

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