

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

1

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

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

*Instrucciones para la administración y puntuación del BWSQ.* El cuestionario se aplica al paciente con una declaración introductoria indicando que está dirigido a los síntomas de abstinencia. El cuestionario es completado por el sujeto en presencia de un asesor y las cuestiones pueden ser preguntadas para dilucidar cada ítem.

Cada respuesta «moderado» se puntúa con 1 y cada «grave» con 2, siendo la puntuación máxima posible de 40, sin incluir los síntomas adicionales.

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

Cada uno de los sentimientos listados debajo ha sido descrito por algunas personas que redujeron o retiraron sus tranquilizantes. Por favor, recuerde algunos de estos sentimientos que haya experimentado en las pasadas 2 semanas poniendo una X en la casilla apropiada para cada ítem.

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

*Instrucciones para la administración y puntuación del BWSQ.* El cuestionario se aplica al paciente con una declaración introductoria indicando que está dirigido a los síntomas de abstinencia. El cuestionario es completado por el sujeto en presencia de un asesor y las cuestiones pueden ser preguntadas para dilucidar cada ítem.

Cada respuesta «moderado» se puntúa con 1 y cada «grave» con 2, siendo la puntuación máxima posible de 40, sin incluir los síntomas adicionales.