, presenta elevada consistencia interna ($\alpha = 0,81$) y ha demostrado ser una herramienta de autoinforme breve y precisa (De las Cuevas et al., 2000).

- 2) **Craving.** Se define como el deseo o la necesidad psicológica de consumir una sustancia, percibida por pensamientos intrusivos, sensaciones físicas o impulsos entre otros (Pérez-Romero y Vite-Sierra, 2020). Para su evaluación, se utilizará una adaptación española del *Cocaine Craving Questionnaire-Now* (CCQ-N-10; Tiffany et al., 1993) realizada por Iraurgi-Castillo et al. (2009), con 10 ítems y respuesta tipo Likert de (0-6): a mayor puntuación, mayor intensidad del craving. Esta adaptación presenta una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,95$), y aunque esta escala fue desarrollada originalmente para cocaína, su uso en este programa se justifica por el carácter transdiagnóstico del craving: es un mecanismo común en distintas dependencias, independientemente de la sustancia implicada (Garrison et al., 2022); además, actualmente no existe ningún instrumento específico para craving en caso de benzodiacepinas con adaptación y validación española.
- 3) **Adherencia al tratamiento.** La adherencia es un predictor clave en cualquier programa de deshabituación (Vicens et al., 2014). Para evaluar esta variable, se utilizará un autorregistro semanal de consumo diseñado *ad hoc* para este programa (*Anexo 1*), donde las participantes registran: fecha, si ha habido consumo, cantidad aproximada, circunstancias en las que se produjo el consumo y los pensamientos y emociones asociadas. Estas herramientas son habituales en intervenciones cognitivo-conductuales para adicciones, porque favorecen la autoobservación y además enriquecen el trabajo en sesión (Marlatt y Donovan, 2005).
- 4) **Sintomatología ansiosa y depresiva.** La ansiedad y la depresión son dos de los trastornos más asociados tanto a la exposición a VG como a la dependencia de benzodiacepinas, siendo esto una de las razones iniciales por las que se prescriben (García et al., 2024). Su evaluación se realizará mediante el *Patient Health Questionnaire-4* (PHQ-4; Kroenke et al., 2009; Maurer et al., 2018; Stanhope, 2016),

instrumento de cribado breve formado por 4 ítems con respuesta tipo Likert (0-3); dos de ellas pertenecen al GAD-2 (ansiedad) y dos de ellos al PHQ-2 (depresión). La puntuación de cada subescala puede variar entre 0 y 6. Su consistencia interna es oportuna tanto para la escala global (α entre 0,72 y 0,88) como para sus subescalas (α de GAD-2 entre 0,74 y 0,84; α de PHQ-2 entre 0,65 y 0,81).

- 5) **Sintomatología de TEPT.** La exposición a VG es un evento que puede dar lugar al TEPT, con una presentación compleja (Reed et al., 2022). Además, esta sintomatología puede explicar en parte el consumo de psicofármacos como estrategia para hacer frente a la hiperactivación (Crespo et al., 2017). Esta variable se puede medir a través de la *Escala de Gravedad de Síntomas Revisada* (EGS-R; Echeburúa et al., 2016), basada en una entrevista estructurada con 21 ítems, en función de los criterios diagnósticos del DSM-5. Este instrumento ha sido validado en víctimas de agresión sexual y también de violencia Familiar en España, con una consistencia interna alta ($\alpha = 0,91$) y un punto de corte de 20 puntos, con eficacia diagnóstica del 82,48% (Echeburúa et al., 2016).
- 6) **Motivación para el cambio.** Este es un gran predictor cuando se trata del éxito terapéutico en intervenciones sobre conductas adictivas, especialmente en intervenciones breves (Miller y Rollnick, 2015). Para su evaluación se recurrirá al *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES; Miller y Tonigan, 1996), que ya ha sido usada en población española. En esta se identifica el nivel de deseo de la persona por iniciar el tratamiento, y se hace a través de 19 ítems agrupados en tres escalas diferentes. Las respuestas a dichos ítems son tipo Likert (1-5, siendo 1 “muy en desacuerdo” y 5 “totalmente de acuerdo”), y la puntuación total se obtiene de la suma de los ítems; las puntuaciones se interpretan de forma corporativa por escala sin puntos de corte únicos, permitiendo identificar el perfil motivacional de cada una y ajustar así el enfoque desde el inicio (Miller y Rollnick, 2015). Esta adaptación española presenta una consistencia interna que varía según la escala entre $\alpha = 0,60$ y $\alpha = 0,96$ (Federación Española de Alcohólicos Rehabilitados en España, 2009).
- 7) **Autoeficacia percibida.** La creencia que tiene la persona sobre su propia capacidad para manejar situaciones difíciles y realizar conductas de cambio (Bandura, 1977) es un predictor relevante en el tratamiento de adicciones (Marlatt y Donovan, 2005). Específicamente en mujeres víctimas de Violencia de Género, esta percepción suele

verse alterada como consecuencia del control y sometimiento ejercido por la pareja (Romero, 2010); por lo tanto evaluarla es esencial en este programa. Para ello, se empleará la *Escala de Autoeficacia General* (EAG: Schwarzer y Jerusalem, 1995; adaptación española de Sanjuán, Pérez-García y Bermúdez, 2000), compuesta por 10 ítems con escala tipo Likert, (1-4): a mayor puntuación, mayor autoeficacia percibida. Esta ha mostrado adecuada consistencia interna ($\alpha = 0,87$) en estudios realizados con muestra española, siendo datos consistentes con los de otras muestras internacionales (Sanjuán et al., 2000).

