

4



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
"ZARAGOZA"

"PROGRAMA DE ATENCION A FARMACODEPENDENCIA
EN PEMEX-REFINACION"

REPORTE DE SERVICIO SOCIAL

PARA OBTENER EL TITULO DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

ANA GABRIELA CUEVAS GALVEZ
CLAUDIA GONZALEZ CORONA
SILVIA SALINAS CASTELLANOS

DIRECTOR: VICENTE CRUZ SILVA

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
SECRETARIA TECNICA
PSICOLOGIA

MEXICO, D. F.

2002.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Un agradecimiento a la U.N.A.M.
F.E.S. "ZARAGOZA", por ser
egresado de esta Institución. De
manera muy especial damos las
gracias a todos y cada uno de los
profesores que nos han heredado
sus conocimientos en el transcurso
de nuestra formación académica.

Agradecemos en especial al
Lic. Marco Antonio Hernández
Caldera y a PEMEX –
Refinación por su incondicional
apoyo y por compartir sus
enseñanzas y experiencia.
¡Muchas Gracias!

Al profesor Vicente Cruz Silva
director de este proyecto, quien nos
apoyó sinceramente,
asesorándonos y guiándonos en el
transcurso de la creación de este
trabajo. ¡Gracias!

Nuestro reconocimiento a los
sinodales: Margarita Villaseñor, Mirna
García, Julieta María de Lourdes
García y Blanca Inés Vargas,
quienes tan amablemente aportaron
sus ideas y conocimientos de gran
valor para mejorar dicho trabajo.

C.G.S.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A Dios por permitirme llegar hasta estos momentos y por despejar mi mente para estar ávida de conocimientos en todos los aspectos de mi vida.

A mis Padres y Hermanos por apoyarme, guiándome en esta lucha constante ¡Muchas Gracias!

A mis amigos por estar conmigo en todo momento.

A Ulises por ser mi fuente de inspiración y motivación en estos últimos meses.

GABY

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Agradezco, al Creador por darme la vida, a mis padres Amado y Ma. De Jesús por ser los portadores de dicha oportunidad.

**A ti Ricardo Efrén, gracias por ser mi motivación con tu ejemplar desempeño que tuviste en vida.
¡Te Extraño!**

**A mi esposo Sergio por su apoyo incondicional y a ti Efraín Efrén mi pequeño hijo, el mayor regalo que Dios me ha dado. "Los Amo".
¡Muchas Gracias!**

A mis dos colegas Gaby y Claus, gracias por su paciencia y apoyo.

Silvia

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**Mi agradecimiento más profundo
para Dios por darme la facultad de
aprender y de utilizar los
conocimientos para este trabajo.
¡Dios SU, Sukuinushi Sama,
Oshienushi Sama, sinceramente
muchas gracias!**

**Con todo el amor y
agradecimiento a mi madre María
Eva Corona Rodríguez, a mi
hermana Sarahit Guzmán Corona
y a toda mi familia por su
invaluable apoyo y compañía.**

**A todos mis amigos y amigas por su
apoyo, paciencia y tiempo.
Se les quiere y aprecia.**

CLAUS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO 1. PEMEX – REFINACIÓN COMO SEDE DEL SERVICIO SOCIAL	
1.1 Institución y Unidad de Trabajo donde se realizó el Servicio Social.	4
1.2.1 Programa de detección de factores de riesgo	7
1.2.1 Antecedentes	7
1.2.2 Objetivo	8
1.2.3 Seguimiento y control	8
1.2.4 Presentación de resultados	9
1.3 Problemática en PEMEX – REFINACIÓN	18
1.4 Tarea del psicólogo como alternativa de prevención	20
1.5 Costo beneficio para la institución	22
CAPITULO 2. ESTRÉS COMO FACTOR DESENCADENANTE DE FARMACODEPENDENCIA	
2.1 Estrés	24
2.2.1 Farmacodependencia	29
2.3 Tabaquismo	30
2.4 Alcoholismo	33
2.5 Toxicodependencia	40
CAPITULO 3. PROPUESTA DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN A FARMACODEPENDENCIA	
3.1 Programa de atención a farmacodependencia en PEMEX –REFINACIÓN	49
3.2 Programa de prevención	51
3.3 Programa de pre-rehabilitación	52
3.4 Programa de atención	53
3.5 Cronograma de actividades	54
CAPITULO 4. MECANISMOS DE ACCIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN	
4.1 Programa de prevención	55
4.2 Programa de pre rehabilitación	55
4.2.1 Taller: "El estrés como desencadenante de conductas adictivas carta descriptiva".	56
4.2.2 Temario	56
4.2.3 Plan de sesión	58
4.2.4 Mapa instruccional	64
4.3 Programa de atención	64
CAPITULO 5. PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA EL PROGRAMA DE ATENCIÓN A FARMACODEPENDENCIA EN PEMEX-REFINACIÓN	
5.1 Antecedentes	66
5.2 Fundamentos Teóricos	67
5.3 Terapia del Mental Research Institute (MRI)	72
CAPITULO 6. OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN PEMEX REFINACIÓN	
6.1 Objetivos	89
6.2 Actividades desarrolladas	90
6.3 Características de ubicación de la institución	91

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANÁLISIS	92
CONCLUSIONES	95
BIBLIOGRAFÍA	97
ANEXOS	99
Anexo 1. Glosario	100
Anexo 2. Tríptico I	101
Anexo 3. Tríptico II	102
Anexo 4. Mapa instruccional	105
Anexo 5. Test: "Escala de estrés" (Holmes y Rahe)	106
Anexo 6. Cuadro Antecedentes Históricos MRI	107

INTRODUCCION

PEMEX es la empresa más grande de México y una de las diez más grandes del mundo, tanto en términos de activos como de ingresos. Con base en el nivel de reservas y su capacidad de extracción y refinación, se encuentra entre las cinco compañías petroleras más importantes a nivel mundial, en donde PEMEX-REFINACION produce, distribuye y comercializa combustibles y demás productos petrolíferos.

Desde su reorganización en 1992, la misión estratégica básica de PEMEX ha sido: maximizar el valor a largo plazo de los hidrocarburos de México. Para ello requiere de trabajadores sanos, teniendo como premisa que "El factor humano es el recurso más valioso de una empresa, ya que el éxito de la misma radica en un alto porcentaje en su desempeño, por ello es importante mantener un nivel óptimo de salud", lo anterior será un reflejo de la productividad de la empresa.

A partir de la política anterior en el año de 1998 se crea y se aplica el Programa de Detección de Factores de Riesgo que se desarrolla en las instalaciones del propio organismo y que está dirigido a todos los trabajadores de PEMEX-REFINACION, los resultados reportaron un alto porcentaje de personal afectado por enfermedades como Sobre peso, Hipertensión, cáncer broncogénico, tabaquismo así como un incremento en accidentes de trabajo a consecuencia del uso de alguna sustancia tóxica. Tomando en cuenta estos resultados la Subdirección de Finanzas y Administración a través de la Superintendencia de Evaluación Médica y Prestaciones Sociales se dan a la tarea de buscar mecanismos de solución, solicitando prestadores de Servicio Social en el área de psicología, trabajo social y medicina para crear propuestas de solución en la problemática existente.

Es así como la Institución se ve en la necesidad de contratar prestadores de Servicio Social del área de psicología que se den a la tarea de analizar los resultados del programa Factores de Riesgo. Derivado de lo anterior surge el supuesto de que las enfermedades presentadas en los trabajadores principalmente de farmacodependencia son consecuentes de padecer altos niveles de estrés. Por lo que prevalece la necesidad de atender esta problemática creando y proponiendo el Programa de Atención a Farmacodependencia en PEMEX-REFINACION.

El proyecto comprende tres programas; el primero llamado prevención, que consiste en dar un panorama general de la problemática por medio de carteles y trípticos que serían distribuidos a los trabajadores de PEMEX-REFINACION, se impartirían Micro-Talleres con el objetivo de crear conciencia, así el trabajador que asista tendrá un manejo de información acerca del tema, que le serviría para aplicarlo hacia él y se convertiría en un elemento que pueda proporcionar información a quien lo requiera o lo necesite.

El segundo programa llamado pre-rehabilitación, cuyo objetivo es analizar a un nivel más profundo el problema de estrés y farmacodependencia por medio de talleres que permitirán reforzar la conciencia que se inculcó en la primera fase, obteniendo así una sensibilización hacia la problemática.

El tercero y último programa llamado atención, dará la oportunidad a todo trabajador de PEMEX - Refinación que se detecte con cualquier problema de farmacodependencia a un tratamiento terapéutico.

Todo el proyecto tiene un enfoque Multidisciplinario contando con la ayuda de: Servicios Médicos, Psicológicos y de Trabajo Social, ya que estas tres áreas son indispensables para atender la problemática de una manera integral.

Al finalizar, se espera que el trabajador en cualquier fase del proyecto al que asista sea consciente y asuma responsabilidad acerca de la enfermedad llamada FARMACODEPENDENCIA, creando una cultura de salud y ésta se establezca como un valor funcional en la empresa, por consiguiente se verá retribuida la inversión que PEMEX- Refinación deposita en el proyecto con una mayor y mejor productividad del trabajador sano.

Los programas están basados en la psicología comunitaria a través de los tres niveles de prevención planteados por Caplan (1964) donde la premisa fundamental centra su atención en la prevención cuyo objetivo es contrarrestar las circunstancias dañinas antes de que se produzca una enfermedad **prevención primaria**; atacar los problemas cuando aún se pueden controlar, antes de que se hagan resistentes a la intervención **prevención secundaria**; y, reducir la duración así como los efectos negativos de los trastornos producidos por las diferentes problemáticas **prevención terciaria**.

El modelo de atención planteado en la tercera etapa de la propuesta del programa tiene sus bases en el Enfoque Estratégico del Mental Research Institute (MRI), Escuela de Palo Alto. En donde se plantea una terapia breve, siendo la más adecuada por la brevedad del tratamiento evitando así que el trabajador sea incapacitado de sus funciones laborales por espacios prolongados de tiempo.

El presente trabajo abarca en el Capítulo 1; las características históricas y conformación de PETRÓLEOS MEXICANOS, Se presenta el Desarrollo del Programa de Detección de Factores de Riesgo así como los resultados obtenidos en dos periodos de aplicación, dejando ver claramente la problemática de PEMEX – Refinación, y la tarea del psicólogo como alternativa de prevención, así como el costo beneficio de la empresa al llevar a cabo un proyecto de intervención basado en la prevención.

En el Capítulo 2 se encontrará el Marco Teórico del estrés como factor desencadenante de Farmacodependencia tomando esta última como enfermedad por sus repercusiones en el ámbito bio-psico-social, incluyendo dentro de este concepto al alcohol, el tabaco y tóxicos, es por ello que dentro del marco teórico se contemplan factores físicos, psicológicos y sociales en cada una de ellas.

En el Capítulo 3 se expone la propuesta del Proyecto de Intervención a Farmacodependencia el cual describe y detalla el objetivo principal del proyecto así como las funciones que se llevarán a cabo en cada programa, a través de un cronograma de actividades.

La descripción de las estrategias específicas de cada programa se encuentran en el Capítulo 4 donde, en el programa de prevención, se plantea la necesidad de dar pláticas informativas, así como tener informado al trabajador a través de trípticos y mensajes alusivos; en el programa de pre-rehabilitación se encontrará la carta descriptiva, temario y planes de sesión del taller: "El estrés como desencadenante de conductas adictivas", y por último en el programa de atención se detalla la estrategia de atención para el tratamiento psicológico.

El Capítulo 5 describe la propuesta de tratamiento basada en el enfoque estratégico del Mental Research Institute (MRI), lo atractivo de esta terapia es que esta centrada en los problemas, los terapeutas que lo aplican buscan solucionar los mismos de la manera más rápida, eficiente y poco dolorosa. Lo anterior hace que el modelo sea breve y por lo tanto el más adecuado para los trabajadores de la institución. Se comienza describiendo los antecedentes de esta escuela, los fundamentos teóricos que la sustentan llegando a describir cómo se lleva a cabo la terapia breve del MRI.

Finalmente en el Capítulo 6 quedan planteados los objetivos del servicio social de la F.E.S Zaragoza, los institucionales, los particulares, se reporta un enlistado de las actividades totales que justifican las 780 horas reglamentarias de Servicio Social. Se incluye una descripción geográfica de la institución.

CAPITULO 1

PEMEX – REFINACION COMO SEDE DEL SERVICIO SOCIAL

1.1 Institución y Unidad de Trabajo donde se realizó el Servicio Social.

Petróleos Mexicanos es un organismo descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que tiene por objeto ejercer la conducción central y la dirección estratégica de todas las actividades que abarca la Industria Petrolera estatal, su actividad se encuentra fundamentada en el artículo 27 constitucional y en su ley reglamentaria lo cual señala a su vez que la nación, por conducto de Petróleos Mexicanos llevará a cabo las actividades siguientes: la Exploración, la Explotación, la Refinación, el transporte, la distribución y las ventas de primera mano del petróleo, el gas artificial y los productos que se obtengan de la refinación y que sirvan como materias primas industriales básicas. PEMEX tiene la custodia de todos los bienes petroleros de México, es la empresa más grande del país y es propiedad de la nación (Lajous, 1998).

PEMEX es motor importante del desarrollo nacional al generar empleos directos e indirectos y proveer de combustibles y materias primas a todo el país, a su vez se encuentra comprometido a realizar un mayor esfuerzo para elevar los índices de seguridad industrial y mejorar la protección ambiental, esto garantiza la productividad a largo plazo del personal.

UN POCO DE HISTORIA...

1900

En México, las primeras plantas refinadoras se instalaron al iniciar el siglo XX y su objetivo principal fue despuntar y estabilizar los crudos para poder transportarlos hacia el exterior.

1917

Se expidió la Constitución que en su Artículo 27 estableció el dominio directo de la nación sobre la riqueza del suelo y del subsuelo; esta disposición abrió el camino legal para que el pueblo mexicano a través de sus gobernantes que representan a la nación, asumieran la administración de esa riqueza y la usaran en beneficio de ella.

1937-1938

Con fundamento en esa disposición Constitucional y Leyes Reglamentarias afines, el 18 de Marzo de 1938 el General Lázaro Cárdenas decretó la Expropiación Petrolera por causa de utilidad pública y en favor de la nación de todos los bienes de las empresas extranjeras.

Inmediatamente después, el gobierno creó un Consejo de Administración y en Julio del mismo año, la empresa descentralizada PETROLEOS MEXICANOS.

1971-1992

En 1971 se expidió la Ley Orgánica de Petróleos Mexicanos que reconoció personalidad jurídica propia y su carácter de entidad descentralizada.

En 1992, a 54 años de la expropiación, se aprobó la Ley Orgánica de Petróleos Mexicanos y Organismos Subsidiarios, que dio un nuevo perfil a la empresa, constituyéndola en una corporación con una estrategia central, instituyendo subsidiarias por línea de negocios que descentralizaron actividades y desconcentraron la toma de decisiones; en este contexto, la empresa se integró en cuatro que a su vez sigue vigente (2001), denominados: PEMEX EXPLORACION PRODUCCIÓN, PEMEX REFINACIÓN, PEMEX GAS Y PETROQUÍMICA BÁSICA, PEMEX PETROQUÍMICA.

De acuerdo con esta estructura, las responsabilidades asignadas a cada una de ellas son:

PEMEX EXPLORACION Y PRODUCCION:

La exploración y la explotación del petróleo y el gas natural; su transporte, almacenamiento en terminales y comercialización.

PEMEX GAS Y PETROQUÍMICA BÁSICA:

El procesamiento del gas natural, líquidos del gas natural y el gas artificial; comercialización de estos hidrocarburos y de sus derivados susceptibles de servir como materias primas industriales básicas.

PEMEX PETROQUÍMICA:

Realiza los procesos industriales petroquímicos cuyos productos no forman parte de la industria petroquímica básica, así como su almacenamiento, distribución y comercialización.

PEMEX REFINACION:

Se encarga de los procesos industriales de la refinación; elaboración de productos petrolíferos y derivados del petróleo que sean susceptibles de servir como materias primas industriales básicas; almacenamiento, transporte, distribución y comercialización de los productos y derivados mencionados.

PEMEX- REFINACION cuenta con 47 070 trabajadores activos, 120 centros de trabajos fijos y 60 barcos. La población en oficinas centrales es de 3 500 empleados.

1993-1998

PEMEX - Refinación se encuentra comprometido a realizar un mayor esfuerzo para elevar los índices de seguridad y mejorar la protección ambiental. En 1997 PEMEX gastó más de 8 mil ochocientos millones de pesos en seguridad industrial y protección ambiental, aparte del mantenimiento.

En 1998 el director general lanzó la siguiente política; " nuestro desempeño en seguridad industrial y protección ambiental debe, ser orgullo de petróleo mexicanos" para concretar la política antes descrita, Pemex se regirá por los siguientes principios: Custodia; administración de recursos humanos, Cumplimiento; administración de riesgos, Seguridad industrial y **Salud ocupacional**; capacitación y aprendizaje, Asignación de recursos; interacción con las comunidades, Responsabilidad; integración con la cultura y funciones de Pemex, Relación con las partes interesadas (Lajous, 1998).

1998-2001

En el mes de septiembre de 1998 se crea la primera etapa del "**Programa de Factores de Riesgo**" con el fin de elevar la calidad de vida de los trabajadores de PEMEX - REFINACION, coordinada por la Subdirección de Finanzas y Administración. El 2 de octubre del año 2000 a marzo del 2001 dio inicio la segunda etapa, llevada a cabo a través de la Gerencia de Recursos Humanos en coordinación con el grupo multidisciplinario de Salud Ocupacional del Centro Administrativo. Entendiendo como Salud Ocupacional el identificar, evaluar y controlar riesgos o condiciones potencialmente nocivas para la salud de los trabajadores, vigilar y fomentar su salud y la compatibilidad de su perfil con los requisitos del puesto, tomando en cuenta los siguientes elementos: Higiene industrial, Determinación y seguimiento de la aptitud para el trabajo, Vigilancia de la salud de los trabajadores, Administración de enfermedades y lesiones de los trabajadores (Lajous, 1998).

Sus planes de acción son:

- Identificar, evaluar y controlar los agentes de exposición laboral de los trabajadores en los centros de trabajo, así como factores de riesgo para la salud derivados del estilo de vida.
- Contar con un programa de salud ocupacional, que contemple los siguientes procedimientos: higiene industrial, aptitud para el trabajo (requerimientos de puesto y perfiles de los trabajadores), vigilancia de la salud de los trabajadores y administración de las enfermedades y lesiones.
- Divulgar aspectos de salud ocupacional entre los trabajadores.
- Utilizar información de salud ocupacional en el diseño, selección y/ o mejora de tecnologías, instalaciones, equipos, herramientas y prácticas de trabajo.

Con el fin de obtener:

1. DISMINUCION Y/O REDUCCION RELEVANTE DE:
 - NIVELES DE AUSENTISMO
 - INCAPACIDADES
 - ROTACION DE PERSONAL
 - GASTOS MEDICOS Y RELACIONADOS
 - COSTOS POR COBERTURAS DE PERSONAL
 - ACCIDENTES DE TRABAJO
 - RIESGOS A LAS INSTALACIONES DEL ORGANISMO
 - PAGO DE SEGUROS, PENSIONES Y JUBILACIONES ESPECIALES
 - COSTOS DE CAPACITACION
 - COSTOS DE NO PRODUCCION
2. AUMENTOS EN LA PRODUCTIVIDAD-RENTABILIDAD
3. MEJORA A LA AUTOESTIMA
4. MAYOR TENDENCIA A LOGRAR MEJORES "RELACIONES CON LOS COMPAÑEROS DE TRABAJO"
5. IDENTIDAD EMPRESARIAL

1.2 PROGRAMA DE DETECCION DE FACTORES DE RIESGO

1.2.1 ANTECEDENTES

"El factor humano es el recurso más valioso de una empresa, ya que el éxito de la misma radica en un alto porcentaje en su desempeño, por ello es importante mantener un nivel óptimo de salud" (Lajous, 1998).

La premisa anterior fue señalada por el director general de Petróleos Mexicanos dentro de las políticas de seguridad industrial y protección ambiental de la institución, donde establece que no hay activo más importante que el capital humano y que este se constituye por personas sanas.

Es por ello que, la Subdirección de Finanzas y Administración a través de la gerencia de Recursos Humanos, han orientado esfuerzos conjuntamente con la gerencia de Servicios Médicos para impulsar programas preventivos de salud. Dentro de estos programas se encuentra el de Detección de Factores de Riesgo, que se desarrolla en instalaciones del propio organismo a partir del mes de septiembre 1998 y está dirigido a todos los trabajadores de PEMEX- Refinación en oficinas centrales.

1.2.2 OBJETIVO

Detectar en los trabajadores de PEMEX- Refinación en forma oportuna factores de riesgo que predisponen la presencia de enfermedades cardiovasculares y Diabetes Mellitus a fin de proporcionar la atención médica adecuada para mejorar su calidad de vida y fomentar una cultura hacia la medicina preventiva. El Programa de Detección de Factores de Riesgo se compone de dos fases:

PRIMERA FASE (5 min.)

- Toma de sangre capilar
- Toma de talla y peso
- Toma de presión arterial
- Entrega de cuestionario (tabaquismo)

Desayuno

SEGUNDA FASE:

- Complemento del examen físico
- Entrega de resultados
- Orientación específica

Regreso al trabajo

1.2.3 SEGUIMIENTO Y CONTROL

Responsabilidades de las dependencias participantes

GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS	GERENCIA DE SERVICIO MEDICO	UNIDAD DE ADMINISTRACION
<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar la difusión del programa a través de trípticos y pósters. • Concertar con la U.S.I.C.A. la difusión del programa. • Concertar con el S.T.P.R.M. la participación del personal sindicalizado. • Coordinar programación de la asistencia al personal. • Dar seguimiento a la atención proporcionada al personal que se envíe a unidades médicas. • Analizar los resultados por dependencia y elaborar reportes. • Coordinar reprogramación. • Proporcionar reporte a las unidades o dependencias a través de los resultados obtenidos. • Elaborar informes mensuales de los avances del programa. • Coordinar conjuntamente con la gerencia de servicios médicos la creación de laboratorios para la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar personal médico. • Proporcionar reactivos e instrumental médico para la realización de exámenes. • Propiciar equipos de reflotón. • Realizar exámenes de detección de factores de riesgo. • Entregar semanalmente a la Superintendencia de Evaluación Médica, los resultados del programa. • Entregar resultados por dependencia. • Canalizar a los hospitales centrales al personal que requiera atención médica especializada. • Efectuar seguimiento al personal que resulte con factores de riesgo. • Proporcionar orientación higiénico-dietética al personal. • Envío al personal a la clínica de evaluación para la salud. • Creación de los laboratorios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar semanalmente a la Gerencia de Recursos Humanos las listas del personal asistente. • Solicitar a las dependencias que están dentro de su ámbito de competencia el apoyo necesario para que el personal asista al programa. • Difundir trípticos y pósters alusivos al programa, entre las diferentes áreas de su ámbito laboral. • Efectuar seguimiento del personal que no asista al programa en la fecha establecida y dar aviso al personal de la gerencia de recursos humanos. • Reprogramar al personal en la fecha programada.

1.2.4 PRESENTACION DE RESULTADOS

Entrega de resultados del periodo comprendido de septiembre- noviembre de 1998.

Para desarrollar dicho programa, se coordinaron de forma conjunta la Gerencia de Servicios Médicos y la Gerencia de Administración de Servicios.

El programa inició en la tercera semana de septiembre, y el personal del organismo lo aceptó con agrado, lo anterior se puede asegurar debido a que, a pesar de no haberse implementado la fase de difusión del programa, a través de carteles, trípticos y mensajes en las fajillas como se tiene contemplado; algunos trabajadores, acudieron a practicarse los exámenes en forma voluntaria, sin que se les haya programado.

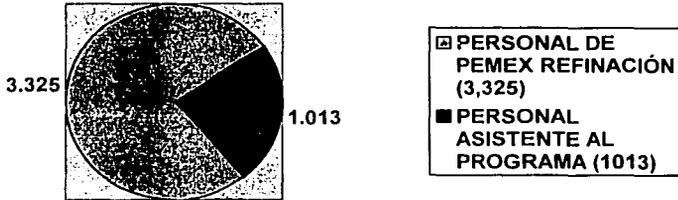
Por lo anterior, durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre se obtuvo una participación de 1013 trabajadores, de un total de 3,325 trabajadores que conforman este organismo; cifra representativa que refleja datos importantes, que pueden orientar hacia otras acciones tendientes a mejorar la calidad de vida de los trabajadores.

Presentación.

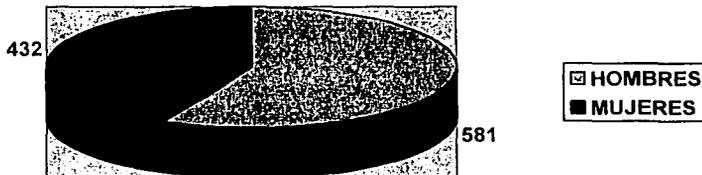
Los resultados que a continuación se detallan por medio de Gráficos, son parte del programa que se llevó a cabo en la Clínica de Detección de Factores de Riesgo, durante los meses de Septiembre, Octubre y Noviembre de 1998.

La información que se obtuvo, está basada en las respuestas y comentarios de los cuestionarios que fueron contestados por los participantes así como los resultados observados por los Doctores.

PERSONAL ADSCRITO A PEMEX REFINACIÓN Y PORCENTAJE DE AVANCE AL PROGRAMA DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO.

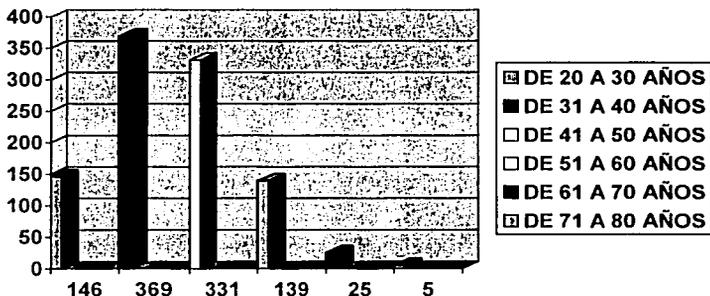


PERSONAL ASISTENTE AL PROGRAMA DETECCION DE FACTORES DE RIESGO (POR SEXO)

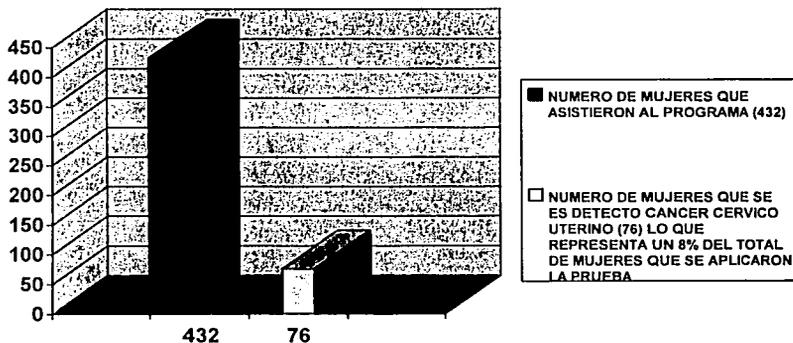


TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

DESGLOCE DE PERSONAL ASISTENTE POR RANGO DE EDADES

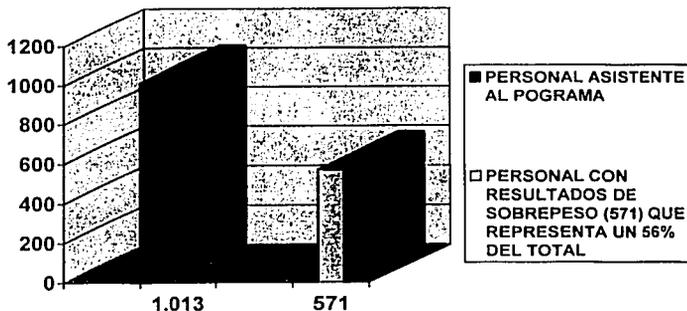


PERSONAL FEMENINO AL QUE SE LE PRACTICÓ DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICO UTERINO Y MAMARIO

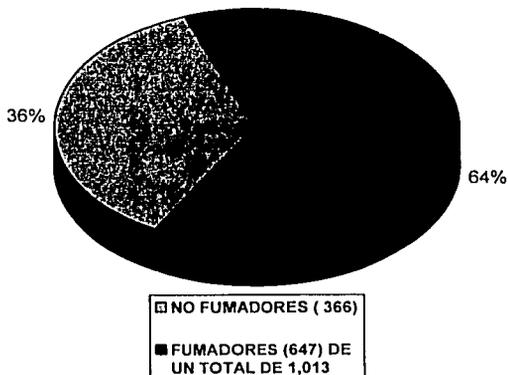


**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

PERSONAL ASISTENTE AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO (CON SOBREPESO)

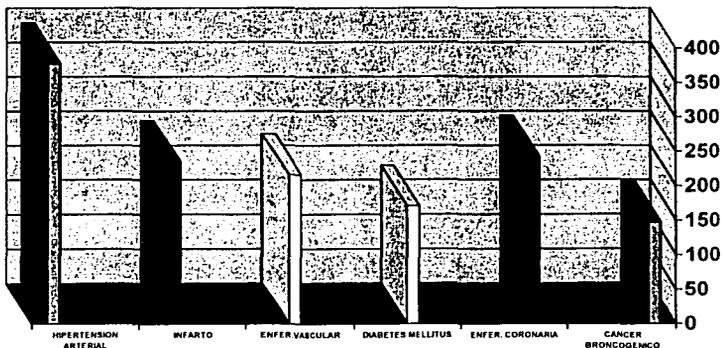


PERSONAL ASISTENTE AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO ADICTOS AL TABACO



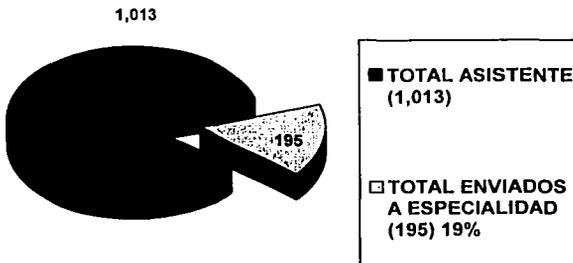
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PERSONAL CON FACTORES DE RIESGO A ENFERMEDADES



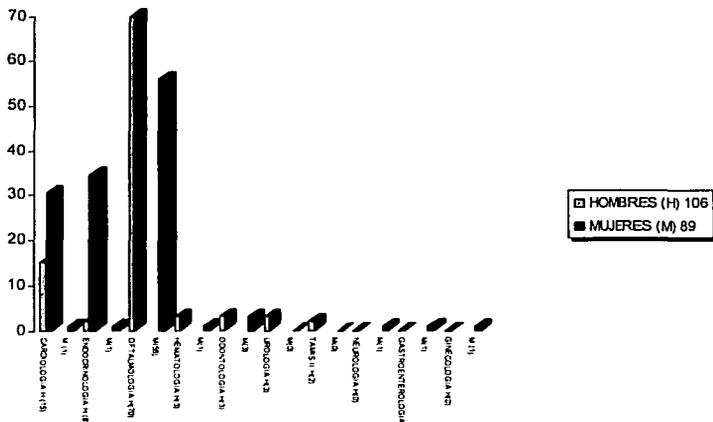
Cabe hacer mención que algunas personas presentaron factores para más de una enfermedad.

PERSONAL ENVIADO A ESPECIALIDADES MEDICAS



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

PERSONAL ENVIADO A DIVERSAS ESPECIALIDADES MEDICAS (HOMBRES Y MUJERES)



Entrega de resultados del periodo octubre 2000 - marzo 2001.

Para tener un ambiente laboral en el que la eficiencia, eficacia y productividad, sean las constantes son muchos los aspectos que hay que tomar en cuenta, uno de los más importantes es la salud del trabajador, la cual debe mantenerse en las condiciones necesarias para que se realice el trabajo de la mejor manera. Es por ello que PEMEX – Refinación, a través de la Gerencia de Recursos Humanos en coordinación con el grupo multidisciplinario de Salud Ocupacional del Centro Administrativo, interesados por el bienestar del trabajador implementaron la segunda etapa del Programa Detección de Factores de Riesgo, mismo que en su primera etapa fue coordinado por la Subdirección de Finanzas y Administración.

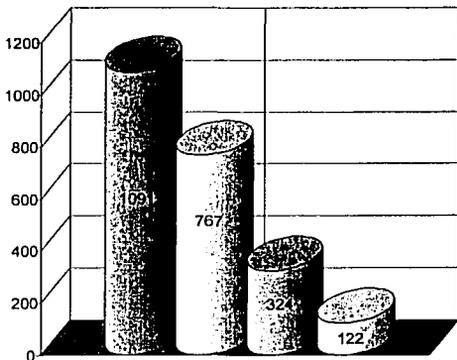
Dicho programa en esta **segunda etapa** dio inicio a partir del 2 de octubre del año 2000, siendo responsabilidad de la Gerencia de Recursos Humanos, coordinar la participación del personal de la Subdirección de Finanzas y administración contándose hasta el mes de marzo de 2001 con la programación de 1218 trabajadores de un total de 1264 que conforma la Dirección antes mencionada.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Por lo expuesto anteriormente se presenta la información sobre aspectos importantes que ha generado la implementación del programa.

ASISTENCIA DEL PERSONAL AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE OCTUBRE DEL 2000 A MARZO DEL 2001.

PROGRAMADOS ASISTIERON NO ASISTIERON ASISTIERON SIN SER PROGRAMADOS

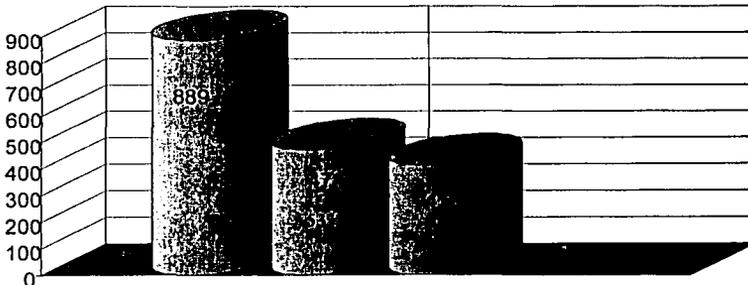


P	A	NA	S/P	
OCTUBRE	224	184	40	22
NOVIEMBRE	221	129	92	39
DICIEMBRE	182	92	90	5
ENERO	151	136	15	26
FEBRERO	132	99	33	25
MARZO	181	127	54	0

Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por la Unidad Médica del Centro Administrativo.

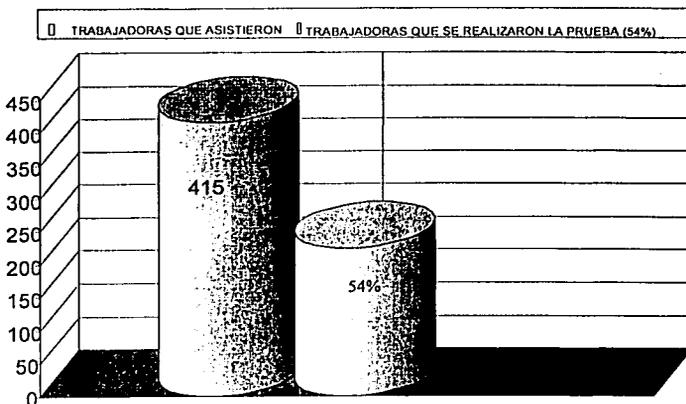
ASISTENCIA DEL PERSONAL AL PROGRAMA DE DETECCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ACUERDO A SU SEXO DE OCTUBRE DEL 2000 A MARZO DEL 2001

ASISTIERON HOMBRES MUJERES



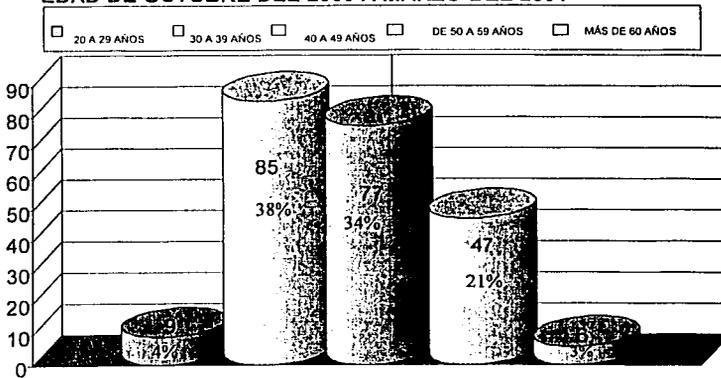
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**PERSONAL FEMENINO AL QUE SE LE PRACTICÓ PRUEBA DE
CANCER CERVICO- UTERINO Y MAMARIO DE OCTUBRE DEL 2000 A
MARZO DEL 2001.**



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por la Unidad Médica del Centro Administrativo.