Cabe señalar que el foco de la intervención es la conducta adictiva, pero evaluar variables como ansiedad, depresión y sintomatología del TEPT se justifica porque pueden actuar como factores mantenedores del consumo (Crespo et al., 2017). La evaluación de todas estas se llevará a cabo en diferentes momentos: pre-intervención, durante esta, post-intervención y a modo de seguimiento; esto queda recogido en la *Tabla 1*.

Tabla 1. Cronograma de instrumentos de evaluación.

Instrumento	Pre	Durante	Post	Seguimiento
SDS	X		X	X
CCQ-N-10	X		X	X
Autorregistro		X		
PHQ-4	X		X	X
EGS-R	X		X	X
SOCRATES	X		X	
EAG (Autoeficacia)	X		X	X

3.3. Procedimiento

El programa se implementará en los Centros Mujer 24 horas de la provincia de Alicante, desde donde las profesionales informarán a las mujeres que estén recibiendo atención y puedan

cumplir los criterios de inclusión. Las interesadas serán derivadas a las profesionales encargadas del módulo y tendrá lugar una sesión individual (Sesión 0) donde se administrarán los diferentes instrumentos de evaluación pre-intervención y se firmará el consentimiento informado. Esta sesión permite verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión, además de valorar y garantizar la seguridad de cada participante.

A partir de entonces, se desarrollará el programa en formato grupal, con una duración de ocho sesiones de 90 minutos y frecuencia semanal. Al finalizar las sesiones se realizará una evaluación post-intervención y se establecerán seguimientos a los 3, 6 y 12 meses para comprobar el mantenimiento de los cambios. El equipo encargado será interdisciplinar, puesto que en casos de VG es crucial la colaboración entre diferentes profesionales; sin embargo esta propuesta se centrará en el rol de la psicóloga. Todo el proceso cumplirá con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Dado que la intervención supone la reducción de la dosis de benzodiacepina (deshabitación), la intervención psicológica se desarrollará de forma coordinada con profesionales médicos encargados de cada participante, determinando y supervisando el ajuste de las pautas de reducción.

4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Tal y como se ha expuesto anteriormente, a pesar de la frecuente coexistencia entre la vivencia de Violencia de Género y consumo problemático de benzodiacepinas, existe un vacío respecto a las intervenciones específicas para este perfil. Por esto mismo, se planteó el objetivo general de la siguiente propuesta de intervención, reducir y eliminar el consumo problemático de benzodiacepinas en mujeres víctimas de Violencia de Género atendidas en los recursos de Centro Mujer 24 horas de Alicante

Esta propuesta se construye en base al modelo cognitivo-conductual propuesto por Najavits (2002) conocido como *Seeking Safety* (traducción española: *En busca de la seguridad*, 2006), que prioriza el trabajo simultáneo de trauma y adicción sin que sea necesaria la exposición narrativa directa. Aunque no se implementaría el programa en su formato completo, se extraen sus principios orientadores para aplicar una versión reducida; esta muestra tamaño del efecto medio en cuanto al consumo de sustancias ($ES = -0,20$ en el ASI a los 3 meses; $p = 0.4$) y de

medio a grande sobre los síntomas de TEPT ($ES = -0.76$ en la escala CAPS a los 6 meses; $p = 0,002$), con resultados comparables entre su versión completa y las versiones abreviadas a medio plazo (Sherman et al., 2023). Además se complementa con técnicas cognitivo-conductuales clásicas, elementos de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2015) y elementos de la ACT. Esto se ajusta a las recomendaciones sobre intervención breve en adicciones de Carballo y Coloma-Carmona (2025): 8 sesiones grupales de 90 minutos con periodicidad semanal, junto con una sesión individual de evaluación inicial y sesiones de seguimiento (3, 6 y 12 meses) donde se realizarán evaluaciones post-intervención, todas ellas aplicadas por la psicóloga responsable. Además, el formato grupal de tamaño reducido (4 a 6 participantes) será el elegido por su eficacia cuando se trata de discontinuación de benzodiacepinas (Morin et al., 2004) y por su valor a la hora de contrarrestar el aislamiento impuesto por el proceso coercitivo de la Violencia de Género (Escudero Nafs et al., 2005).

El transcurso del programa será guiado a través de una metáfora botánica, relacionada con el cuidado de una planta, concretamente Pensamiento (Viola tricolor). Esto, a la vez que supone una actividad de activación conductual y compromiso a lo largo del proceso, puede actuar como espejo terapéutico y anclaje: a medida que las mujeres preparan la tierra, plantan la semilla y cuidan la planta, irán trabajando diferentes aspectos relacionados con la adicción.

Sesión 0 (individual): Evaluación y acogida - “Observar la tierra”.

Objetivos:

- 1) Realizar la evaluación pre-intervención para confirmar criterios de inclusión.
- 2) Establecer un plan de seguridad en caso de ser necesario.
- 3) Iniciar la alianza terapéutica.