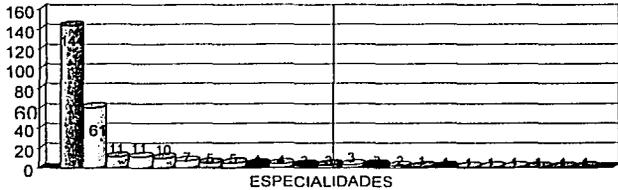
**TRABAJADORAS QUE SE PRACTICARON PRUEBA DE DETECCIÓN
DE CANCER CERVICO- UTERINO Y MAMARIO DE ACUERDO A SU
EDAD DE OCTUBRE DEL 2000 A MARZO DEL 2001**



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por la Unidad Médica del Centro Administrativo.

ESPECIALIDADES MEDICAS A LAS QUE FUERON CANALIZADOS LOS TRABAJADORES QUE PRESENTARON ALGUN PADECIMIENTO DE OCTUBRE DEL 2000 A MARZO DEL 2001

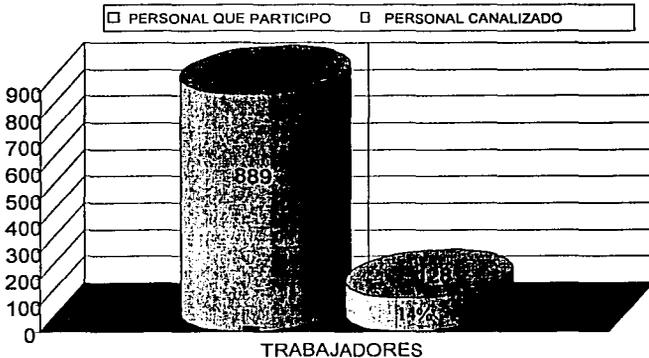
<input type="checkbox"/> TOTAL	<input type="checkbox"/> OFTALMOLOGÍA	<input type="checkbox"/> OTORRINOLARINGOLOGÍA	<input type="checkbox"/> ORTOPEDIA
<input type="checkbox"/> UROLOGÍA	<input type="checkbox"/> DERMATOLOGÍA	<input type="checkbox"/> AUDIOLOGÍA	<input type="checkbox"/> CARDIOLOGÍA
<input type="checkbox"/> VASCULAR PERIFERICO	<input type="checkbox"/> RADIOLOGÍA	<input type="checkbox"/> PSIQUIATRÍA	<input type="checkbox"/> C.D.F.R.
<input type="checkbox"/> GINECOLOGÍA	<input type="checkbox"/> MEDICINA GRAL	<input type="checkbox"/> NUTRIOLOGÍA	<input type="checkbox"/> MAXILOFACIAL
<input type="checkbox"/> HEMATOLOGÍA	<input type="checkbox"/> NEUMOLOGÍA	<input type="checkbox"/> NEUROLOGÍA	<input type="checkbox"/> MEDICINA PREVENTIVA
<input type="checkbox"/> ESPIROMETRÍA	<input type="checkbox"/> ONCOLOGÍA		



Nota: 14 personas fueron canalizadas a dos diferentes especialidades y una a tres especialidades.

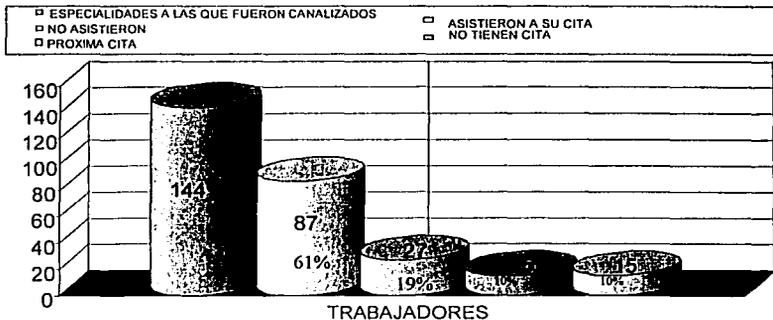
Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por la Unidad Médica del Centro Administrativo.

PERSONAL CANALIZADO A ESPECIALIDAD MEDICA DE OCTUBRE DEL 2000 A MARZO DEL 2001



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por la Unidad Médica del Centro Administrativo.

TRABAJADORES ENVIADOS A ESPECIALIDAD MÉDICA DE OCTUBRE DEL 2000 A MARZO DEL 2001.



Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por la Unidad Médica del Centro Administrativo

1.3 PROBLEMÁTICA EN PEMEX – REFINACION

Tomando en cuenta la preocupación que existe en PEMEX- REFINACION y con base en los resultados mostrados con el programa de "Detección de Factores de Riesgo", a partir del año de 1998, donde se reporta la participación de 1013 trabajadores de los cuales el 56% tienen problemas de sobrepeso, el 64% son fumadores y el 80% tienden a padecer hipertensión arterial, infartos, enfermedades vasculares y cáncer bronco génico, reportándose accidentes de trabajo a consecuencia del uso de alguna sustancia tóxica. Este último dato es proporcionado en forma verbal por el servicio médico de la Institución ya que los datos no se pueden evidenciar por prohibición del sindicato.

De octubre del 2000 a marzo del 2001 en su segundo periodo de resultados, el programa reporta una asistencia de 1218 trabajadores de los cuales el 14% fueron canalizados a alguna especialidad médica.

Con los datos anteriores surge el supuesto de que existen trabajadores que padecen altos niveles de estrés, derivado en parte de su ambiente laboral ya que sus horarios comprenden más de ocho horas y trabajan bajo presión constante, lo cual, en muchas ocasiones los obliga a liberarse del estrés por medio de la fármaco dependencia.

En la actualidad en México se han incrementado de manera alarmante tres problemáticas esenciales que se refieren al aspecto de la farmacodependencia.

El tabaquismo, se caracteriza por ser la adicción con más dependientes ya que en la mayoría de los países la población no considera al tabaco como una droga, por que no se sabe de la capacidad que tiene de producir dependencia física y psicológica. El tabaquismo produce muerte prematura a cientos de miles de personas cada año.

La organización mundial de la salud (OMS) ha establecido que el tabaquismo es la causa directa o indirecta de por lo menos tres millones de fallecimientos cada año, las cifras aumentan, y en los próximos años ocurrirán unos 7 millones de decesos anuales causados por esta dependencia si no se reduce el consumo de tabaco.

En segundo lugar se encuentra la ingestión de alcohol, existe un alto porcentaje de la población que toma bebidas alcohólicas en forma irresponsable. El alcoholismo es una enfermedad degenerativa, se comienza con una copa, al paso del tiempo cuando el individuo bebe lo hace sin control, el motivo es la dependencia física y psicológica que el consumo de este origina, aparecen comportamientos negativos que afectan a la familia, las relaciones con sus amistades y a su trabajo.

Y por último, el uso de tóxicos, siendo este un problema de salud pública que se ha incrementado en forma desmedida en los últimos años por todo el mundo. Una de las razones por la que se llega a su consumo es por la curiosidad de experimentar cosas nuevas o porque el individuo adicto necesita una sustancia más activa o más fuerte de la que consume para lograr los efectos deseados, sin pensar o informarse de los daños físicos y psicológicos que su consumo produce.

Se denotan características similares entre estas sustancias que se mencionan; son capaces de desarrollar dependencia en los individuos porque tienen efectos sobre el sistema nervioso central originando cambios fisiológicos y emocionales en su comportamiento. La mayoría de las personas se convierten en adictas sin darse cuenta pero lo que es ya una realidad es que el uso de estas sustancias desencadena una enfermedad llamada FARMACODEPENDENCIA, que definitivamente tiene costosas repercusiones en los ámbitos individual, familiar y laboral.

Como resultado de lo antes mencionado, el objetivo del Servicio Social dentro de la institución fue el crear propuestas y mecanismos de acción con el fin de brindar atención adecuada y profesional a la problemática de farmacodependencia.

1.4 TAREA DEL PSICÓLOGO COMO ALTERNATIVA DE PREVENCIÓN

De los resultados mostrados por PEMEX- REFINACIÓN a través de su "Programa de factores de riesgo" se plantea que la problemática presentada es el producto conjunto de factores circunstanciales y personales.

A nivel teórico, retomando a la psicología comunitaria que según Phares, (1996) es un enfoque de la salud mental que destaca la función de las fuerzas ambientales en la creación y alivio de los problemas ya que su foco de atención al ser más preventivo que curativo busca la promoción de la diversidad en la atención, "utilizando todos los recursos de una comunidad determinada para tratar de alcanzar el máximo de salud mental de sus propios integrantes" (Calderón, 1992).

La premisa fundamental de la orientación comunitaria es que todo individuo pasa por tensiones y tiene problemas en su vida diaria. La disfunción sobreviene cuando la tensión excede la capacidad de enfrentamiento del sujeto (Lancaster, 1983). A través del siguiente modelo:

Salud – Estrés – Enfrentamiento – Enfermedad

Este enfoque pone de relieve la prevención, proceso que se inicia con la identificación de poblaciones de alto riesgo y con la prestación de servicios antes que aparezcan fallas en la actividad psíquica. Tales medidas tienen por objeto alcanzar un equilibrio entre los estresores internos o externos y las capacidades de enfrentamiento de que se dispone. La salud mental comunitaria afirma que las causas de casi todos los trastornos psíquicos de hallan en una red de sistemas de interacción (Lancaster, 1983).

Phares, en 1996 retomando a Bloom (1973), menciona las características que, según su opinión contrastan con los servicios clínicos tradicionales. Estas consideraciones se acoplan a las funciones que los psicólogos desempeñarían dentro del programa expuesto:

- Intervención dentro de la comunidad,
- Intervención con una población o área de captación definida.
- Énfasis en los servicios preventivos.
- Énfasis en los servicios indirectos, como consultoría y educación.
- Estrategia para llegar a un gran número de personas.
- Planificación racional para satisfacer las necesidades de poblaciones de alto riesgo.
- Una variedad de fuentes de recursos humanos, incluyendo profesionales capacitados y voluntarios.

- Control y toma de decisiones concernientes a programas compartidos entre los profesionales y la comunidad.

Como se menciona el modelo de la psicología comunitaria toma en cuenta la prevención ya que ésta, es el principio unificador que durante mucho tiempo ha estado al centro de los programas de salud pública. En lo fundamental el principio afirma que a la larga las actividades preventivas serán más eficientes y efectivas que el tratamiento individual, aplicado tras el brote de las enfermedades o problemas (Phares,1996).

Prevención primaria: Según Caplan (1964) este tipo de prevención representa el alejamiento más radical con respecto de las maneras tradicionales para enfrentar las diferentes problemáticas de salud. Quizás en la esencia del concepto de prevención primaria se contenga en el énfasis de en cuanto a "contrarrestar las circunstancias dañinas, antes de que hayan tenido la oportunidad de producir una enfermedad". Será bueno señalar que la complejidad de los problemas humanos requerirá con frecuencia de estrategias preventivas que dependan del cambio social.

Algunos ejemplos de prevención primaria incluyen programas para reducir la discriminación laboral, mejorar los programas de estudio en las escuelas, mejorar las condiciones de vivienda, mejorar la calidad de vida de los trabajadores, etc.

Prevención secundaria: Este tipo de prevención implica programas que promuevan el pronto diagnóstico y proporcionen un tratamiento expedito de los problemas en una etapa inicial. La idea básica consiste en atacar los problemas cuando aún se pueden controlar, antes de que se vuelvan resistentes a la intervención (Caplan, 1961; Sanford, 1965). Con frecuencia este enfoque sugiere la selección de grandes cantidades de personas. Estas no buscan ayuda e, incluso quizás, no parezcan estar en riesgo, tal selección la realizan muchas personas en la comunidad lo que incluye a médicos, maestros, trabajadores sociales, funcionarios, psicólogos y similares. Por supuesto a la evaluación temprana le sigue la canalización apropiada. Un ejemplo de prevención secundaria es la pronta detección y tratamientos de aquellos individuos con problemas potencialmente dañinos relacionados con el alcohol (Alden, 1988).

Prevención terciaria: De las tres estrategias señaladas por Caplan, esta es la que menos se asocia con el movimiento comunitario. Su meta básica consiste en reducir la duración así como los efectos negativos de los trastornos producidos por las diferentes problemáticas.

Uno de los principales focos de atención de muchos de los programas de prevención terciaria es la rehabilitación. Esta puede ir desde una mayor competencia vocacional hasta mejorar el auto concepto del paciente.

Los métodos empleados pueden ser la orientación psicológica, el entrenamiento laboral y otros semejantes.

Retomando los supuestos anteriores y ante la problemática a la que se enfrentan los trabajadores de PEMEX – REFINACION como alternativa de solución, se plantea elaborar un programa de intervención que atienda los tres niveles de prevención. Lo que se espera es que el trabajador en cualquier fase del programa al que asista sea consciente y asuma responsabilidad acerca de la enfermedad llamada farmacodependencia, creando una cultura de salud y esta se establezca como un valor funcional en la empresa.

1.5 COSTO BENEFICIO PARA LA INSTITUCION

Para llevar a cabo el proyecto de intervención se requiere por parte de la empresa:

- Espacios suficientes para publicar los carteles así como la facilidad para fotocopiar y colocar folletos en las fajillas de pago de los trabajadores de oficinas centrales en PEMEX-REFINACION.
- Disponer de aulas ventiladas e iluminadas, para la impartición de pláticas informativas, así como para los talleres y contar con material de papelería (hojas, bolígrafos, lápices) para proporcionar a los asistentes.
- Participación del grupo Multidisciplinario (médicos, psicólogos y trabajadores sociales) en cursos de actualización.
- Contar con un consultorio o sala adaptado para proporcionar terapias psicológicas a quienes lo requieran.
- Crear dentro de PEMEX-REFINACION una clínica especializada en adicciones y control de estrés que cuente con personal médico, psicológico y de trabajo social que brinde atención efectiva y de calidad.

Teniendo en cuenta todos los recursos ya mencionados se obtendrán los siguientes beneficios:

- Crear en los trabajadores del organismo una óptima cultura de salud.
- Reducción significativa de los accidentes de trabajo, el ausentismo y la impuntualidad, disminución de robo de material, artículos de oficina, artículos de papelería y otros insumos propiedad de la empresa.
- Evitar complicidades con motivos de robo derivado de sus relaciones adictivas.
- Aumentar la productividad laboral.
- Evitar los encubrimientos y núcleo de poder por su afinidad en actividades adictivas.
- Reducir la posibilidad de complicidad con los proveedores afectando los intereses de la empresa (alterando precios en los productos y servicios).
- Evitar accidentes, pérdidas del producto, lesiones, pago de indemnizaciones, daños a terceros en caso de auto seguros, afectando la

imagen de la empresa, incapacidad médica de él o los lesionados por accidentes de trabajo.

- Ayudar a reducir los costos de las primas de seguros.
- Reducir sustancialmente la posibilidad de auto robarse para sufragar los gastos que genera su adicción.
- Evitar la falta de atención y maltrato a quienes solicitan de algún servicio.
- Evitar el mal manejo de mercancías bajo su responsabilidad.
- Evitar la incorrecta aplicación de las normas de seguridad y políticas internas y externas establecidas por la empresa.
- Reduce multas y sanciones derivadas de la mala aplicación de las normas de seguridad establecidas por la dirección de auto transportes , transito, otras autoridades.

CAPITULO 2

ESTRÉS COMO FACTOR DESENCADENANTE DE FARMACODEPENDENCIA

2.1 ESTRES

Estrés es una palabra que se escucha con demasiada frecuencia. Hace referencia al efecto que sobre la persona ejerce un acontecimiento determinado de su vida. Ciertos acontecimientos producen más estrés que otros, y unas personas se ven más afectadas que otras.

El estrés se define como manifestaciones físicas o psíquicas producidas por la tensión, presión o ansiedad. Es la situación de un organismo cuando se da cuenta de que su bienestar o integridad se halla en peligro y por tanto, tiene que emplear toda su energía disponible para defenderse y protegerse. Este proceso se traduce en una serie de cambios físicos observables, así por ejemplo, las pupilas se agrandan para mejorar la visión y el oído se agudiza. Los músculos se tensan para responder al desafío, la sangre es bombeada hacia el cerebro para aumentar la llegada de oxígeno a las células y favorecer así los procesos mentales que están ocurriendo. La frecuencia cardiaca y respiratoria aumentan, y como la sangre se desvía preferentemente hacia la cabeza y hacia el tronco, las extremidades, sobre todo las manos y los pies, se perciben fríos y sudorosos (Baccares, 1994).

El estrés no ocurre solamente en las grandes ciudades; los antepasados ya tenían estrés, pero es importante destacar que sus manifestaciones eran espaciadas en el tiempo, cuando huían por algún motivo o luchaban por el alimento; había grandes periodos de relajación. En el mundo actual, lo que ocurre en las personas es la no existencia de esos periodos, las olas de estrés se suceden unas tras otras.

Si no se libera al organismo de estos cambios ocurridos durante la fase de reconocimiento y consideración de la amenaza, se entra en altos niveles de estrés.

El estrés es sinónimo de cambio, quiere decir que se va a vivir con él toda la vida ya que cualquier cambio de rutina implica una causa de éste y tenemos que saber como manejarlo o ajustarlo. Se necesita del estrés, pero el problema surge cuando se rebasa un cierto límite porque este es la respuesta ante el peligro físico y las alteraciones emocionales (Burns,1997).

Cualquier cosa que cause un cambio en la rutina cotidiana es estrés, cualquier cosa que cause un cambio en la salud de tu cuerpo es estrés.

Los cambios pueden ser positivos o negativos:

POSITIVOS:

- Contraer matrimonio.
- Cambio de casa.
- Nuevo trabajo.
- Reconciliación con la pareja.
- Vacaciones.

NEGATIVOS:

- Muerte de un familiar.
- Divorcio.
- Enfermedad.
- Accidentes.
- Problemas laborales.
- Despido del empleo.
- Dormir menos de 8 horas.

FACTORES FISICOS:

Desde hace mucho tiempo se ha sabido que los altos niveles de estrés causan daño físico al sistema gastrointestinal, glandular y cardiovascular. Recientemente se ha descubierto que estos niveles elevados causan cambios físicos en el cerebro.

En el cerebro existen mensajeros químicos cerebrales tales como: serotonina, dopamina y noradrenalina que son llamados mensajeros positivos, los cuales mantienen al individuo con alegría esto sucede cuando se está tranquilo, se duerme bien, se esta descansado, con mucha energía (Burns, 1997).

Cuando los químicos cerebrales ya mencionados comienzan a fallar en su comunicación, es en ese momento en que la persona se encuentra ante una problemática de altos niveles de estrés produciendo depresión, tensión, falta de energía, dolor de cabeza y falta de sueño. Ante estas situaciones comienzan a trabajar los mensajeros negativos del cerebro.

Durante el día el cerebro está recibiendo y procesando ambos tipos de comunicación cerebral (mensajeros positivos y negativos), cuando esta transmisión se encuentra en balance el individuo se siente bien. Pero al tener estrés, el cerebro procesa más información de mensajeros negativos y en la medida que este continua, los mensajeros positivos comienzan a fallar, por lo tanto lo negativo domina al cerebro y consigue que se sienta angustia, falta de energía, insomnio y cansancio, en si, que no se puedan sobrellevar bien todas las actividades diarias.

Aunque un estrés físico como el ruido puede medirse hasta cierto punto, no se puede predecir en que momento aparecerá la fatiga humana debido a las grandes variaciones que existen en los individuos (Kingdon, 1991).

Al hablar de estrés se incluyen aspectos tales como la carencia de alimentos, la poca habitabilidad de las casas, las enfermedades, así como el estrés indefinible provocado por nuestras esperanzas, nuestras ambiciones y nuestros deseos de vivir según un ideal que quizá sea inadecuado para nosotros. El hambre y la sed por ejemplo, son las causas más importantes de estrés conocidas por la humanidad.

Existen factores en el ambiente que contribuyen a la creación de enfermedades, en sí, por regla general si una persona acaba de atravesar por una serie de experiencias personales que le han causado un gran impacto, será mucho más vulnerable de lo habitual a los accidentes y a las enfermedades.

Si la vida está llena de cambios, de tal modo que todo el organismo se ha esforzado para tratar de adaptarse a una nueva serie de circunstancias, las probabilidades de que se sufra una enfermedad severa y de que se pase por un periodo de angustia por la falta de seguridad, aumentan, es por ello que los cambios deben de realizarse poco a poco adecuando al organismo a un nuevo cambio.

Cuando uno se siente estresado y se añade aun más estrés, los centros reguladores del cerebro tienden a hiperreaccionar ocasionando desgaste físico, crisis de llanto y potencialmente, depresión y muerte (Burns, 1997).

Altos niveles de estrés pueden transformar una presión sanguínea transitoriamente alta en una presión permanentemente alta, lo que se conoce como hipertensión.

Se ha encontrado igualmente relación entre el estrés y muchos otros padecimientos físicos tales como dolor de cabeza, úlcera péptica, artritis, colitis, diarrea, asma, arritmias cardiacas, problemas sexuales, trastornos circulatorios (manos y pies fríos), tensión muscular, e incluso cáncer (Baccare, 1994).

FACTORES PSICOLOGICOS.

El estrés puede ser tan intenso y la capacidad de reacción del individuo tan inadecuada, que la sensación dominante será la de angustia. Las causas de este tipo de ansiedad son múltiples y variadas pero forman parte del mundo en el que vivimos, son algo al que el individuo inteligente debe adaptarse si quiere prosperar.

Una fuente de estrés es la que proviene de nuestros pensamientos. El modo de interpretar y catalogar nuestras experiencias y el modo de ver el futuro pueden servir tanto para relajarnos como para estresarnos. Por ejemplo, una mirada agria del jefe puede interpretarse como reprobatoria del trabajo realizado y provocar, por tanto, ansiedad, o bien entenderse como un signo de cansancio y de preocupación por problemas de índole personal y no resultar motivo de temor.

Pensar sobre los problemas produce tensión en el organismo, lo cual crea, a su vez, la sensación subjetiva de intranquilidad, que provoca pensamientos todavía más ansiosos, cerrándose de esta manera el círculo.

No se puede escapar de todas las situaciones estresantes que hay en la vida, ni evitar completamente la respuesta innata a las amenazas, pero sí se puede aprender a contrarrestar las reacciones habituales al estrés, aprendiendo a relajarse.

Se ha visto cuál es la respuesta del organismo ante una amenaza; pues bien, la respuesta de relajación es su opuesta y es, la que devuelve al organismo su estado natural de equilibrio. Esta tiene un efecto de recuperación y representa una tregua para el organismo a los estímulos externos, evitando utilizar toda nuestra energía vital en reaccionar de forma excesiva ante tales estímulos, lo que nos llevaría a un punto en que nos veríamos desbordados por ellos. La relajación normaliza los procesos físicos, mentales y emocionales (Fontana, 1989).

ALGUNOS EFECTOS GENERALES DEL ESTRÉS EXCESIVO.

- Aumento de los problemas del habla (tartamudez, farfalleo)
- Disminución de los intereses y el entusiasmo.
- Decremento del periodo de la concentración y atención.
- Aumento de la distractibilidad.
- Aumento de la tensión física y psicológica.
- Aumento del ausentismo.
- Aumento del consumo de drogas (alcohol, tabaco, tóxicos.)
- Descenso de los niveles de energía.
- Alteración de los patrones del sueño.
- Aumento del cinismo acerca de los clientes y colegas.
- Las responsabilidades se depositan en los demás.
- Se "resuelven" los problemas a un nivel cada vez más superficial.
- Aparecen patrones de conducta excéntricos.
- Pueden presentarse amenazas de suicidio (Fontana, 1989).

ALTERNATIVAS PARA EL CONTROL DE ESTRÉS (Davis, Rubbins, 1985).

- Auto-hipnosis: La auto-hipnosis es un arma poderosa para contrarrestar el estrés y las enfermedades relacionadas con él. Es uno de los métodos para inducir la relajación más rápido y sencillo.
- Ejercicio de los cinco dedos de la mano.
- Relajación progresiva.
- Visualización.
- Interacción entre tensión y relajación.
- Colores.
- Tensión muscular.
- Alimentación rica en Vitamina E y evitar el consumo de carnes rojas.
- Ejercicios físicos.
- Imágenes dirigidas:
 - El sendero de la montaña.
 - Recuerdo activo.
 - Enfrentarse a lo desconocido.
 - Crear las propias imágenes.
 - Escuchar música.

MEDIDAS HIGIENICO-DIETÉTICAS:

- Regulación de horas de sueño.
- Reducción de compromisos sociales.
- Alimentación sincronizada y balanceada.
- Reducción del consumo de café, tabaco, alcohol, calmantes, irritantes, grasas.
- Aumento en la actividad física.
- Control médico periódico y terapéutico mínimo cada seis meses en su clínica correspondiente.

Las personas que sufren de altos niveles de estrés que no poseen la información necesaria para su padecimiento, al sentirse mal, trataran de hacer algo para sentirse mejor. Resulta que a su alrededor existen sustancias que los hacen sentir mejor y que se les dará el nombre de "levanta muertos". La naturaleza ha dado un sin número de estas sustancias que las personas pueden comer, beber, inyectar o inhalar.

Todos estos "levanta muertos" funcionan dándole un levantón a uno o más de los mensajeros positivos del cerebro y temporalmente ayudaran a reestablecer el equilibrio del cerebro sobre estresado. Un "levanta muerto" puede ayudar temporalmente a una persona a dormir a quitar un dolor o a dar energía. A continuación se mencionan algunas de estas sustancias que utilizan las personas sobre estresadas.

Todas funcionan elevando los niveles de mensajeros positivos: como son los azúcares, todo lo que contenga cafeína, tabaco, alcohol, tóxicos y la propia adrenalina.

La depresión, ataques de angustia, farmacodependencia, insomnio y adicción a la adrenalina son nombres que se le dan a los síntomas de sobre estrés.

Por lo anterior las personas que sufren de este padecimiento (sobre estrés) corren un alto riesgo de sufrir cualquiera de estas enfermedades, como la farmacodependencia, que es uno de los mecanismos más utilizados en nuestra sociedad como un medio de escape ante los cambios continuos de la vida moderna.

2.2 FARMACODEPENDENCIA

La farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción de un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por la modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación de la sustancia (Aarcón, Freixa y Soler, 1981).

Tomando en cuenta la clasificación del doctor A. Maccagno (1991), los términos "uso", "abuso" y "dependencia" se definen como: **Uso**. Cuando una o varias veces al año se consume droga alcohol, tabaco, se fuma marihuana, etc.; **Abuso**. Cuando sistemáticamente, ante cualquier compromiso en donde están en juego los afectos, se siente la necesidad de consumir algún tipo de droga; y, **Dependencia**. Se define como un estado psicofísico que sufren las personas adictas a drogas y que deben recibir una cantidad creciente de la sustancia para evitar la aparición del síndrome de abstinencia; que son las manifestaciones clínicas, fisiológicas y psicológicas que presenta un individuo cuando suspende bruscamente el consumo de droga. Y el síndrome de tolerancia; el cual es el fenómeno de adaptación de un organismo a los efectos de la droga.

Por lo tanto, el dependiente está privado de la libertad. El usador y el abusador tendrían un cierto grado de libertad ya que no requieren diariamente de ella para poder vivir.

El problema de la farmacodependencia es grave ya que genera alteraciones de orden bio- psico- social, porque tiene repercusiones en estos tres ámbitos que son explicados posteriormente. Biológicamente se deteriora progresivamente su organismo, psicológicamente sus funciones mentales se alteran y socialmente las repercusiones suceden en la familia, trabajo, economía, entre otros.

El hombre es considerado por la Organización Mundial de la Salud como un ente bio- psico – social (**biológico**: estudia la estructura y funcionamiento de su organismo; **psico**: porque puede pensar, tiene conciencia de sí mismo, busca forma de relación con los demás y con el mundo; y, **social**: no puede vivir en aislamiento sus procesos mentales y su conducta sólo son inteligibles en función de su interacción con otros individuos de la misma especie).

2.3 TABAQUISMO

De acuerdo con la OMS (2000) el hábito de fumar cigarrillos, puros o tabaco en pipa se ha incrementado notablemente en los últimos años, hasta el punto de provocar anualmente 2.5 millones de muertos en todo el mundo por enfermedades tan graves como bronquitis crónica, enfisema pulmonar, infarto al miocardio y cáncer. (30 compuestos químicos contenidos en el cigarro están reconocidos como dañinos: alquitrán, nicotina y monóxido de carbono entre otros.) Esto como consecuencia de la reducción de vida del fumador entre 5 y 8 años, a lo que hay que agregar por año enfermedades incapacitantes de alto costo.

El tabaquismo es una enfermedad que provoca dependencia, que tiene todas las características de una adicción como son la tolerancia, el síndrome de abstinencia y dependencia física y psicológica.

En la actualidad, cada 10 segundos muere una persona por causa del tabaquismo. Si las tendencias actuales persisten, en tres décadas morirá una persona cada 3 segundos.

El estrés, el desempleo, la crisis económica, el desequilibrio emocional, las preocupaciones y las situaciones que provocan enojo, traen como consecuencia diversas formas de manifestación en el comportamiento y para darle una salida a nuestros problemas de una forma falsa entre otras adicciones se encuentra el fumar de una manera compulsiva, el peligro que se corre por esta actitud traerá consecuencias graves en la salud del individuo, la familia y la sociedad (Rico, 1990).

Por su forma de administración y su acción directa al sistema nervioso central, así como de su sensación subjetiva de interpretación de placer, tranquilidad, o de activación por asociación ante situaciones placenteras, relajantes o de auto-estimulación según de la particularidad de cada fumador, además del poder sintomático del cigarrillo, pone en peligro la salud del individuo, la familia y la comunidad.

El tabaquismo como conducta adictiva es resultado de un complejo proceso donde tienen que ver factores físicos, Psicológicos y Sociales.

Todos estos factores son los que intervienen en el proceso del fumar, del porqué las personas se mantienen fumando y les es muy difícil dejar de fumar a pesar de que así lo desean.

De acuerdo a la clasificación del investigador Russell (1971), existen diversos tipos de fumadores que se dividen en:

Fumador psicosocial: Asocia al fumar factores psicológicos y sociales; busca aceptación social.

Fumador sensoriomotor: Se caracteriza por realizar rituales asociados con el cigarro (placer al encenderlo y manipularlo, jugar con el humo, etc.)

Fumador placentero o indulgente: Consume tabaco en momentos agradables de la vida (ver la televisión, hacer sobremesa, juego de azar, etc.)

Fumador por reducción de la tensión: Fuma para disminuir emociones negativas productoras de nerviosismo (enojo o preocupación).

Fumador por estimulación: Tiene la sensación de que al fumar adquiere mayor energía.

Fumador por adicción: Son aquellas personas que fuman al menos un cigarrillo cada 30 o 45 minutos y sienten necesitarlo; y,

Fumador automático: Es aquel que enciende un cigarrillo sin percatarse de que tiene otro en el cenicero.

En la etapa de mantenimiento del hábito, la nicotina estimula el sistema nervioso central propiciando una mayor atención y mejor concentración, sobre todo en estados de fatiga. Durante esta etapa se aprende a estimularse farmacológicamente y obtener una gratificación de la misma, desarrollando una grave farmacodependencia (Rico, 1990).

En la etapa de adicción, aparece el síndrome de abstinencia o de privación de la nicotina caracterizándose por irritabilidad, problemas en la atención, problemas en la concentración y memoria, trastornos del sueño y presión arterial baja.

Efectos en el organismo

El fumador constituye la forma más eficiente de auto-administración de una droga que usa los pulmones como vehículo de entrada al torrente circulatorio arterial produciendo una difusión en el organismo tan eficiente como la difusión del oxígeno, como por ejemplo la nicotina, que actúa como cualquier otra droga de adicción, pasando a ser parte importante del organismo., Inhalada tarda en llegar al cerebro 7 segundos (Norman, 1990).

- Se afecta la presión arterial
- Causa enfermedades periodontales
- El fumar hace que el organismo no utilice correctamente el calcio lo que puede causar osteoporosis
- Se introduce la nicotina al cerebro y por lo tanto se crea una adicción.
- En el fumador pasivo se reduce el crecimiento de la función pulmonar.
- Causa isquemia (falta de oxígeno al corazón)

Incrementa el riesgo de obtener;

- Cáncer pulmonar, aparte se encuentra asociado con otros tipos de cáncer como son: de riñón, de estómago, oral, cervix.
- Arteriosclerosis carótida
- Infarto al miocardio
- Enfermedad vascular cerebral
- Esta asociado a anomalías como la infertilidad y la impotencia.
- Asma tanto en los fumadores como en los no fumadores.
- Gastritis por aumento de la secreción de los ácidos gástricos.
- Menopausia precoz.

FACTORES PSICOLOGICOS

Los factores de riesgo no condicionan únicamente la adicción y dependencia por la nicotina, sino también dependencia psicológica, debido a las asociaciones entre situaciones vivenciales y el fumar, siendo la publicidad una de las que mayoritariamente utiliza la psicología para manipular a los posibles consumidores, por medio de técnicas encaminadas a influir en el inconsciente de las personas, supliendo carencias o sirviendo como modelos y sustitutos de satisfactores personales. Psicológicamente una persona corre mayor riesgo de tener una adicción al tabaco cuando presenta algunas de las siguientes características: *estrés, depresión, ansiedad.*

FACTORES SOCIALES.

En este punto vale la pena referir a la denominada comunicación o publicidad social. Todos sabemos que la causa del incremento del consumo de tabaco a nivel mundial se debe al tremendo impacto que los medios de información masiva han tenido en el estilo de vida de las personas (Silva, 1999).

Aunado a ello existen otros factores:

- *Por formar parte de un grupo*
- *Por imitación*
- *Por influencia*
- *Crisis económica*
- *Hijos de padres fumadores o antecedentes familiares*

FACTORES FISIOLÓGICOS.

El humo del tabaco contiene más de tres mil compuestos diferentes, los principales son la nicotina, el alquitrán y el monóxido de carbono. La nicotina es la responsable de la dependencia física hacia el cigarro, además provoca alteraciones en distintos órganos. El alquitrán está formado por alrededor de quinientas sustancias distintas que pueden provocar cáncer. El monóxido de carbono por su parte produce falta de oxígeno en los tejidos (CONADIC, 1996).

SINTOMAS.

En primera instancia provoca: placer, elevación en el nivel de alerta, mejora la concentración, mejora la ejecución de las tareas, disminuye la ansiedad, reduce el peso corporal, reduce el enojo, acelera la frecuencia cardiaca y aumenta la presión arterial.

Cuando el fumador se decide a dejar el hábito, pasa por una serie de síntomas que se inician una hora después de la abstinencia, se agudizan a las 24 hrs. y van desapareciendo entre los 3 y 21 días siguientes, según el metabolismo de cada persona. Dentro del síndrome de abstinencia intervienen los siguientes malestares: irritabilidad, inquietud, depresión, ansiedad, trastornos gastrointestinales, insomnio, aumento de apetito, dolor de cabeza, enojo, urgencia de fumar, disminuye la frecuencia cardiaca, tensión, dificultad para concentrarse, transpiración y contracciones dolorosas en los músculos maxilares.

2.4 ALCOHOLISMO

En México, al igual que en muchos otros países, existe un alto porcentaje de adultos que ingieren bebidas alcohólicas de forma irresponsable, dando lugar al que se conoce con el nombre de "problemas derivados del consumo de alcohol" (SSA, 1993).

Esta enfermedad es un grave problema de salud pública que ha rebasado casi todos los esfuerzos realizados por instituciones, organismos y autoridades. A nivel individual, se debe aceptar que el alcoholismo puede ser algo más: una condición patológica que hace sufrir física y mentalmente al bebedor pero los efectos dañinos del abuso de bebidas involucran también a la familia y a la sociedad.

Keller (1951) menciona que el alcoholismo es una enfermedad, crónica, un desorden de la conducta, que produce dependencia física y psíquica caracterizado por la ingestión de bebidas alcohólicas, hasta el punto de que excede a lo socialmente aceptado y que interfiere con la salud del bebedor, las relaciones interpersonales y con su capacidad para el trabajo (Velasco, 1998).

Se sabe que hay grados de alcoholismo y, que entre un sujeto alcohólico y otros puede haber tanta diferencia como entre dos individuos normales.

Se incluyen algunas definiciones que van desde lo menos a lo más grave:

Abstinencia: es la ingestión de una cantidad muy moderada de bebidas alcohólicas (el equivalente a una o dos copas de licor), sólo en situaciones excepcionales nunca más de cinco veces al año y sin llegar en ningún caso al estado de ebriedad. Abstinente es también por supuesto, el que nunca toma alcohol.