Descripción: Se realizará una acogida donde se valide la experiencia, se administrarán los instrumentos de evaluación pre-intervención (SDS, CCQ-N-10, PHQ-4, EGS-R, SOCRATES y EAG), además de informar a las mujeres sobre el programa, asegurar que cuenten con un plan de seguridad y firmar el consentimiento informado. Se recogerá también información sobre la historia de consumo y sobre VG mediante una entrevista semiestructurada

Sesión 1 (grupal): Psicoeducación y motivación - “Preparando la tierra”.

Objetivos:

- 1) Crear un clima grupal de seguridad y confianza mutua.

- 2) Comprender el funcionamiento de la dependencia a benzodiacepinas.
- 3) Explorar la ambivalencia frente al inicio del cambio utilizando estrategias de Entrevista Motivacional (Miller y Rollnick, 2015)

Descripción: Tras una primera toma de contacto en la que se presente al grupo y se definan las normas (asistencia, confidencialidad, respeto), se introduce la metáfora botánica y el objeto significativo, en este caso la semilla que deberán plantar (Viola tricolor, Pensamiento), favoreciendo así la apertura del grupo gradual. La psicóloga realizará una breve y adaptada psicoeducación sobre la dependencia a las benzodiacepinas, cómo actúa en el cuerpo y por qué su retirada genera malestar (síndrome de abstinencia); esto ayuda a reducir la resistencia al cambio (Vicens et al., 2014) ajustándose a la fase del modelo *Seeking Safety* como “*Cuando la sustancia de te controla*”. Además se trabajarán los pros y contras del consumo a través de un balance decisional (*Anexo 2*) para trabajar la ambivalencia y promover la motivación intrínseca. Por último, se explicará el uso del autorregistro semanal (*Anexo 1*) como tarea para casa y se procederá a plantar la semilla de la flor en una maceta de vivero a la vez que se plantean preguntas de reflexión grupal que permitan abrir lugar a la analogía entre el proceso terapéutico y el crecimiento de la planta.

Sesión 2 (grupal): La función del consumo - “Lo que hay bajo la tierra”.

Objetivos:

- 1) Identificar la relación entre el malestar emocional derivado de la VG y el consumo de benzodiacepinas.
- 2) Identificar los desencadenantes de la conducta de consumo.
- 3) Aprender herramientas de regulación del sistema nervioso como alternativa al consumo.

Descripción: Antes de comenzar con la sesión, se revisarán los autorregistros de la semana y también la Viola tricolor. Una vez hecho esto, se explicará a modo de psicoeducación la relación entre Violencia de Género, síntomas psicológicos y consumo de benzodiacepinas. Se introducirá el análisis funcional a través del modelo ABC (Antecedentes - Conducta - Consecuencia) en la pizarra para situaciones de consumo, con tal de comprender la función que cumple este, elemento clave desde el enfoque de *Seeking Safety* (Najavits, 2002). Una vez identificados algunos de los desencadenantes, se procederá a trabajar técnicas de relajación que permitan reducir la hiperactivación fisiológica. Se entrenarán técnicas como respiración diafragmática, relajación muscular progresiva de Jacobson y el método 5-4-3-2-1, una de las

técnicas de anclaje sensorial más empleadas. Se cerrará la sesión con una práctica breve de atención plena (respiración consciente), y se definirá como tarea para casa emplear al menos una de las técnicas entrenadas.

Sesión 3 (grupal): Metas de cambio - “El primer brote”.

Objetivos:

- 1) Identificar valores personales que sean incompatibles con el consumo.
- 2) Formular objetivos concretos.
- 3) Reforzar la autoeficacia percibida a través de los logros obtenidos.

Descripción: La sesión se abrirá revisando los autorregistros semanales y la planta, además de comentar la tarea de la sesión 2. Tras esto, la psicóloga guiará la sesión en torno a la ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso), trabajando sobre la clarificación de valores personales a través de metáforas y ejercicios experienciales. Se propone realizar entonces una dinámica, “La Flor de los Valores”: cada una recibe una plantilla de una flor (*Anexo 3*) donde cada pétalo corresponde a un ámbito vital de su identidad recuperada, con perspectiva de futuro en el plazo de un año. Tras esto se realiza una puesta en común y se buscan conjuntamente acciones concretas que permitan alcanzar dichas metas (por ejemplo, si en la dimensión “Salud” escriben “*no tener enfermedad*”, entre todas deben definir qué actos pueden realizar para acercarse a ese objetivo). Las mujeres se comprometen a estas acciones escribiéndolas en un mural conjunto que pasarán a decorar creativamente y firmando a modo de contrato conductual.

Sesión 4 (grupal): Reestructuración cognitiva - “Cuida tu casa: para la flor su maceta, para ti tu cabeza”.

Objetivos:

- 1) Identificar pensamientos automáticos negativos asociados a autoeficacia y consumo.
- 2) Generar pensamientos alternativos adaptativos a través de la reestructuración cognitiva.