Ingestión moderada de alcohol: Es el hábito o costumbre de consumir menos de 100 mililitros de alcohol absoluto en un día, alcanzando menos de dos estados de embriaguez al año. La gran mayoría de las personas que han decidido no ser abstinentes, pero que tampoco son alcohólicos quedan dentro de esta designación.

Ingestión excesiva de alcohol: Es la que comprende a los individuos que acostumbran a ingerir bebidas alcohólicas en forma habitual por más de tres días a la semana y en más de 100 mililitros de alcohol absoluto, cada vez.

El alcoholismo tiene niveles de gravedad y no es lo mismo estar en las primeras etapas que sufrir la ruina física y mental como consecuencia de haber abusado del alcohol durante muchos años. Por eso para comprender de manera más completa el proceso de la enfermedad. Solo se referirá a la elaborada por el doctor Jellinek, evitando hasta donde es posible la terminología médica. Este criterio se basa principalmente en el nivel de gravedad. (Velasco, 1998).

Alcoholismo alfa: Esta forma traduce una dependencia exclusivamente psicológica, que se debe el hecho que el alcohol aporta al individuo un alivio a sus molestias físicas o a sus conflictos emocionales. No existe en este caso ni la pérdida del control, ni la incapacidad para abstenerse. Tampoco se puede apreciar una evolución progresiva y, en realidad, no se trata aun de una verdadera enfermedad sino de una forma neurótica de consumo de alcohol.

Afecta a quienes tienen problemas del carácter y sufren conflictos relacionados con ansiedad y la frustración; el alcohol es para ellos un tranquilizante muy efectivo.

Alcoholismo beta: Se caracteriza por las complicaciones que produce una ingestión excesiva y prolongada de alcohol, como la gastritis, la polineuritis y la cirrosis. Como no existe la dependencia física no se presenta el síndrome de abstinencia o supresión (pero puede haber dependencia psicológica)

Alcoholismo gama: En este tipo de alcoholismo de mayor gravedad, si hay dependencia física y psicológica con pérdida de control o pérdida de la libertad para moderarse en la bebida. El bebedor puede dejar el alcohol en semanas y aun meses, pero al volver a ingerirlo pierde totalmente el control.

Tales son los tipos reconocibles de alcoholismo dentro de los cuales caben prácticamente todos los sujetos alcohólicos. Pero es conveniente aclarar algunos aspectos clínicos para no confundir estados de intoxicación aguda con el alcoholismo verdadero. Debido a las grandes variaciones individuales de respuesta al alcohol ciertos sujetos reaccionan incluso ante ingestiones moderadas, de una manera tal que un observador no experto podría clasificarlos como alcohólicos.

En realidad pueden serlo si reúnen todas las características que se señalan al definir el concepto, pero se trata de reacciones patológicas propias de un definido tipo de bebedor. La intoxicación o ebriedad patológica se caracteriza por una respuesta anormal ante la ingestión de dosis bajas de alcohol: desorganización de la conducta (con agitación a veces extrema) cambios espectaculares del humor (del llanto a la risa o a la violencia), agresividad explosiva y amnesia variable. Bajo circunstancias especiales el individuo puede llegar al homicidio a pesar de que la dosis ingerida solo ocasiona en la gran mayoría de los sujetos normales discreta euforia y aumento de la capacidad de convivencia. El alcoholismo tiene un efecto depresor en el sistema nervioso central, es decir actúa a manera de sedante.

EFFECTOS DEL ALCOHOL EN EL ORGANISMO:

El alcohol por si mismo, no tiene ningún valor nutritivo; no obstante, ciertas bebidas de bajo contenido alcohólico conservan algunos nutrientes debido a las materias primas utilizadas y al proceso de elaboración que las distingue (SSA,1993).

El alcohol es una droga anestésica que narcotiza las células cerebrales y de allí su efecto tranquilizante: adormece a la gente, interfiere con el habla y la coordinación de los movimientos y finalmente lleva a la inconsciencia. El alcohol etílico se absorbe rápidamente a nivel del estomago y del intestino delgado difundiéndose en el torrente circulatorio y a todos los tejidos del organismo, concentrándose en mayor cantidad en el hígado y en el cerebro (Velasco, 1998).

La eliminación del alcohol, aproximadamente el 10% de lo ingerido es a través de los pulmones al exhalar, por los riñones mediante la orina y el sudor a través de las glándulas sudoríparas; pero el 90% restante es metabolizado por el hígado.

Al comenzar a beber el individuo tiene la sensación de energía extraordinaria, debido a las calorías que produce el alcohol "quemado" por el hígado, y este fenómeno hace que se empiecen a paralizar las funciones psíquicas reduciéndose su eficiencia en general: se dificulta la percepción, la fijación de la atención y de las ideas; disminuye la coordinación de los movimientos; se entorpecen el habla; las reacciones son lentas e imprecisas, vértigos, náuseas y vómitos; aparece la somnolencia.

El problema es grave porque el alcoholismo genera alteraciones de distinto orden bio-psico-social, tales como padecimientos hepáticos y lesión cerebral, alteraciones mentales, como cambios importantes en la personalidad y la conducta, pérdida gradual de la participación en la vida activa, con repercusiones importantes en la organización familiar y en el ámbito económico.

De acuerdo con la SSA (1993), durante el estado de embriaguez se pasa por las siguientes etapas progresivas:

PRIMERA ETAPA: Disminuye la capacidad de juicio crítico y el sujeto se desinhibe (parece excitado).

SEGUNDA ETAPA: Conducta inadecuada, falta de coordinación muscular, trastornos de la vista y el habla.

TERCERA ETAPA: Confusión mental, agresividad o temor, llanto, etc.; y,

CUARTA ETAPA: Inconsciencia, ausencia de reflejos. Si la intoxicación es muy grave, puede llegarse a la muerte por parálisis respiratoria.

El alcohol se elimina lentamente por el organismo y no hay manera de acelerar el proceso (café, baños de agua fría, etc.) a largo plazo, el alcohol ingerido en exceso siempre produce:

- Desnutrición que puede llevar a complicaciones y a la muerte.
- Daños en el organismo que afectan principalmente el hígado (cirrosis), los nervios (polineuritis), el corazón y el estómago (gastritis, úlcera)
- Trastornos mentales: Psicosis alcohólica, delirium tremens (alucinaciones, angustia, temblores, con frecuencia pérdida de la conciencia, convulsiones y muerte)
- Problemas sociales: desaprobación general, soledad, incapacidad para el trabajo, ruina moral.

CAUSAS:

El alcoholismo se origina a partir no de una causa simple, sino de una interacción compleja de los factores fisiológicos, psicológicos y sociales o socioculturales (Velasco, 1998).

El alcoholismo es un fenómeno individual y social muy complejo, son muchas las causas que se conocen, pero ninguna actúa sola como son presiones socioculturales, acontecimientos que perturban la vida del individuo (nacimiento de un hijo, muerte de un ser querido, etc.), alteraciones del carácter del subconsciente, que impulsa la búsqueda de satisfacciones inmediatas.

En el adulto intervienen con frecuencia la frustración, angustia económica, agresividad de la lucha competitiva por el trabajo, los tantos problemas que de continuo bombardean la mente y desembocan en angustia. Cuando estas tensiones emocionales no pueden superarse por falta de adecuada y sólida preparación cultural, e inmadurez de la personalidad se recurre al alcohol, que cuando menos transitoriamente, hace perder el contacto con la realidad.

FACTORES PSICOLÓGICOS

De acuerdo con Velasco (1998), estudios clínicos serios demuestran la pluralidad de personalidades entre los alcohólicos. Las características más comunes y predominantes de los individuos alcohólicos son las siguientes: se trata de personas neuróticas, incapaces de relacionarse adecuadamente con los demás, sexual y emocionalmente inmaduras, tendientes al aislamiento, dependientes, que manejan inadecuadamente las frustraciones y que tienen sentimientos de perversidad y de indignidad.

También plantea que suelen ser sujetos que sufrieron en la infancia privación emocional y las consecuencias de problemas afectivos en sus hogares, pero la verdad es que todas esas características de la personalidad, así como las experiencias infantiles señaladas, pueden darse en individuos que desarrollan diferentes formas de neurosis e incluso en quienes alcanzan un desarrollo normal de la personalidad.

Por último mencionó que es conveniente recordar que ciertos estudios clínicos han demostrado, sin dejar a dudas que el alcohol no disminuye la ansiedad ni la depresión en bebedores crónicos como podría creerse, y que, por otra parte, si acentúa otros problemas psicológicos como la culpabilidad y la pérdida de autoestima, las personas alcohólicas generalmente nunca se sienten suficientemente exitosas, fuertes, valiosas, buenas, y pueden pensar que su imagen ante el grupo de amigos con quienes interactúan es lo más importante.

La dependencia psicológica tiene que ver con la apreciación subjetiva del deseo intenso de consumir alcohol por necesidad, muchos bebedores consumen alcohol por:

La sensación de bienestar, para olvidar problemas o situaciones difíciles, aunque muchos de ellos reportan que realmente no se olvidan del problema o situación que les lastima cuando están bebiendo sino más bien estos llegan únicamente a incrementarse.

FACTORES FISIOLÓGICOS U ORGÁNICOS.

Entre los factores fisiológicos se encuentra la dependencia física que se refiere al "estado de adaptación biológica" de un organismo que necesita la presencia de una sustancia (alcohol) para seguir funcionando normalmente y su supresión desencadena el síndrome de abstinencia. El síndrome de abstinencia es el conjunto de manifestaciones clínicas fisiológicas y psicológicas como resultado de haber dejado de consumir la droga de forma brusca llegando a presentar algunos de los siguientes síntomas, desnutrición, temblores, debilidad, várices esofágicas, defectos de coagulación, cirrosis hepática, irritabilidad y lagunas mentales, entre otras.

El alcohol llega a producir una dependencia en los individuos ya que tiene una serie de efectos sobre el sistema nervioso central, de tal manera que llega a producir cambios fisiológicos que actúan sobre las emociones y se manifiestan en su comportamiento provocando el "fenómeno de tolerancia" que consiste en la capacidad que tiene el organismo de adaptarse a los efectos de las drogas, lo que implica la necesidad de aumentar las dosis para obtener resultados de igual magnitud. Esto es lo que hace que el adicto utilice "sobredosis", no tanto por error o intención sino por necesidad, lo cual puede llevarlo a la intoxicación y frecuentemente a la muerte. En cuanto a los estudios en el campo de la herencia existe alguna evidencia de que el alcoholismo está, en cierta medida, determinado genéticamente; sin embargo, la herencia sola no explica la gran mayoría de los casos y la disposición constitucional tiene que conjugarse con otros factores para alcanzar un valor patogénico (Velasco, 1998).

FACTORES SOCIOCULTURALES

Los factores culturales se derivan de las costumbres nacionales ya que el alcohol está presente en todas festividades, así mismo, la influencia que ejerce a través de la publicidad de bebidas alcohólicas, propicia que muchos individuos sean presa fácil del alcohol.

Velasco, 1998 planteó que las investigaciones más dignas de crédito demuestran que los grupos sociales con menor número de alcohólicos tienen las siguientes características:

- Los niños ingieren bebidas alcohólicas desde pequeños, pero siempre dentro de un grupo familiar unido, pero en poca cantidad y muy diluidas.
- Generalmente las bebidas más consumidas son las de alto contenido de componentes no alcohólicos, como la cerveza y el vino.
- Las bebidas se consideran principalmente como alimentos, y se consumen generalmente con las comidas.
- Los padres son ejemplos de consumidores moderados de bebidas alcohólicas.
- No se da a las bebidas alcohólicas ningún valor subjetivo. Así, el ingerirlas no es virtuoso ni vergonzoso, ni prueba que el bebedor sea más viril.
- La abstinencia es una actitud socialmente aceptable.
- No es socialmente aceptable el exceso en el beber hasta llegar al grado de intoxicación.
- Finalmente, existe un acuerdo completo respecto a lo que pueden llamarse las "reglas del juego en el beber".

De acuerdo con Velasco (1998) quien retoma a Bales, menciona que existen modelos sociológicos basados en la revisión de numerosos estudios culturales y transculturales y proponen la existencia de tres formas en la que la organización social influye en la incidencia del alcoholismo:

- A) El grado en el cual una cultura opera sobre los individuos para producir agudas necesidades de adaptación a sus tensiones internas.
- B) Las actitudes que la propia comunidad propicia entre sus miembros hacia el consumo de alcohol.
- C) La forma en la que provee medios sustitutivos para la satisfacción de necesidades.

Para Velasco, 1998, otra teoría interesante de carácter subcultural, es la que propone que haya individuos que se sienten alienados de su propia sociedad de la cual no aceptan ni asimilan sus valores éticos. Este estado psicológico especial, que ha recibido el nombre de anomia, "facilita la compulsión a ingerir bebidas alcohólicas y en general a usar drogas que causan dependencia, estos individuos son más susceptibles de conducirse en forma no aceptada por la sociedad en que viven, tal es el caso de un exceso en el consumo de bebidas alcohólicas hasta llegar al alcoholismo crónico.

El alcoholismo constituye un problema multifacético en el que intervienen factores muy diversos.

Para entender la problemática del alcoholismo es necesario considerarlo como una enfermedad y tener en mente el significado e importancia del estrés social, siempre que un individuo se enferma el tipo de enfermedad que adquiere y la clase del tratamiento que perciben dependen en gran medida a los factores sociales uno de los aspectos es la personalidad social, es decir, el cómo se conforma la personalidad a través de la posición que un individuo ocupa en la estructura social y el complejo de las relaciones que establecen con sus semejantes.

El problema del alcoholismo al ser también social es susceptible de ser investigado por cualesquiera de las ciencias sociales en virtud de que no reconoce fronteras de clase o estrato y se presenta en todos los sectores de la población.

El alcoholismo necesariamente debe partir del individuo que sufre el problema en el contexto de su propia familia de la que se deriva y el marco de la sociedad en la que determina, en última instancia sus características socioculturales.

En un contexto más amplio, el estudio del comportamiento cultural tiene que basarse en la organización social y en el análisis de la interacción entre los individuos dentro y fuera del núcleo familiar y como su comportamiento es diverso según sean las respuestas a diferentes estímulos que se presenten.

El daño que el alcohólico se causa así mismo y a los demás es enorme ya que a nivel interpersonal sus efectos son incalculables en términos de desintegración y embrocamiento familiar, entre otras.

2.5 TOXICODPENDENCIA

El uso de tóxicos en la actualidad se ha popularizado por diversas razones y cambios del ser humano, principalmente como consecuencia de su entorno social y familiar, la posición socio económica, el desconcierto de la juventud que cada día trata de encontrar satisfactores diferentes en la constante búsqueda de nuevas experiencias, sin dejar pasar otros núcleos como son la comunidad estudiantil y ejecutivos que en ocasiones los consumen para tener cierta empatía con el ambiente que los rodea y acrecentar sus estados de placer; los deportistas quienes incrementan su rendimiento físico a fin de obtener preceas en las diversas competencias en las que participan, conductores de vehículos de transporte que por ese medio disminuyen la fatiga y el sueño pudiendo conducir por tiempos prolongados siempre en estados de alerta, más sin embargo no reparan en los daños físicos y psicológicos que el consumo de estos productos les pueda producir (Medina, 1999).

La Tóxicodependencia es el estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un tóxico, caracterizado por la modificación del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el tóxico en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos, y a veces para evitar el malestar producido por la privación (Alarcón, Freixa y Soler, 1981).

Cuando se habla de estado *físico* o *psíquico* se hace referencia a que el individuo depende de algún tóxico por adicción o por hábito y estamos excluyendo a aquellos individuos que llegan a usar algunas sustancias en forma eventual, ocasional o circunstancial. El problema se llega a presentar no sólo por abuso sino a veces por el simple uso.

Prácticamente cualquier sustancia es capaz de desarrollar dependencia en los individuos, entonces para considerarla como una "droga" requiere que tenga una serie de características como:

- Efectos sobre el sistema nervioso central.
- Dependencia física y psicológica. Que se manifiesta en su comportamiento.
- Desarrolla síndrome de tolerancia que es el fenómeno de adaptación de un organismo a los efectos de las drogas.
- Desarrolla síndrome de abstinencia manifestaciones clínicas, fisiológicas, psicológicas que presenta un individuo cuando suspende la droga bruscamente.

TIPO DE USUARIOS.

Los tipos de usuarios en el consumo de tóxicos más comunes en nuestra sociedad son:

- **EXPERIMENTAL:** Son las personas que consumen tóxicos con un propósito específico en una situación pasajera; por curiosidad, imitación, invitación o por presión del grupo.
- **OCASIONAL:** Consumen tóxicos cuando están en grupo y su consumo tiene la finalidad de pertenecer a este, de revelarse contra los valores sociales establecidos, de resolver conflictos o simplemente de seguir una moda.
- **FUNCIONAL:** Es aquel individuo que consume tóxicos en forma regular pero aún así sigue desempeñando sus actividades o funciones con algunas deficiencias.
- **DISFUNCIONAL:** Son usuarios que han dejado de funcionar en sociedad. Toda su vida gira en torno a los tóxicos y su actividad entera se dedica a conseguirlo y consumirlo.

CLASIFICACION.

Son un gran número de sustancias las que pueden dar origen a un estado de tóxicodependencia, por ello resulta importante clasificarlas y siendo así más fácil conocer sus efectos.

Los tóxicos de abuso se clasifican de acuerdo al efecto sobre el sistema nervioso central, el estado físico y psíquico de una persona. Este efecto puede ser de dos tipos, ya sea retardando o acelerando la actividad mental (Medina, 1999).

ESTIMULANTES	ASPECTO	MODO DE ADMON.	EFFECTOS CLINICOS
ANFETAMINAS METANFETAMINAS DEXEDRINA BENCEDRINA DESOXYN METHEDRINA	POLVO GRUESO CRISTALES GRUPOS CAPSULAS TABLETAS	VIA ORAL INHALADO FUMADO INYECTADO	TAQUICARDIA HIPERTENCIÓN ANOREXIA HIPERTERMIA PALPITACIONES ARRITMIAS EUFORIA AUMENTA ENERGIA INSOMNIO MAREO PRICOSIS TÓXICA PARANOIA DEPRESIÓN SEDACIÓN ESTIMULANTE DEL S. N. C. Y DEL S. N. SIMPÁTICO
COCAINA COCA CRAC	POLVO INOLORO BLANCO CRISTALINO CON SABOR LIGERAMENTE AGRIO Y ADORMECEDOR	INHALADO FUMADO INYECTADO	TAQUICARDIA VASOCONSTRICCIÓN EUFORIA MEJORA AUTOIMAGEN PARANOIA NEGACIÓN SOBRESTIMA HABILIDADES SINDROME DE ABSTINENCIA DEPRESIÓN SEDACIÓN FALLACARDIACA CONVULSIONES TÓNICOS Y CLÓNICOS
NARCOTICOS	ASPECTO	MODO DE ADMON.	EFFECTOS CLINICOS
OPIACEOS HEROINA MORFINA CODEINA	POLVO BLANCO CAFÉ O NEGRO LIQUIDO TABLETAS CAPSULAS INYECTABLES	VIA ORAL INYECTADO INHALADO	DEPRESIÓN DEL S. N. C. ANALGÉSICOS ANSIOLÍTICOS MAREO SEDACIÓN MIOSIS NAUSEA VOMITO CONSTIPACIÓN RUBOR BRADIPN EA EUFORIA
OPIACEOS HEROINA MORFINA CODEINA	POLVO BLANCO CAFÉ O NEGRO LIQUIDO TABLETAS CAPSULAS INYECTABLES	VIA ORAL INYECTADO INHALADO	DEPRESIÓN DEL S. N. C. ANALGÉSICOS ANSIOLÍTICOS MAREO SEDACIÓN MIOSIS NAUSEA VOMITO CONSTIPACIÓN RUBOR BRADIPN EA EUFORIA

PROPOXIFENO DARVON	CAPSULAS TABLETAS POLVO BLANCO	VIA ORAL	MIOSIS CEFALEA NAUSEA VOMITO ANALGESIA EUFORIA INTOXICACION DEPRESION MODERADA CONVULSIONES PSICOSIS DESORIENTACION CONFUSION ALUCINACION NEGACION
METADONA	POLVO BLANCO CRISTALINO EN TABLETAS LIQUIDOS E INYECTABLES	VIA ORAL INYECTADO	DEPRESION DE S N C ANALGESICOS ANSIOLITICOS MAREO SEDACION MIOSIS VISION BORROSA REDUCE LIBIDO RETENCION URINARIA DIAFORESIS NAUSEA VOMITO CONSTIPACION RUBOR BRADIPNIA
HIPNOTICOS	ASPECTO	MODO DE ADMON	EFFECTOS CLINICOS
BARBITURICOS	TABLETAS CAPSULAS LIQUIDOS POLVO BLANCO	VIA ORAL INYECTABLE	HIPNOTICO DEPRESION DEL S N C DEPRESION CARDIOVASCULAR BRADICARDIA HIPOTENSION ANALGESICOS ANSIOLITICOS SEDACION ANESTESIA BRADIPSQUIA
BENZODIAZEPINAS VALIUM	TABLETAS CAPSULAS LIQUIDOS POLVO CRISTALINO	VIA ORAL	DEPRESION DE S N C NAUSEA CONSTIPACION BOCA SECA INCOORDINACION MOTORA ANSIOLITICOS LETARGICA FATIGA MAREO
MATAEUALONA MENDRAX	TABLETAS CRISTALES BLANCOS	VIA ORAL	ARREFLEXIA SELECTIVA INCREMENTO DEL TONO MUSCULAR Y LA ACTIVIDAD MOTORA HIPOTENSION CAFALEA PERDIDA DEL APETITO NAUSEA VOMITO EUFORIA SEDACION HIPNOSIS AUMENTA LA AUTOCONFIANZA
ALCOHOL ETILICO ETANOL	BEBIDAS ENJUAGUES BUCALES JARABES PASTILLAS	ORAL	INTOXICACION PERDIDA DEL CONTROL MENTAL BRADICARDIA LETARGICA INSOMNIO AGRESIVIDAD ESTUPOOR COMA MUERTE CIRROSIS DELIRIUM TREMENS ALCOHOLISMO

CAUSAS:

El consumo de tóxicos es un problema muy complicado, muchas situaciones intervienen en él. Algunas son propias del individuo y otras tienen que ver con:

- Problemas familiares
- Problemas económicos
- Medio social en el que se desenvuelven
- Carencias afectivas
- Carencia de valores
- Falta de comunicación

FACTORES PSICOLOGICOS:

En el caso de cada persona, el aspecto emocional es determinante, ya que el modo de actuar depende en gran medida, de cómo se siente y de los valores que tiene la persona. El consumo indebido de tóxicos muchas veces es el resultado de la necesidad de resolver ciertas carencias, especialmente las que tienen que ver con el afecto si se es algo tímido, retraído, inseguro, si tiene miedo, sentimientos de tristeza, desesperación ante la vida; si depende de la aceptación de otros para vivir, o no sienten que los quieran, que los comprendan y tomen en cuenta, es más fácil que se acepte alguna droga cuando la ofrecen (Maldavsky, 1986).

Según el autor los usuarios se caracterizan por una pobreza afectiva que les hace tener una actitud de apatía e indiferencia hacia todo lo que les rodea, presentan una intensa depresión que es la que matiza toda su conducta y les da una sensación de vacío emocional.

La mayoría de los usuarios experimentan por primera vez los tóxicos durante la adolescencia, aparece así la dependencia en esta etapa de fragilidad como mecanismo de evitación que refleja la incapacidad del adolescente para enfrentarse al mundo como adulto.

El origen de estos sentimientos depresivos se encuentra en una falta de satisfacción en sus necesidades básicas de afecto, seguridad y baja tolerancia a la frustración disminuyendo así su autoestima que les dificulta su capacidad adaptativa, se presenta una dificultad en el control de impulsos y problemas en el manejo de la agresión; generalmente esta no puede expresarse de forma adecuada por lo que se manifiesta de tres maneras distintas:

- Impulsiva, actúa sin medir las consecuencias de sus actos.
- Inhibida, apareciendo como apatía y poca energía para desempeñar cualquier actividad.
- Autoagresión, presentándose entonces síntomas psicósomáticos como la depresión.

FACTORES SOCIALES:

Los factores sociales también contribuyen a acrecentar o disminuir los problemas de tóxicodependencia en los individuos.

Existen culturas donde algunas drogas se justifican socialmente, como es el caso de algunas plantas que desde la época prehispánica, se utilizan en diferentes lugares de México en rituales con propósitos curativos o religiosos.

Otro factor que influye son los anuncios publicitarios, a través de las series, películas y deportes, de los personajes de las revistas, de los artistas favoritos y de los cantantes, inconscientemente se recibe una invitación a desear ciertas situaciones y en algunos casos se invita a consumir algunos tóxicos, aparece la imitación por que se piensa que viven mejor, se sienten bien y quieren parecerse a ellos (Maldavsky, 1986).

Cuando un sujeto presenta una dificultad para establecer relaciones interpersonales, aún cuando existe la necesidad debido a su inestabilidad emocional, es por ello que buscan apoyo y seguridad en el grupo laboral, escolar, etc. el cual ejerce una gran influencia sobre ellos ya que cubre sus necesidades de afecto, por la relación que se tiene y por la importancia que representan, a veces se toman como ejemplos a seguir por que se piensa que sus conductas y estilos de vida son mejores que los propios. Se les imita para sentirse igual y aceptados por ellos.

Por otra parte los grupos sociales definen que conductas son permitidas y cuales no, cada sociedad determina respecto a los tóxicos cuáles pueden ser usados, por quiénes, en qué situaciones y en que cantidades.

La relación del adicto con las personas con quienes conviven se altera ya que deja de cumplir como estudiante, trabajador, hijo, pareja o padre de familia y esto le comienza a generar problemas que crecen poco a poco de acuerdo con las diferentes etapas en que se encuentra la adicción, afectando su forma de ser, sentir, pensar y actuar.

También se puede observar la dinámica que se establece en el ámbito familiar ya que es de suma importancia para un desarrollo normal o derivado de cada uno de los elementos que la conforma, la familia influye en la conducta no sólo estableciendo normas y límites que a veces no se entienden ni se está dispuesto a asumir, sino a través del estímulo y apoyo para lograr metas.

La buena comunicación que se tiene con la familia, la pareja, los amigos es un factor importante para que una persona no consuma tóxicos.

FACTORES FISICOS:

Entre los tóxicos de uso más común se presentan los siguientes síntomas (síndrome de abstinencia) que comienza 24 horas después de la última dosis, llegando a su máxima capacidad e intensidad en dos o tres días caracterizado por tensiones físicas como: Ansiedad, Sudoración, Convulsiones epilépticas, Temblores, Insomnio, Secreción nasal abundante, Calambres musculares, Náuseas y vómitos, Ojos enrojecidos, Trastornos de la vista, Desnutrición, Delirium tremens, Shock; y, hasta la muerte.

SINTOMAS Y DIAGNOSTICO

El uso de tóxicos produce una serie de manifestaciones particulares en la persona que las consume, sin embargo, existen características similares que se presentan en todas las personas adictas, lo que nos permite detectar posibles casos de TOXICODEPENDENCIA (CONADIC,1995).

- Presentan una conducta inestable, cambian constantemente su estado de ánimo, como ejemplo sería la euforia no controlable.
- Las pupilas están constantemente contraídas y sufren de vómitos e irritación en la nariz y en los ojos.
- Su lenguaje es desarticulado y distorsionado.
- Trastornan sus actividades normales que se manifiestan en la disciplina, en el rendimiento laboral, cambian sus pasatiempos y diversiones.
- Presentan dificultad de asumir responsabilidades y las rechazan, pierden el sentido de la realidad.
- Cambian su forma de ser, de hablar y a sus amistades.
- Se convierten en personas aisladas.

CAPITULO 3

PROPUESTA DEL PROYECTO DE INTERVENCION A FARMACODEPENDENCIA

La vida cotidiana está invadida por el estrés, siendo muchas veces el estilo de vida el que contribuye a este mal. La población trabajadora de PEMEX- Refinación es un blanco fácil, ya que por el acelerado ritmo de trabajo aunado a largas jornadas intra institucionales propician a que padezcan altos niveles de estrés canalizándolo de manera errada, logrando disminuirlo en algunos casos a través del consumo de drogas. Estas pueden ir desde las que son socialmente aceptadas (tabaco, cafeína y alcohol) hasta las no aceptadas (tóxicos en sus diferentes modalidades) causando en el individuo una farmacodependencia como tal con todos sus consecuentes.

De acuerdo a los resultados obtenidos del *Programa Factores de Riesgo*, realizados en las instalaciones de PEMEX – Refinación en 1998, muestran que hay un alto índice de personal fumador (64% Ver gráfica en la página 13), así como adictos a alguna otra sustancia tóxica.

El tabaquismo, se caracteriza por ser la adicción con más dependientes ya que en la mayoría de los países la población no considera al tabaco como una droga, por que no se sabe de la capacidad que tiene de producir dependencia física y psicológica. El tabaquismo produce muerte prematura a cientos de miles de personas cada año. La organización mundial de la salud (OMS) ha establecido que el tabaquismo es la causa directa o indirecta de por lo menos tres millones de fallecimientos cada año, las cifras aumentan, y en los próximos años ocurrirán unos 7 millones de decesos anuales causados por esta dependencia si no se reduce el consumo de tabaco.

En segundo lugar se encuentra la ingestión de alcohol, existe un alto porcentaje de la población que toma bebidas alcohólicas en forma irresponsable. El alcoholismo es una enfermedad degenerativa, se comienza con una copa y al paso del tiempo cuando el individuo bebe lo hace sin control, el motivo es la dependencia física y psicológica que el consumo de este origina y aparecen comportamientos negativos que afectan a la familia, las relaciones con sus amistades y a su trabajo.

Y por último, el uso de tóxicos, siendo este un problema de salud pública que se ha incrementado en forma desmedida en los últimos años por todo el mundo.

Una de las razones por la que se llega a su consumo es por la curiosidad de experimentar cosas nuevas o porque el individuo adicto necesita una sustancia más activa o más fuerte de la que consume para lograr los efectos deseados, sin pensar o informarse de los daños físicos y psicológicos que su consumo produce.

En conclusión denotamos características similares entre estas sustancias que se mencionan; son capaces de desarrollar dependencia en los individuos porque tienen efectos sobre el sistema nervioso central originando cambios fisiológicos y emocionales en su comportamiento. La mayoría de las personas se convierten en adictas sin darse cuenta, pero lo que es ya una realidad es que el uso de estas sustancias desencadena una enfermedad llamada FARMACODEPENDENCIA, que definitivamente tiene costosas repercusiones en los ámbitos individual, familiar y laboral.

Derivado de la preocupación que existe en PEMEX- REFINACION, ante esta problemática, el área de servicio social de psicología se da a la tarea de realizar y proponer un proyecto de intervención con el fin de prevenir y combatir los problemas que ocasiona la FARMACODEPENDENCIA en los trabajadores que laboran en la institución.

El **proyecto** comprendería tres programas; el primero llamado **prevención**, que consistirá en dar un panorama general de la problemática por medio de carteles, trípticos y pláticas con el objetivo de mantener informado al trabajador antes de que aparezca la enfermedad y esta información le servirá para aplicarla hacia él, convirtiéndose en un elemento que pueda proporcionar información a quien lo requiera o lo necesite.

El segundo programa denominado **pre rehabilitación**, cuyo objetivo será analizar a un nivel más profundo el problema de la farmacodependencia proporcionando un diagnóstico oportuno por medio de talleres creativos obteniendo así una sensibilización hacia la problemática.

El tercero y último programa llamado **atención**, dará la oportunidad a cualquier trabajador de PEMEX - Refinación que se detecte con problemas de farmacodependencia a la rehabilitación.

Todo el proyecto tiene un **enfoque Multidisciplinario**. Según Materazzi (1991), la multidisciplinaria es un grupo de profesionales que interaccionan, buscando un espacio de confluencia y un código común para poder operar sobre un individuo, la comunidad o cualquier grupo social. De esta interacción, los profesionales salen enriquecidos en sus respectivos roles. Por lo anterior se cuenta con la ayuda de: servicios médicos, psicológicos y de trabajo social, ya que estas tres especialidades son indispensables para la prevención, pre-rehabilitación y atención modificando así los hábitos de consumo y mejorando la calidad de vida de los trabajadores.

Al finalizar, lo que se espera es que en cualquier programa del proyecto al que asista el personal se encuentre informado y asuma la responsabilidad que implica la farmacodependencia como enfermedad, creando una cultura de salud y esta se establezca como un valor funcional y permanente en PEMEX - Refinación.

3.1 PROGRAMA DE ATENCION A FARMACODEPENDENCIA EN PEMEX - REFINACION

JUSTIFICACION

Cuando la cantidad de estrés aumenta a un nivel exagerado, las reacciones en las personas no se hacen esperar: insomnio, dolores, depresiones, ataques de pánico y hasta la farmacodependencia que pueden convertirse en problemas permanentes (Burns, 1999).

Sin embargo, la farmacodependencia es una enfermedad progresiva que con el tiempo llega a interrumpir las funciones de la vida, es un problema ineludible de la existencia humana.

En virtud de lo antes mencionado y por solicitudes de atención a dicho problema en los centros de trabajo de PEMEX-Refinación, surge la necesidad de implementar un proyecto de acción, con la finalidad de informar y sensibilizar a la población trabajadora, sobre los efectos que ocasiona la farmacodependencia (tabaquismo, alcoholismo, uso de tóxicos) así como la reacción a altos niveles del estrés, con el propósito de modificar los hábitos de consumo.

Es importante destacar que el éxito para la intervención es tomar en cuenta el entorno social, los recursos psicológicos y el estado de salud del individuo, para así proporcionar una atención Multidisciplinaria (Psicólogos, Médicos, Trabajadores Sociales).

OBJETIVOS

Creación de un contexto en el cual se plantea a la farmacodependencia como un factor de riesgo que se presenta en condiciones de altos niveles de estrés como el que se vive en PEMEX – REFINACION.

- Promover la información acerca de lo que es la farmacodependencia informando al personal, por medio de carteles, trípticos y pláticas de educación para la salud.
- Organizar talleres tomando como referencia los factores que intervienen en la farmacodependencia que permitan sensibilizar a los trabajadores para participar en una atención Multidisciplinaria (médicos, psicólogos y trabajadores sociales)
- Propiciar que la atención sea un factor necesario para fomentar una cultura de salud y obtener beneficios tanto para el trabajador como para la empresa misma.

MISIÓN

Desarrollar una cultura de salud ocupacional, en PEMEX - REFINACIÓN para generar el bienestar de los trabajadores y se eleve así el nivel productivo de la institución.

VISIÓN

Ser la empresa líder dentro de la rama de refinación a nivel nacional, que cuente con trabajadores en óptimas condiciones de salud obteniendo así una mejor eficiencia laboral.

METAS

- Atender al total de la población de PEMEX-REFINACION.
- Repartir trípticos y exhibir carteles dentro de PEMEX- REFINACION, con un total de 100 carteles y 1400 trípticos.
- Impartir una plática por cada piso del edificio, acerca de la problemática de estrés y farmacodependencia.
- Realizar talleres con temas acerca de estrés y farmacodependencia para un análisis más detallado.
- Atender a los trabajadores que requieran de atención asistiendo a terapias psicológicas una vez por semana, a chequeo médico cada 15 días, con un seguimiento de casos a cargo de trabajo social.

LIMITES

El proyecto se desarrollará en los límites geográficos y poblacionales de PEMEX-REFINACION en oficinas centrales.

TIEMPO

El presente proyecto se desarrollará en un periodo de un año con una evaluación posterior que permita detectar logros y limitantes, así, como la actualización de los programas.

UNIVERSO DE TRABAJO

Se trabajará con una población conformada por hombres y mujeres que formen parte de PEMEX-REFINACION, en donde su participación será de manera voluntaria, por canalización del jefe de piso y por canalización de servicios médicos.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Personal ambos sexos que formen parte de PEMEX-Refinación, en oficinas centrales.
- Personal interesado de PEMEX – Refinación en recibir información sobre farmacodependencia.
- Personal que se encuentre dentro del rango de edad que esté entre los 21 y 55 años.
- Personal que derive de la etapa de prevención.
- Personal que esté diagnosticado como farmacodependiente activo y requiera de atención psicológica.

Para establecer los principios de intervención siempre se habrá de aceptar que el farmacodependiente es un ser humano igual a los demás y que, por lo mismo, su problema y la ayuda que requiere son asuntos de la vida cotidiana (Bailey, 1981).

Es bueno que el estigma moral que aún suscita el paciente este superándose al menos en ciertos sectores sociales donde se tiene un mejor conocimiento de los hechos (Velasco, 1998).