Descripción: Esta sesión comenzará igual que el resto, con la revisión de autorregistros y atención a la planta que se está cuidando. Tras esto, se trabajarán pensamientos automáticos negativos asociados con el consumo y la autoeficacia. A partir de la puesta en común de las participantes, se explicará de manera dinámica el concepto de distorsiones cognitivas y se trabajará la identificación de estas en sus casos específicos (especialmente las relacionadas

con el consumo pero también relacionadas con la vivencia de VG si se sienten preparadas). Tras esto, se buscarán pensamientos o interpretaciones alternativas más adaptativas y ajustadas a la realidad. Esto irá acompañado de una actividad experiencial en la que las participantes utilizarán la metáfora del Kintsugi para crear la maceta de la flor: escribirán algunos de estos pensamientos en una maceta para posteriormente romper y reconstruir creativamente con adhesivo fuerte y purpurina dorada, además de la decoración que libremente quieran añadir; este formato de actividades está respaldado por la literatura sobre intervenciones cognitivo-conductuales con soporte artístico, especialmente en contextos de trauma (Hervás Corral, 2025).

Sesión 5 (grupal): Urge Surfing y Control de Estímulos - “Soportar la tormenta”.

Objetivos:

- 1) Comprender la naturaleza del craving o el deseo intenso por consumir.
- 2) Entrenar la técnica de surfear el craving (Urge Surfing) para tolerarlo sin consumir.

Descripción: Como en las sesiones anteriores, se comenzará revisando los autorregistros y el estado de la Viola tricolor; además, para abrir el tema central de la sesión, se planteará un espacio de conversación y reflexión sobre posibles momentos en la última semana donde hayan aparecido pensamientos o impulsos intensos por consumir. A partir de esto, se impartirá una breve psicoeducación sobre el craving: su carácter temporal, su evolución en comparación con una ola, etc... La analogía de la planta y las tormentas puede ser útil: estas no pueden evitar que les caiga lluvia o viento pero sí pueden resistir hasta que pase; básicamente, la comparativa vendría a ser que las participantes pueden aprender a tolerar el malestar sin caer en el consumo. Se introducirá la técnica del Urge Surfing (Marlatt y Donovan, 2005) a través de una narración guiada por la psicóloga donde se pedirá observar sensaciones, pensamientos y emociones asociadas al consumo sin eliminarlas mientras se recurre a la respiración diafragmática. Se completará esta sesión con una actividad donde se identificarán los diferentes factores ambientales que suponen riesgos para su recuperación y las estrategias que pueden ser útiles para protegerse frente a estos (*Anexo 4*).

Sesión 6 (grupal): Habilidades sociales - “Compartiendo espacio con otras flores”.

Objetivos:

- 1) Identificar patrones de comunicación que puedan suponer un riesgo frente a la recaída.
- 2) Practicar estrategias de comunicación asertiva y establecimiento de límites.

Descripción: Tras los procedimientos rutinarios del inicio de cada sesión (revisar autorregistro y plantas), el foco se pondrá en las relaciones interpersonales y las habilidades sociales, acorde a los componentes “Pedir ayuda”, “Conseguir apoyo para la recuperación” y “Poner límites” del modelo de Najavits (2002). Puesto que el aislamiento socio-familiar es una de las grandes secuelas de la VG, se trabajará con las mujeres participantes el miedo y la culpa asociados a pedir ayuda, además de estrategias para relacionarse y poner límites adecuadamente (Tirado-Muñoz et al., 2015). Se explicará la importancia de la comunicación asertiva, sus componentes y su carácter protector frente a las recaídas. Se enseñarán diferentes estrategias y se procederá a practicar mediante el ensayo de conducta (*role-playing*), planteando escenarios posibles (p. ej. rechazo asertivo). Como tarea para casa, se pedirá que empiecen a emplear algunas de las habilidades entrenadas en situaciones más simples hasta alcanzar otras más complejas y que registren lo sucedido para comentarlo en la sesión siguiente.

Sesión 7 (grupal): Prevención de recaídas - “Equipo antiplagas”.

Objetivos:

- 1) Conceptualizar la recaída como parte del proceso.
- 2) Identificar las señales de alerta tempranas y los factores de protección ambiental, “Red” y “Green flags” desde el modelo Seeking Safety (Najavits, 2002).
- 3) Diseñar un plan de actuación de prevención de recaídas, basadas en metas realistas.

Descripción: Esta sesión pretende consolidar todo el trabajo terapéutico realizado previamente desde la perspectiva del modelo de Prevención de Recaídas (Marlatt y Donovan, 2005). Una vez revisados los autorregistros y el estado de la planta, además de haber comentado las tareas para casa de la sesión anterior, se procederá a conceptualizar la recaída como una posibilidad y se trabajará la diferencia entre caída y recaída. Se trabajará con la culpa y el pensamiento dicotómico, además de que se identificarán estímulos que puedan ser una amenaza para este proceso, como lo serían las plagas para la flor; si bien ya se conocerán algunos después de la sesión anterior, aquí se plantean desencadenantes no solo externos (personas, situaciones, lugares) sino también internos (emociones, pensamientos). Paralelamente, se trabajarán las herramientas de cuidado: recursos personales, sociales y ambientales a los que puedan recurrir para mantener la abstinencia y lograr el bienestar psicológico. Para finalizar, se elaborará el “Plan de prevención de recaídas” (*Anexo 5*), donde cada una de las mujeres participantes identificará tres señales de alerta tempranas (“red flags”)

que puedan percibir que avisan de que podría haber una recaída, los desencadenantes externos e internos principales, tres estrategias de afrontamiento que le sean útiles, las personas/recursos a los que podría acudir y un mensaje que le serviría escuchar si están a punto de caer. Con esto se pretende aumentar la sensación de control sobre su propio proceso y seguridad frente a las hipotéticas situaciones futuras de riesgo.

Sesión 8 (grupal): Cierre y planificación del seguimiento - “Floración”.

Objetivos:

- 1) Favorecer el cierre terapéutico.
- 2) Consolidar aprendizajes adquiridos durante el programa.
- 3) Reconocer los cambios logrados.
- 4) Explicar el funcionamiento de las sesiones de seguimiento.

Descripción: Esta comenzará igual que las anteriores, favoreciendo una reflexión conjunta comparando la evolución de las flores y la de las mujeres participantes. Posteriormente, se llevará a cabo una dinámica grupal con todas las mujeres situadas en círculo grupal basada en reconocer y compartir los diferentes aprendizajes obtenidos, las dificultades superadas y los miedos futuros que se presenten. Cada una de ellas escribirá una carta reflexiva dirigida a sí misma en el futuro para recurrir a ella en momentos difíciles. Seguidamente, se explicará el funcionamiento de las sesiones de seguimiento (3, 6 y 12 meses), normalizando en todo momento las posibles recaídas pero reconociendo la fuerza individual junto con el recordatorio de los recursos a los que pueden acudir. Como símbolo final, cada una se llevará consigo el Pensamiento y la maceta decorada, representando así la importancia de mantener el cuidado (tanto de la flor como el propio) fuera del espacio terapéutico.

Sesión 9 (individual): Evaluación final.

Objetivos:

- 1) Evaluar los cambios producidos tras la intervención.
- 2) Valorar el grado de cumplimiento de los objetivos.
- 3) Derivación a recursos especializados o mantenimiento de un tratamiento en caso de no haberse cumplido los objetivos.

Descripción: Tras finalizar el programa, se realizará una sesión individual para administrar nuevamente la batería de instrumentos. Se revisarán los cambios observados durante el

proceso, identificando logros alcanzados y aspectos pendientes de consolidar, si existen necesidad de terapia individual continuada o si requiere de otros servicios ofrecidos en Centros Mujer. Además, esta sesión será útil para resolver dudas y recordar las sesiones de seguimiento.

Sesiones de seguimiento (individual): 3, 6 y 12 meses.

Objetivos:

- 1) Evaluar el mantenimiento de los cambios producidos tras la intervención.
- 2) Detectar posibles recaídas o asuntos relevantes a trabajar.
- 3) Derivar a recursos especializados en caso de que sea necesario.

Descripción: Una vez finalizado el programa y realizada la evaluación final, se llevan a cabo las 3 sesiones de seguimiento, a los 3, los 6 y los 12 meses. En cada una de ellas se administrará de nuevo la batería de instrumentos con tal de comprobar la permanencia de los cambios obtenidos con el programa. Si aparecen señales de recaída o aspectos con necesidad de intervenir, se aprovechan también estas sesiones para revisar el caso y derivar en caso de ser necesario.

5. DISCUSIÓN.

La propuesta de intervención breve e integrada que se ha planteado cumple con el objetivo general, con el que se pretendía elaborar una propuesta breve y viable que pudiese impartirse en los recursos especializados en atención a mujeres víctimas de Violencia de Género, con tal de trabajar la dependencia a benzodiacepinas con estas mujeres. Al integrar los principios del programa Seeking Safety junto con la pauta médica de deshabituación y el trabajo interdisciplinar, podría considerarse esta una gran alternativa al vacío históricamente existente en el tratamiento conjunto de estas dos problemáticas.

Este programa aquí desarrollado cuestiona la patologización del malestar psicológico, proponiendo métodos más allá del biomédico para abordarlo, trabajando sobre la autoeficacia percibida de las mujeres participantes y técnicas que le permitan tolerar dicho malestar.

Además, al impartirse en Centros Mujer 24 horas se garantiza la máxima seguridad de las mujeres, junto con evitar el estigma o la revictimización al enfrentarse a nuevos recursos; esto es algo que aún hoy en día tienen que experimentar estas mujeres cuando son derivadas a unidades tradicionales de conductas adictivas (Martínez-Redondo y Arostegui Santamaría, 2023).

A pesar de que este se construya sobre bases sólidas, existen ciertas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta. Por un lado, el mero carácter propositivo de esta intervención hace que se carezca de datos sobre su eficacia real, además de la necesidad que se presentaría de contar con un grupo control. Junto a esto, el tamaño reducido de los grupos podría suponer mucho tiempo y ensayos para obtener una muestra lo suficientemente grande como para ser válida. Por otro lado, no se puede perder de vista que es una población que presenta alta vulnerabilidad por motivos evidentes de historia personal; esto expone al programa a una potencial y elevada tasa de abandono, especialmente en las sesiones de seguimiento (3, 6 y 12 meses).

También se presentan otras limitaciones como la posible deseabilidad social o miedo a consecuencias mayores al completar cuestionarios donde se declaran asuntos que pueden ser tenidos en cuenta en su contra en medidas judiciales como cuestiones de guardia y custodia. Junto con esto, destacar el papel del sistema de salud y su coordinación con las profesionales del programa propuesto para el éxito de este programa.