Cualquier esfuerzo para ayudar a que una persona enfrente su problema de exceso en el consumo de drogas sin tener en cuenta a los que le rodean seguramente fracasará, porque la familia, los amigos y los compañeros de trabajo son factores esenciales para el apoyo y la comprensión que deben proporcionarse al enfermo farmacodependiente, por este motivo el primer programa se denomina:

3.2 PROGRAMA DE PREVENCION

Es el conjunto de medidas que son necesarias para tomar en cuenta las repercusiones del estrés y de la enfermedad farmacodependencia para así contrarrestar la aparición de nuevos casos de esta misma, con el objetivo de:

- a) Dar conocimiento de que el estrés puede desencadenar en farmacodependencia.
- b) Los participantes comprenderán la definición de farmacodependencia.
- c) Que el trabajador comprenda lo que es ser dependiente.
- d) Desestigmatizar al paciente farmacodependiente de la comunidad.
- e) Los participantes entenderán que las adicciones son procesos resultantes de un conjunto de causas físicas, psíquicas y sociales.

- f) Los trabajadores entenderán que la comunidad y la familia juegan un rol importante en esta problemática.
- g) Informar que todos pueden sufrir directa e indirectamente estos procesos.
- h) Los participantes comprenderán que estos pacientes pueden ser tratados adecuadamente.

Los participantes aprenderán a utilizar la información proporcionada y cómo utilizarla antes y después de que la enfermedad se declare.

- i) Se entenderá el papel importante de la sociedad en la integración del paciente farmacodependiente, y brindar oportunidades para ello.
- j) Hacer conciencia del papel que desempeñan los miembros de PEMEX – REFINACION como agentes de salud.

A través de:

- Trípticos y carteles informativos distribuidos estratégicamente dentro del organismo. **(Ver anexo 3)**
- Micro – talleres informativos con el propósito de mantener informada a la población trabajadora sobre la problemática de estrés y farmacodependencia, (Autoestima, Asertividad, Adicciones, Enfermedades ocasionadas por el estrés, entre otras)

3.3 PROGRAMA DE PRE-REHABILITACION

Consiste en sensibilizar a los trabajadores sobre estrés y la enfermedad llamada farmacodependencia (alcoholismo, tabaquismo o tóxicodependencia) promoviendo el pronto diagnóstico, atacando la problemática cuando aún se puede controlar dando apertura al tratamiento a través de:

- La formación de agentes informativos multiplicadores que son aquellos que realizarán en la comunidad (PEMEX –Refinación) los primeros auxilios psicológicos y sociales en caso de presentarse la problemática.
- Alentar a los trabajadores con problemas de farmacodependencia para que se reconozcan como tales y accedan a tomar un tratamiento de rehabilitación.
- Aplicación del Taller (expresivo, creativo y preventivo)

TALLER

Objetivo Institucional:

Mejorar el estilo de vida de los trabajadores de PEMEX- Refinación que los encamine a la prevención y control de enfermedades; logrando así el bienestar del trabajador y una mayor rentabilidad para la empresa.

Institución organizadora: PEMEX- Refinación	Dirigido a la comunidad: Base trabajadora en oficinas centrales.
Taller: "EL ESTRÉS COMO DESENCADENANTE DE CONDUCTAS ADICTIVAS." Duración: 15 horas Cupo de personas: 30	Personal canalizado por servicios médicos o jefes de área. Personal derivado de la etapa de prevención. Personal voluntario e interesado en la problemática.

Una vez que las personas reconocen que necesitan atención terapéutica por presentar la enfermedad entrarán en el tercer programa denominado:

3.4 PROGRAMA DE ATENCION

El programa es de tratamiento, siendo su objetivo principal ayudarles a controlar sus niveles de estrés y modificar sus hábitos de consumo, mejorando su vida personal, familiar, laboral y social. Así mismo se dará un seguimiento de los casos para evitar posibles recaídas.

- Evaluación médica para valorar posibles daños orgánicos.
- Intervención por medio de terapias psicológicas con el enfoque estratégico del MRI:

El enfoque estratégico del Mental Research Institute (MRI) puede describirse en términos de las herramientas propuestas por Keeney y Ross (1985): los marcos semánticos y políticos en donde a través de pasos particulares el proceso de la terapia puede organizarse. (Ver capítulo 5)

1. Inicialmente el terapeuta y los clientes construyen un marco semántico (S1) que conductualmente define el problema presentado y permite así poder identificar la meta que busca ser alcanzada en la terapia. Este nivel semántico (S1) también es el objetivo para el enfoque del MRI que se logra a menudo a través del uso por parte del terapeuta del lenguaje que el paciente significa y o atribuye al problema.
2. Ambos construyen un marco político (PI) el cual es definido a través de los ejemplos conductuales específicos del problema. Preguntándole al paciente algunos ejemplos del problema y las descripciones de lo que no les gusta, el terapeuta del MRI puede empezar a ver cómo el cliente ve el problema.
3. Ambos construyen un nuevo marco semántico (S2) el cual define cómo el cliente da significado a la situación problema. Este punto de vista puede ser obtenido preguntándole al cliente cómo entiende la razón por la que existe el problema.

4. Se construye un marco político (P2) cuando se define todo intento de solución por parte del cliente y de los otros. Este marco puede explorarse a través del uso de preguntas como: ¿qué ha estado haciendo usted para resolver el problema?. Este nivel de política (P2) es el enfoque del cambio en la terapia del MRI en donde a través del uso en una variedad de técnicas los cambios pueden ocurrir en la conducta y o en el punto de vista del paciente.
 - Seguimiento de casos a cargo de trabajadores sociales con el fin de que no se abandone la rehabilitación, en el que se propone se realice cada mes.

3.5 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

A partir del momento en que el proyecto sea aprobado por PEMEX- Refinación, las actividades serán organizadas de la siguiente manera:

El Programa de Prevención:

Se pretende quede realizado en un promedio de 4 semanas, en cada semana se trabajaría un promedio de 5 horas para las pláticas, los trípticos serían engrapados en las fajillas de pago de los trabajadores.

El Programa de Pre- rehabilitación:

Estaría contemplado para realizarlo en 3 meses aproximadamente, ya que para los talleres estarían contempladas 6 sesiones de una hora por cada tema.

El Programa de Atención:

Para cada trabajador se requerirá de un promedio de 10 semanas, requiriendo de su presencia 1 hora a la semana.

El siguiente paso a seguir es la evaluación y entrega de resultados a la institución. El tiempo empleado sería de 4 semanas aproximadamente. Cabe señalar que el tiempo global para llevar a cabo todo el proyecto es de 24 semanas en promedio.

CAPITULO 4

MECANISMOS DE ACCIÓN PARA LOS PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

El presente capítulo detalla las estrategias específicas a seguir en cada programa. Cada una de ellas con el fin de promover las situaciones a las que se enfrenta un trabajador al padecer altos niveles de estrés así como prevenir y atender la fármacodependencia como enfermedad. El proyecto comprende tres programas de tratamiento:

4.1 PROGRAMA DE PREVENCIÓN

El programa tiene la finalidad de mantener informado al trabajador acerca de las problemáticas de estrés y fármacodependencia dentro de las instalaciones laborales, con el propósito de mejorar su estilo de vida, coadyuvando a la rentabilidad de la empresa. Uno de los objetivos primordiales es que los trabajadores que participen en este programa a través de la información que reciban se conviertan en agentes informativos multiplicadores, logrando así que un alto porcentaje de la población trabajadora posea una correcta orientación y conozca alternativas de solución ante las problemáticas mencionadas. Las actividades a cubrir son:

- Promoción y difusión a través de trípticos aunados a las fajillas de pago. (Ver anexo 2 y 3).
- Carteles con mensajes alusivos a la problemática a tratar, colocados en áreas estratégicas, que serán cambiados periódicamente.
- Invitación general a toda la base trabajadora para que asista a pláticas (estrés, tabaquismo, alcoholismo, toxicodependencia, estilo de vida, autoestima, motivación y valores) informativas del programa.

4.2 PROGRAMA DE PRE REHABILITACIÓN

Las estrategias que se emplean en este programa están creadas para la realización de un diagnóstico temprano en el cual todavía se tenga control tanto del estrés como de fármacodependencia, abriendo así las puertas para reconocer y concientizar a los trabajadores que requieran asistir al programa de atención. Los puntos a cubrir son los siguientes:

- Realización de diferentes talleres (comunicación, asertividad, manejo de conflictos etc.) Aquí se presenta un ejemplo de un taller a manejarse: "El Estrés Como Desencadenante De Conductas Adictivas".
- Invitación general a toda la base trabajadora para que asista al taller.
- El área médica canalizará al personal que presente inicios o desarrollo de estrés y de farmacodependencia.

4.2.1 TALLER: "El Estrés Como Desencadenante De Conductas Adictivas Carta descriptiva".

Empresa: PEMEX – Refinación.

Dirección: Av. Marina Nacional #329 piso 11 Edificio B-2 Col. Huasteca. México D.F. C.P. 11311.

Departamento: Superintendencia de Evaluación Médica y Prestaciones Sociales.

TALLER: El Estrés Como Desencadenante De Conductas Adictivas.

Dirigido a: Trabajadores de oficinas centrales pertenecientes a PEMEX – REFINACIÓN.

Objetivo terminal: Al finalizar el taller los participantes aplicarán los conocimientos, habilidades y técnicas para el control de estrés y farmacodependencia. Dada una serie de estrategias de aprendizaje, logrando mejorar su calidad de vida.

Cupo de personas para el taller: 30

4.2.2 TEMARIO

Introducción:

1. ¿Qué es el estrés?
 - 1.1 Concepto de estrés
 - 1.2 Factores generadores de estrés.
2. Detección de niveles de estrés y sus repercusiones.
 - 2.1 Aplicación y Resolución del test: TU ESCALA DE ESTRÉS (Holmes y Richard Rahe) (**Ver anexo 5**)
 - 2.2 Enfermedades consecuentes del estrés.
3. Características físicas y psicológicas de la persona sobre estresada.
4. Medio laboral y estrés.
5. Conductas adictivas ocasionadas por el estrés.
 - 5.1 Sustancias permitidas que contrarrestan el estrés.
 - 5.2 Sustancias no permitidas que contrarrestan el estrés.
 - 5.3 Consecuencias ocasionadas por el uso de estas sustancias.

6. Conductas adictivas ocasionadas por el estrés.
 - 6.1 Concepto de farmacodependencia.
 - 6.2 Farmacodependencia como enfermedad.
 - 6.3 Alternativas de tratamiento.

7. Como liberarse de su estrés: "Entrenamiento de Respiración".
 - 7.1 Importancia de la respiración para contrarrestar el estrés.
 - 7.2 Técnica de respiración profunda.
 - 7.3 Técnica de respiración estimulante.

8. Como liberarse de su estrés: "Entrenamiento en Relajación Progresiva".
 - 8.1 Concepto de relajación.
 - 8.2 Técnica de relajación progresiva.
 - 8.3 Ejercicio práctico de relajación.

9. Cómo liberarse de su estrés. "Entrenamiento asertivo".
 - 9.1 Concepto de asertividad.
 - 9.2 Técnicas de entrenamiento asertivo.

10. Conclusiones del taller.
 - 10.1 Proyecto de vida.
 - 10.2 Evaluación del taller.

DURACIÓN TOTAL: 15 horas **Teoría:** 5 horas. **Práctica:** 10 horas.

INSTRUCTORES: Psic. Ana Gabriela Cuevas Gálvez, Psic. Claudia González Corona, Psic. Silvia Salinas Castellanos.

RECURSOS MATERIALES: Un salón con buena iluminación y ventilación, alfombrado con espacio para 30 personas, 30 sillas, un pizarrón, hojas blancas y plumas, proyector de acetatos y video beam.

HORARIO: De 14:00 a 15:30 hrs. **DIA:** Viernes

LUGAR: Instalaciones de PEMEX – Refinación.

4.2.3 PLAN DE SESION

Número de sesión: 1

Tema: ¿Qué Es El Estrés?

**Sub-tema: Concepto de estrés
Síntomas desencadenantes de estrés.**

Objetivo:

Los asistentes señalarán qué es el estrés, a través del reconocimiento de sus principales características.

Técnica (s): Introdutoria o de presentación, por ejemplo:

Corrillos
Lluvia de ideas
Expositiva

Desarrollo:

En primer lugar las expositoras presentarán el objetivo del taller así como la presentación de cada uno de los participantes donde indicarán su nombre, puesto y una característica personal. Posteriormente se realizará la formación de equipos por medio de corrillos y a través de la dinámica lluvia de ideas elaborarán un concepto de estrés, después se llevará a cabo la revisión de los conceptos de estrés por equipo, las expositoras expondrán el concepto y los síntomas consecuentes de padecer estrés. Finalmente se dejará de tarea que reconozcan sus sensaciones de tensión en el transcurso de una semana indicándoles que esta tarea se presentará en la siguiente sesión por escrito.

Número de sesión: 2

Tema: Detección de Niveles de Estrés y sus Repercusiones.

Sub-temas: Resolución del test: : TU ESCALA DE ESTRÉS (Holmes y Richard Rahe, 1994).
Enfermedades consecuentes del estrés.

Objetivo:

Los participantes, detectarán el nivel de estrés en el que se encuentran.

Los participantes clasificarán las enfermedades que pueden llegar a padecer a causa del estrés.

Técnica (s): Aplicación del test para medir el nivel de estrés

Expositiva
Discusión de grupos pequeños

Desarrollo:

Por medio de la discusión de grupos pequeños se realizará la revisión de la tarea dejada en la primera sesión donde las expositoras indicarán que realicen una lista de cinco posibles causas que produce cada malestar descrito. Posteriormente las instructoras entregarán a los participantes el test para medir el nivel de estrés, como segundo paso las expositoras explicarán como se llevará a cabo la evaluación y los participantes diagnosticarán el nivel de estrés en el que se encuentran, enseguida la expositoras con ayuda del video beam expondrán las enfermedades que se padecen como consecuencia de vivir con altos niveles de estrés.

Número de sesión: 3

Tema: Características Psicológicas De La Persona Con Altos Niveles De Estrés.

Objetivo:

Los participantes diferenciarán las emociones y sensaciones que padecen las personas con altos niveles de estrés.

Técnica (s): Fantaseo guiado

Interrogativa

Expositiva

Evaluativa

Desarrollo:

Como inicio las expositoras pedirán a los participantes que adopten la posición más cómoda ya que podrán hacer uso de la alfombra, posteriormente se les dará la instrucción de cerrar sus ojos y que recuerden un evento estresante que hayan vivido, donde se hagan presentes las sensaciones y emociones que experimentaron en esos instantes. Las expositoras indicarán que den tres respiraciones en la que los participantes se sientan tranquilos y relajados para poder abrir sus ojos. Las instructoras interrogarán a los participantes en cuanto a las sensaciones y emociones experimentadas con el ejercicio anterior. Como paso siguiente se expondrán a través de acetatos los diversos pensamientos y actitudes que presentan las personas sobre estresadas. Esta sesión se concluirá con la aplicación individual del test: "Grado de estrés" (Rosch, P. J. y Hendier, N. H, 1994) en cuanto a características psicológicas. A través de esta evaluación dirigida por las instructoras, los participantes detectarán las actitudes que manifiestan con mayor frecuencia cuando atraviesan una situación estresante: trabajo, familia, amigos, etcétera y expondrán los mecanismos que utilizan para liberarse de esta situación.

Número de sesión: 4

Tema: Medio Laboral y Estrés.

Objetivo:

Los participantes comprenderán como el medio laboral influye para padecer altos niveles de estrés.

Técnica (s): Role playing

Corrillos

Expositiva

Interrogativa

Desarrollo:

La sesión se inicia pidiendo a los participantes que describan a manera individual de forma escrita un día cotidiano en el que se incluya desde su horario de sueño, la alimentación, interacción familiar, actividades laborales y sociales. Se organizarán grupos de trabajo utilizando la técnica de corrillos, una vez en equipo, las expositoras indicarán que realicen una dramatización en donde darán relevancia a los factores externos(alimentación, interacción familiar y social, horas de descanso, etcétera) y cómo estos influyen en el estrés laboral, teniendo en cuenta las condiciones físicas del lugar del trabajo, los horarios prolongados, la competitividad, las presiones, las relaciones con compañeros de trabajo, etcétera. A continuación las instructoras expondrán algunas soluciones a esta problemática (alimentación, ejercicio al aire libre, expresión adecuada de sentimientos, programar un horario de sueño y respetarlo), con ayuda del video beam. Por último a los participantes se les proporcionarán las siguientes preguntas para que reflexionen de manera individual: ¿cuánto tiempo se dedican a ellos mismos? Y ¿que otras soluciones proponen para liberarse de su estrés?. En esta actividad se utilizará la técnica interrogativa promoviendo la retroalimentación grupal.

Número de sesión: 5

Tema: Conductas Adictivas Ocasionadas Por El Estrés.

Sub-tema: Sustancias permitidas que contrarrestan el estrés.

Sustancias no permitidas que contrarrestan el estrés.

Consecuencias ocasionadas por el uso de estas sustancias.

Objetivo:

Al término de la sesión los participantes analizarán las sustancias que contrarrestan el estrés.

Técnica (s): Proyección del documental "Fármaco dependencia"

Interrogativa

Expositiva

Discusión de grupos pequeños

Desarrollo:

Se iniciará la sesión con la proyección de la película de "Fármaco dependencia". Empleando la técnica interrogativa se realizará la discusión sobre la temática de la proyección. Posteriormente las instructoras expondrán con la ayuda de video beam las sustancias permitidas que contrarrestan el estrés y daños que ocasionan (comida, tabaco, alcohol). Enseguida se expondrán las sustancias no permitidas que contrarrestan el estrés y los daños que ocasionan (cocaína, marihuana, alucinógenos, etcétera). Se realizarán la integración de grupos de 5 personas para conclusiones fomentando retroalimentación del tema.

Número de sesión: 6

Tema: Conductas Adictivas Ocasionadas Por El Estrés.

Sub-tema: Concepto de fármaco dependencia.

Fármaco dependencia como enfermedad.

Alternativas de tratamiento.

Objetivo:

Al término de la sesión los participantes analizarán los daños que causan las sustancias adictivas a su persona.