Para futuras líneas de investigación, sería necesario implementar un estudio piloto para comprobar la viabilidad y eficacia preliminar del programa; asimismo, sería apropiado contar con un grupo control. También se podría valorar la implementación de otros recursos y la adaptación a otras sustancias.

En conclusión, este trabajo aporta una propuesta de intervención con fundamentación científica y relevante tanto clínica como socialmente al atender un problema desatendido. La combinación del modelo Seeking Safety junto con técnicas cognitivo-conductuales, elementos motivacionales y un formato breve parece apuntar a resultados prometedores en lo que se refiere a reducción del consumo y mejoría del bienestar de las mujeres . Aunque la evidencia formal sólo podría obtenerse mediante su implantación y evaluación, esto constituye un primer acercamiento necesario para avanzar hacia una atención más integral, verdaderamente centrada en las necesidades de las participantes e incluyendo imprescindiblemente una perspectiva de género.

6. REFERENCIAS.

- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1993, 20 de diciembre). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (Resolución 48/104).
https://www.congreso.es/docu/docum/ddocum/dosieres/sleg/legislatura_12/spl_25/pdfs/15.pdf
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control* (Vol. 11). Freeman.
- Caldentey, C., Muñoz, J. T., Ferrer, T., Casals, F. F., Rossi, P., Mestre-Pintó, J. I., y Melich, M. T. (2017). Violencia de género en mujeres con consumo de sustancias ingresadas en el hospital general: cribado y prevalencia. *Adicciones*, 29(3), 172-179.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.738>
- Carballo, J. L., y Coloma-Carmona, A. (2025). Intervención Breve en Conductas Adictivas: la Promoción del Cambio. *Papeles del Psicólogo*, 46(2), Artículo e2155.
<https://doi.org/10.70478/pap.psicol.2025.46.11>
- Carramiñana, P. C. (2016). La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo social hoy*, (77), 109-133.
- Chait, L., y Calvo, B. Z. (2005). Mujeres drogodependientes maltratadas: análisis para la intervención. *Trastornos Adictivos*, 7(2), 104-113.
[https://doi.org/10.1016/S1575-0973\(05\)74515-3](https://doi.org/10.1016/S1575-0973(05)74515-3)
- Consejo de Europa. (2011, 11 de mayo). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica* (Serie de Tratados del Consejo de Europa n.º 210). <https://www.boe.es/doue/2023/151/I00001-00021.pdf>
- Contel Guillamón, M., Gual Solé, A., & Colom Farran, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): Traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11(4), 337. <https://doi.org/10.20882/adicciones.613>
- Crespo, M., Soberón, C., Fernández-Lansac, V., y Gómez-Gutiérrez, M. M. (2017). Alcohol and psychotropic substance use in female Spanish victims of intimate partner violence. *Psicothema*, 29(2), 191-196. <https://doi.org/10.7334/psicothema2016.195>

Cromby, J. (2021). The power threat meaning framework. En *The Palgrave Encyclopedia of Critical Perspectives on Mental Health* (pp. 1-11). Springer International Publishing.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-12852-4_85-1

Cuevas, C. D. L., Sanz, E. J., Fuente, J. A. D. L., Padilla, J., & Berenguer, J. C. (2000). The Severity of Dependence Scale (SDS) as screening test for benzodiazepine dependence: SDS validation study. *Addiction*, 95(2), 245-250.
<https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2000.95224511.x>

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2025). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer*. Ministerio de Igualdad.
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/macroencuesta/>

Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
<https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/home.htm>

Echeburúa, E. (2019). Crítica de Artículos: Sobre el Papel del Género en la Violencia de Pareja contra la Mujer. Comentario a Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2019. *Anuario de Psicología Jurídica*, 29, 77-79. <https://doi.org/10.5093/apj2019a4>

Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34(2), 111-128. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000200004>

Escudero Nafs, A., Polo Usaola, C., López Gironés, M., y Aguilar Redo, L. (2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género: I: Las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (95), 85-117.
<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15934/15793>

Federación Española de Alcohólicos Rehabilitados de España. (2009). *Guía de buenas prácticas*. Martín Impresores, S.L.

- García, M. T., Velázquez, S. H., y Puerto, A. G. (2024). Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. *Atención Primaria*, 56(11), Artículo 102903. <https://doi.org/10.1012/j.aprim.2024.102903>
- Garrison, K. A., Sinha, R., Potenza, M. N., Gao, S., Liang, Q., Lacadie, C., & Scheinost, D. (2023). Transdiagnostic connectome-based prediction of craving. *American Journal of Psychiatry*, 180(6), 445-453. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.21121207>
- Guillén-Riquelme, A., & Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515. <https://www.psicothema.com/pdf/3916.pdf>
- Hernández, D. E., Martín Jiménez, V., Cerqueira, C., y García Beaudoux, V. (2024). 20 años de la Ley Orgánica de Protección Integral contra la Violencia de Género en España: implantación, desarrollo, impacto y retos futuros. *Investigaciones Feministas*, 15(1), Artículo e99425. <https://doi.org/10.5209/infe.99425>
- Hervás Corral, M. (2025). Terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y arteterapia en violencia sexual. Una propuesta de intervención. <http://hdl.handle.net/10017/65487>
- Hien, D. A., Morgan-Lopez, A. A., Campbell, A. N., Saavedra, L. M., Wu, E., Cohen, L., ... & Nunes, E. V. (2012). Attendance and substance use outcomes for the Seeking Safety program: sometimes less is more. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 29. <https://doi.org/10.1037/a0026361>
- Instituto Nacional de Estadística. (2026). *Estadística de violencia doméstica y violencia de género: Últimos datos*. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206
- Inventory-li, B. D. (2010). Beck depression inventory-II. *Corsini Encycl. Psychol*, 1(1), 210.
- Iraurgi-Castillo, I., Trujols-Albet, J., Jiménez-Lerma, J. M., y Landabaso, M. (2009). Fiabilidad y validez de la versión abreviada en español del Cocaine Craving Questionnaire-Now (CCQ-N-10). *Adicciones*, 21(3), 195-202. <https://doi.org/10.20882/adicciones.229>

- Irazábal-Martín, E. (2022). Empezar, continuar y terminar. Las etapas de un proceso terapéutico grupal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 42(142), 197-216.
<https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352022000200011>
- Kraanen, F. L., Vedel, E., Scholing, A., y Emmelkamp, P. M. (2014). Prediction of intimate partner violence by type of substance use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 46(4), 532-539. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2013.11.007>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, (313), 29 de diciembre de 2004.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Martínez Perza, C. (2024, 1 de febrero). XVIII Ágora DGPNSD [Presentación de diapositivas]. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad.
https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/agoraDGPNSD/2024/Agora18/20240201_XVIII_AGORA_Martinez_Perza_Carmen_Delegada_Gob_Violencia_Genero.pdf
- Martínez-Redondo, P., y Arostegui Santamaría, E. (2023). *Guía para el abordaje integral de las violencias de género y el abuso de sustancias en mujeres*. Federación Española de Municipios y Provincias; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2023_GuiaAbordajeViolenciasGenero.pdf
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional: ayudar a las personas a cambiar*. Grupo Planeta (GBS).
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1991). *Stages of change readiness and treatment eagerness scale*. Psychology of Addictive Behaviors.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/t00536-000>
- Morin, C. M., Bastien, C., Guay, B., Radouco-Thomas, M., Leblanc, J., & Vallières, A. (2004). Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 161(2), 332-342. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.2.332>

Najavits, L. (2002). *Seeking safety: A treatment manual for PTSD and substance abuse*. Guilford Publications.

Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género. (2026). *La violencia sobre la mujer en la estadística judicial: Anual 2025*. Consejo General del Poder Judicial.
<https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos/La-violencia-sobre-la-mujer-en-la-estadistica-judicial-Anual-2025>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2022). *Informe EDADES 2022: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; Ministerio de Sanidad.
https://pnscd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2025). *Informe EDADES 2024: Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; Ministerio de Sanidad.
https://pnscd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2025/2025_Informe_EDADES.pdf

Pérez, M. J., & Veas, P. (2014). Uso prolongado de benzodiacepinas y estrategias para su deshabituación. *Cuadernos médico sociales*, 54(1), 8-18.

Pérez, L. F. A., Fernández, E. F., y Duarte, K. N. (2024). Evaluación pericial psicológico-forense del trastorno por estrés postraumático complejo en víctimas de violencia de género. *Revista Española de Medicina Legal*, 50(2), 76-81.
<https://doi.org/10.1016/j.reml.2023.09.001>

Pérez-Romero, L. Á., & Vite-Sierra, A. (2020). Midiendo la flexibilidad psicológica: validación del Cuestionario de Aceptación y Acción en el abuso de drogas. *Psicología y Salud*, 30(1), 95-104. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2621>

Ramírez-Cruz, J. C., Santana-Cárdenas, S., y Javier-Juárez, S. P. (2022). Intervenciones psicológicas para mujeres en situaciones de violencia de género: una revisión paraguas. *Uaricha*, 19, 29-40. <https://revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/629>

- Reed, G. M., First, M. B., Billieux, J., Cloitre, M., Briken, P., Achab, S., Brewin, C. R., King, D. L., Kraus, S. W., Matthews, N. B., Müller, A., Poznyak, V., Saunders, J. B., Stein, D. J., Uddin, M. J., Vassilopoulos, S. P., Vega, W. A., Wazaify, M., y Bryant, R. A. (2022). Emerging experience with selected new categories in the ICD-11: Complex PTSD, prolonged grief disorder, gaming disorder, and compulsive sexual behaviour disorder. *World Psychiatry*, 21(2), 189-213. <https://doi.org/10.1002/wps.20960>
- Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género: consideraciones en torno al tratamiento. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 191-199. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a10>
- Romo-Avilés, N., Tarriño-Concejero, L., Pavón-Benítez, L., y Marín-Torres, J. (2024). Addressing gender-based violence in drug addiction treatment: a systematic mapping review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 22(6), 3656-3682. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01072-4>
- Sanjuán, P., Pérez-García, A. M., y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Supl. 2), 509–513.
- Santoro, P., Casado, E., de Blas Hernando, C., MARTINEZ BLANCO, M. L., & Benedicto Subirá, C. (2024). ¿Cómo comprender la relación entre la violencia de género y el abuso de sustancias en mujeres?. <https://doi.org/10.21134/925>
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239–288.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14(3), 249-280. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617972001.pdf>
- Sauqué Escartín, L. (2023). *Trabajando con los valores: conceptualización e intervención en un caso de depresión severa desde ACT*.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative

project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>

Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. En J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston, *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs*, 35(37), 82-003. <https://doi.org/10.1002/brb3.2999>

Sherman, A. D., Balthazar, M., Zhang, W., Febres-Cordero, S., Clark, K. D., Klepper, M., ... & Kelly, U. (2023). Seeking safety intervention for comorbid post-traumatic stress and substance use disorder: A meta-analysis. *Brain and Behavior*, 13(5), e2999.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *STAI. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Consulting Psychologists Press.

Tirado-Muñoz, J., Gilchrist, G., Lligoña, E., Gilbert, L., & Torrens, M. (2015). A group intervention to reduce intimate partner violence among female drug users. Results from a randomized controlled pilot trial in a community substance abuse center. *Adicciones*, 27(3). <https://doi.org/10.20882/adicciones.703>

Vicens, C., Bejarano, F., Sempere, E., Mateu, C., Fiol, F., Palop, V., Socias, I., Mengual, M., Rodríguez-Rincón, R. M., Pastor, S., y Campoamor, F. (2014). Comparative efficacy of two interventions to discontinue long-term benzodiazepine use: cluster randomised controlled trial in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 204(6), 471-479. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.134650>

7. ANEXOS

Anexo 1.

Autorregistro semanal de consumo de benzodiacepinas

Fecha	¿Hubo consumo? SÍ / NO	Cantidad consumida	Situación en la que se consumió	Pensamientos y sentimientos relacionados con el consumo
12/09/2026	p.ej. no			p.ej. "Tuve ganas de

				hacerlo, pero conseguí evitarlo gracias a mi amiga”
13/09/2026	p.ej. sí	p.ej. 1 comprimido (5 mg)	p.ej. Discusión con mi expareja por teléfono	p.ej. “Estaba muy alterada y sentía que necesitaba relajarme”

Anexo 2.

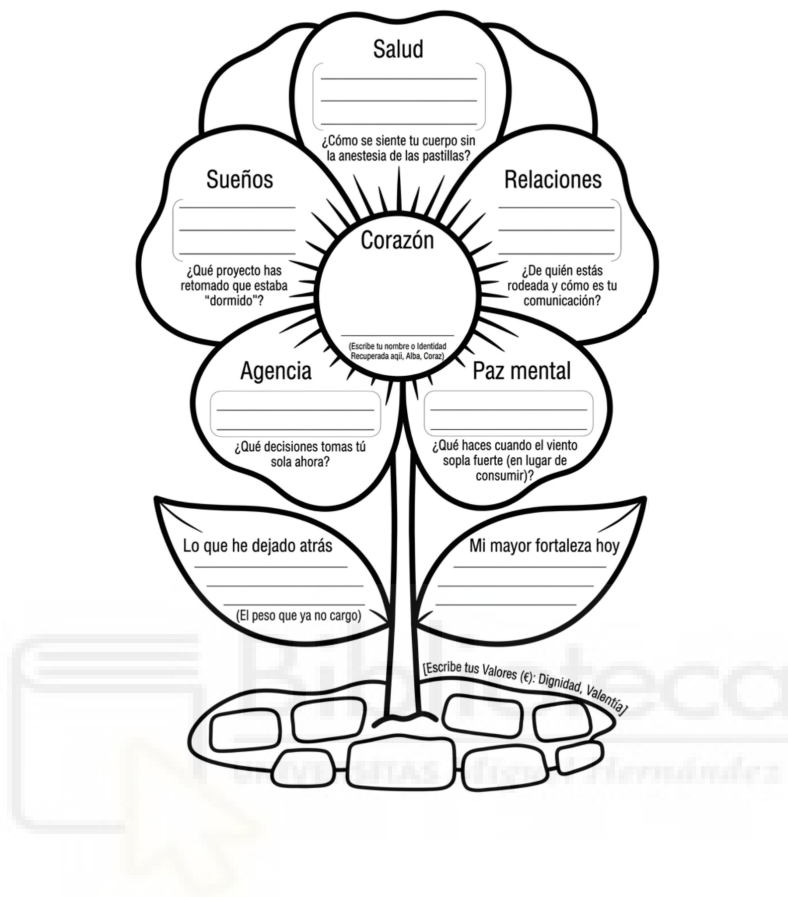
Ficha de balance decisional

	Seguir consumiendo	Dejar el consumo
Ventajas		
Desventajas		

Ventajas de dejar el consumo	Peso (0-100%)	Desventajas de dejar el consumo	Peso (0-100%)

Anexo 3.

Plantilla dibujo flor para actividad de la Sesión 3



Anexo 4.

Factores de riesgo y estrategias de protección

Factor de riesgo	Pensamientos que aparecen	Estrategia de protección

Anexo 5.

Plan de prevención de recaídas

Elemento	...
Señales de alerta tempranas	1. 2. 3.
Desencadenantes externos	
Desencadenantes internos	
Estrategias de afrontamiento que me funcionan	1. 2. 3.
Personas de apoyo	
Recursos profesionales	
¿Qué me digo si estoy a punto de caer?	