Técnica (s): Análisis a través de dinámicas por ejemplo:

Expositiva

Desarrollo:

Al inicio de la sesión las instructoras darán a escoger al azar una tarjeta que contendrá la oración de un refrán, posteriormente el participante dará vuelta a la tarjeta la leerá y tendrá cinco segundos para mencionar lo primero que se le venga a la mente, por último leerán en voz alta el refrán y darán un comentario relacionado con el tema de fármaco dependencia. Las instructoras expondrán con ayuda del video beam la fármaco dependencia como enfermedad así como sus consecuencias. Se tomarán en cuenta las alternativas de tratamiento al presentarse la enfermedad de fármaco dependencia. Para finalizar la temática se analizará a través de la dinámica del árbol que consiste en formar equipos de 5 personas dándoles las siguientes instrucciones: dibujar un árbol y en la parte que le corresponde a la raíz se anotará como se inicia esta enfermedad, en el tronco el desarrollo de la misma y en la copa las consecuencias que trae consigo la fármaco dependencia.

Número de sesión: 7

Tema: Como Liberarse De Su Estrés: Entrenamiento en Respiración".

Sub-tema: Importancia de la respiración para contrarrestar el estrés.

Técnica de respiración profunda.

Técnica de respiración estimulante.

Objetivo:

Al término de la sesión los participantes experimentarán el proceso de respiración como alternativa para liberarse del estrés.

Técnica (s): Ruptura de tensión.
Expositiva
Dinámica vivencial.

Desarrollo:

En primer lugar se les pedirá a los participantes se sienten formando un círculo, las instructoras se incluyen en el juego y se empieza la dinámica "la canasta se mueve" en donde se promoverá la ruptura de la tensión. Posteriormente las instructoras por medio del video beam darán a conocer la importancia del papel que juega la respiración para contrarrestar el estrés. Se expondrán las técnicas de respiración profunda y respiración estimulante y los beneficios que estas conllevan. Para concluir este tema los participantes guiados por las instructoras realizarán dos ejercicios uno que implique respiración profunda y otro que implique la respiración estimulante. Por medio de la técnica interrogativa realizarán la comparación de los ejercicios así como la retroalimentación del tema.

Número de sesión: 8

Tema: Como Liberarse De Su Estrés: "Relajación Progresiva".

Sub-tema: Concepto de relajación.
Técnica de relajación progresiva.
Ejercicio práctico de relajación.

Objetivo:

Al finalizar la sesión los participantes experimentarán el beneficio de la técnica de relajación progresiva como una alternativa más para liberarse del estrés.

Técnica (s): Interrogativa.
Expositiva.
Dinámica vivencial.
Discusión de grupos pequeños.

Desarrollo:

Al inicio de la sesión las instructoras pedirán a los participantes que mencionen que partes de su cuerpo se encuentran en tensión en ese momento y así se dará pie a la exposición por parte de las instructoras del concepto de relajación: ¿Qué es?, Para qué sirve y cómo utilizarla.

Se analizará y se expondrá en que consiste la relajación progresiva, inmediatamente después se les pedirá a los participantes adopten una posición cómoda que este a su alcance, que cierren los ojos, que vayan tensionando y relajando paulatina y ordenadamente las partes del cuerpo que las instructoras mencionen, se tensionará cada región por espacio de 5 segundos y posteriormente se relajará durante 20 segundos antes de pasar a otra parte del cuerpo, una vez relajado todo su cuerpo se les invitará a disfrutar esta sensación por espacio de 10 minutos. Pasado este tiempo se les motivará a reincorporarse paulatinamente trayendo consigo sensaciones relajantes y positivas. Posteriormente a través de la técnica interrogativa se comentará el ejercicio. Para concluir esta sesión se harán equipos de trabajo en los que expondrán una conclusión y una comparación acerca de las técnicas de respiración y relajación.

Número de sesión: 9

Tema: Cómo Liberarse De Su Estrés: " Entrenamiento Asertivo".

Sub-tema: Concepto de asertividad.

Técnicas de entrenamiento asertivo.

Objetivo:

Que los asistentes señalen la importancia de la asertividad para obtener una comunicación efectiva.

Técnica (s): Expositiva

Dinámica grupal

Desarrollo:

En el inicio de la sesión los participantes con ayuda de hojas blancas y plumas describirán en qué situaciones de su vida cotidiana reaccionan con una conducta pasiva (no solucionan, ni comentan lo que les haya molestado o incomodado y se lo callan), en qué otras reaccionan de manera agresiva (utilizando gritos, insultos o reclamando en forma abrupta con lo que no están de acuerdo) y en qué momentos reaccionan con una conducta activa (aclarando y comentando lo que no les gusta o desagrada de manera clara, honesta y sin herir a los demás). A continuación las instructoras expondrán con ayuda del video beam que es la asertividad, porque debemos utilizarla y como el manejo de una asertividad activa puede ayudarles a contrarrestar el estrés. Tomando como ejemplo el ejercicio inicial las expositoras explicarán los diferentes problemas de aserción y como influye en su vida cotidiana. Acto seguido se formarán equipos según el siguiente criterio: quien utilice más la agresividad pertenecerá a ese equipo, quien sea pasivo entrará en el equipo de los pasivos y quien sea activo formará parte de ese equipo, así se agruparán de acuerdo a la conducta que manejen, las instructoras leerán el caso de Pedro Martínez el cual tendrá que reaccionar ante una situación determinada, así elaborarán una respuesta según corresponda al equipo que pertenezcan. Para finalizar las instructoras expondrán las herramientas que les ayuden a aplicar la asertividad de manera correcta.

Número de sesión: 10

Tema: Conclusiones Del Taller.

**Sub-tema: Proyecto de vida.
Dudas y conclusiones.**

Objetivo:

Como conclusión los participantes evaluarán las ventajas de controlar el estrés a través de la serie de elementos aprendidos durante el taller.

Al finalizar el taller los participantes detectarán indicios de farmacodependencia.

**Técnica (s): Dinámica grupal
Conclusiones**

Desarrollo:

Se expondrá la importancia de crear un proyecto de vida, se les pedirá a los participantes que de manera individual y con ayuda de hojas blancas y plumas elaboren su proyecto de vida (planes a realizar a corto y mediano plazo). A continuación las instructoras promoverán la exposición de los proyectos de vida de los participantes. Enseguida las expositoras realizarán un foro para resolver dudas. Para finalizar la sesión así como el taller cada participante elaborará una conclusión de lo aprendido en el taller que incluya un comentario hacia el trabajo realizado por las instructoras.

4.2.4 MAPA INSTRUCCIONAL (Ver anexo 4)

4.3 PROGRAMA DE ATENCIÓN

El objetivo de este programa es ayudar a reducir y/o controlar los casos de estrés y fármacodependencia, cuando estas problemáticas ya estén presentes y se encuentren fuera del control del trabajador. El enfoque a utilizar como tratamiento en estos casos es la terapia breve del Mental Research Institute (MRI), Escuela de Palo Alto, la cual se enfoca en qué y cómo hacer para ayudar a solucionar de manera rápida y efectiva problemas humanos persistentes. Los aspectos básicos del programa a continuación se detallan:

- Atención permanente de casos que requieran de asistencia médica y psicológica individual.
- Consulta médica cada 15 días.

Sesión terapéutica psicológica una vez por semana con duración de una hora.
Con una asistencia mínima de 10 sesiones.

CAPITULO 5

PROPUESTA DE TRATAMIENTO PARA EL PROGRAMA DE ATENCION A FARMACODEPENDENCIA EN PEMEX-REFINACIÓN

Dado que el clima laboral y la salud de los trabajadores son fundamentales para la productividad de una empresa, se especula que si existen conflictos internos, externos, enfermedades como estrés y farmacodependencia; la fluidez del trabajo se limita pudiendo en casos extremos estancarse provocando problemas serios al crecimiento de una institución. Tomando como antecedente lo anterior, aunado a la preocupación que existe en PEMEX-Refinación por la salud de sus trabajadores además de los resultados obtenidos en el programa de factores de riesgo en donde se detectaron enfermedades derivadas del estrés (hipertensión, obesidad, tabaquismo y otras adicciones) surge la necesidad de elaborar un programa de atención que brinde tratamiento a la problemática existente.

En el programa de atención la principal directriz es ayudar al trabajador con algun problema de farmacodependencia brindándole estrategias de solución en un tiempo breve.

La mayoría de los problemas que reciben la calificación de adicciones son similares a los problemas de rendimiento.

Sin embargo en las adicciones (o hábitos) además de luchar contra su forma de actuar o su estado de ánimo, el paciente también intenta no pensar en la sustancia "prohibida" que desea controlar, ya se trate de comida, alcohol, estupefacientes o cigarrillos. La forma más corriente que asume esta lucha, consiste en tratar de evitar la sustancia en cuestión. Los deliberados y continuos intentos de evitación sólo sirven para que el paciente se vuelva más consciente de aquello que está evitando y le hagan pensar que esa sustancia es más poderosa que él mismo. En consecuencia, esta librando constantemente una batalla perdida, y sólo puede dejar de pensar en ella (dejar de anhelarla) cediendo a lo que él cree que es una urgencia incontrolable. Cree que el único modo de no verse dominado por ella consiste en no verse insitado a utilizarla (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

La propuesta de tratamiento en el programa de atención es seleccionada de acuerdo a las necesidades de la institución, PEMEX - Refinación, en donde se requiere de un tratamiento breve, siendo el enfoque sistémico del Mental Research Institute (MRI) el idóneo para tal propósito.

La terapia psicológica implica intentos deliberados de producir un cambio de punto de vista y/o de acción, que lleva a la solución de un problema. No existe una teoría correcta de la psicoterapia. Muchas teorías diferentes y muchas técnicas y enfoques diferentes parecen producir cambios y resultados positivos.

Tradicionalmente la terapia estaba orientada sobretodo en el pasado, buscando en la infancia del cliente las raíces de los síntomas actuales, posteriormente con la aparición de la terapia de la conducta, la psicología del yo, la terapia de la Gestalt, la terapia familiar, etc.; dan un nuevo sentido a la psicoterapia ya que estos enfoques se centran en el presente o en el "aquí" y "ahora". En la actualidad la terapia está evolucionando más allá de esta orientación, con una orientación hacia el futuro a la que no interesa como surgieron los problemas ni incluso como se mantienen, sino que se ocupan como se resolverán (Hudson O'Hanlon, 1989).

Dentro del marco de evolución en la psicoterapia aparece la Terapia Breve del MRI, Escuela de Palo Alto este es un nuevo modelo de terapia centrado en los problemas. Los terapeutas que lo aplican intentan aliviar solo las quejas específicas que los clientes llevan a terapia, buscan solucionar los problemas de la manera más rápida, eficiente y poco dolorosa. Se ataca el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto "Aquí y Ahora". Esta terapia se encuentra fundamentada en la concepción interaccional del comportamiento, la cual se basa en la biología y en la antropología nutriéndose a través de los conceptos de la cibernética y de la teoría de la información.

El objetivo de la terapia breve versa en como llevar a cabo la psicoterapia en poco tiempo ya que su centro de interés específico consiste en qué y cómo hacer para ayudar a solucionar de manera efectiva problemas humanos persistentes, esta teoría se limita a enunciar la concepción general sobre la naturaleza de los problemas que las personas traen a los terapeutas y la correspondiente concepción acerca de lo que es una intervención efectiva para solucionar tales problemas, es decir una teoría que se encuentra lo más cerca posible de la práctica (Fisch, Weakland y Seagal, 1994). En el específico universo de conducta que se denomina psicoterapia esto significa que las ideas o premisas que defienda una persona con respecto a la naturaleza de los problemas y del tratamiento influirán notablemente en el tipo de datos sobre los cuales se hará con el paciente y las demás personas implicadas, y lo que es más importante, como evaluará los resultados de tales acciones.

5.1 ANTECEDENTES

A continuación se muestra un cuadro descriptivo de los diferentes eventos que tienen una relevancia importante para el desarrollo y fundación del Mental Research Institute (MRI), escuela de Palo Alto, así como el impacto de dicho instituto en la práctica clínica (**Ver Anexo 6**).

5.2 Fundamentos Teóricos

El enfoque del MRI se apoya en una teoría basta, aunque no siempre homogénea debido que algunos de sus conceptos básicos provienen de ámbitos relativamente independientes. Su perspectiva epistemológica se nutrió principalmente de tres fuentes: en primer lugar aparecen los conceptos de Cibernética encabezada por Weiner en 1948, en segundo lugar, las aportaciones del antropólogo Gregory Bateson y por último La teoría de la comunicación por Watzlawick, Beavin y Jackson 1967.

Conceptos de cibernética:

Feed Back ó Retroalimentación: Es un sistema, una cadena en la que el hecho A afecta al hecho B, y B afecta luego a C y C a su vez trae consigo a D, etc., sin embargo, si D lleva nuevamente a A, el sistema es circular y funcionan de un modo distinto. Las acciones de cada miembro se convierten en información para los demás. Es un proceso recursivo.

Retroalimentación positiva: Está caracterizada por el aumento de la desviación de los procesos recursivos. La retroalimentación positiva es el proceso que lleva a un cambio de sistema(p.e. un papá que insiste continuamente a su hijo que sea responsable y éste responde rechazando las peticiones del primero, la retroalimentación positiva podría instrumentarse tanto si el papá deja de insistir o si llega al absurdo en su insistencia).

Retroalimentación negativa: Está caracterizada por la disminución de la desviación de los procesos recursivos. La retroalimentación negativa lleva a la homeostasis del sistema (p.e. una pareja de esposos discute, su hijo los escucha y en el momento de mayor molestia el niño orina en su ropa o empieza a gritar desesperado, los padres dejan de discutir y atienden al pequeño, de esta forma el niño evita el rompimiento o las aclaraciones de la pareja).

Homeostasis: Es el estado constante o la estabilidad de un sistema, que en general se mantiene mediante mecanismos de retroalimentación negativa.

Morfogénesis: Proceso que facilita el cambio en la organización de cualquier sistema mediante retroalimentación positiva.

Sistema: Se considera sistema al conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento esta determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Un sistema es "un conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos" en el que los objetos son los componentes o partes del sistema, los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones "mantienen unido al sistema".

Mientras que los objetos pueden ser seres humanos individuales, los atributos son sus conductas comunicacionales. La mejor manera de describir los objetos interaccionales consiste en verlos como personas que se comunican con otras personas (Watzlawick, Helmick y Jackson, 1976).

Sistemas Cerrados: Sistemas que se consideran aislados de su medio circundante. La física ordinaria se ocuparía de los sistemas cerrados, "Así la física química nos habla de las reacciones, de sus velocidades, y de los equilibrios químicos que acaban por establecerse en un recipiente cerrado donde se mezclan cierto número de sustancias reaccionantes" (Bertalanfy, L. p39).

Sistemas Abiertos: Sistemas que se consideran en una constante interacción con su medio circundante. "Todo organismo viviente es ante todo un sistema abierto. Se mantiene en continua incorporación y eliminación de materia, constituyendo y demoliendo componentes, sin alcanzar, mientras la vida dure, un estado de equilibrio químico y termodinámico, sino manteniéndose en un estado llamado uniforme" (id).

Información: Se refiere a los mensajes que recibe algún sistema abierto. Para que un estímulo pueda considerarse como información debe existir algún grado de diferencia a informaciones previas, y un grado de semejanza a la estructura del sistema al que se inserta (p.e. para apreciar la temperatura o la textura de un objeto). A diferencia de los sistemas cerrados, los sistemas abiertos responden a la información que reciben de su entorno (una piedra sólo recibe energía si se le da un puntapié, un perro o cualquier ser vivo recibe información).

Función y relación: El concepto matemático de función permitió considerar la variación de los miembros de un sistema de acuerdo a la relación que existe entre ellos. De esta forma se explica el comportamiento de una variable de acuerdo al comportamiento de las otras variables de la función, al mismo tiempo el comportamiento de una variable modifica el valor de las restantes.

Totalidad: Cada una de las partes de un sistema está relacionada de tal modo con las otras que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema total esto es que un sistema se comporta como un todo inseparable y coherente. Cabe decir que los sistemas siempre se caracterizan por cierto grados de totalidad (Watzlawick, Helmick, Jackson, 1976).

Recursividad (pautas relacionales): Hace referencia al proceso circular que permite apreciar formas de relación repetitivas. Aunque se debe considerar que no es un proceso 100% circular, pues esto implicaría un punto de inicio igual al de llegada. El proceso recursivo considera semejanzas en las pautas, pero también un margen de diferencia. Se puede representar con un rizo.

Equifinalidad: Significa que idénticos resultados pueden tener orígenes distintos porque lo decisivo es la naturaleza de la organización.

Si la conducta equifinal de los sistemas abiertos está basada en su independencia con respecto a las condiciones iniciales entonces no solo condiciones iniciales distintas pueden llevar al mismo resultado final, sino que diferentes resultados puede ser producidos por las mismas causas (Watzlawick, Helmick, Jackson, 1976 p.17).

Equicausalidad: Se refiere a la posibilidad de obtener la misma respuesta en el sistema a pesar de utilizar diferentes estímulos. Esto es, se utilizan los estímulos E1, E2, E3,... y en y se obtiene R.

Conceptos comunicacionales (axiomas).

Comunicación

Una unidad de conducta definida. La comunicación es una condición sine qua non de la vida humana y el orden social.. El estudio de la comunicación humana puede subdividirse en tres áreas: sintáctica, semántica y pragmática, establecidas por Morris, la primera abarca los problemas relativos a transmitir información, cuyo interés se refiere a los problemas de codificación, canales, capacidad, ruido, redundancia y otras propiedades características del lenguaje. El significado constituye la preocupación central de la *semántica*. Si bien es posible transmitir series de símbolos con corrección sintáctica, carecerían de sentido a menos que el emisor y el receptor se hubieran puesto de acuerdo de antemano en relación a su significado. Toda información compartida presupone una convención semántica. Y por último; la comunicación afecta a la conducta y este, es un aspecto *pragmático* (Watzlawick, Helmick, Jackson, 1976 p.17).

1 Es imposible no comunicar. En un sistema, todo comportamiento de un miembro tiene un valor de mensaje para los demás. Ejemplo; el silencio tenso y la mirada perdida de dos desconocidos que coinciden en un ascensor, a pesar de su intencionalidad no comunicativa (o precisamente debida a ella) transmiten una gran cantidad de información. : "No me interesa, no estoy de humor para entablar comunicación, prefiero ignorarte" (Bottella art.); Por ello es llamado metacomunicacional.

2 Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el segundo clasifica al primero y es, por ende, una metacomunicación. El segundo axioma metacomunicacional plantea que toda comunicación implica un compromiso y por ende define la correlación. Una comunicación no solo transmite información sino que, al mismo tiempo impone conductas. El aspecto referencial de un mensaje transmite información por lo tanto en la comunicación humana es sinónimo de contenido del mensaje.

El aspecto conativo se refiere a que tipo de mensaje debe entenderse que es, y por ende, en última instancia a la relación entre los comunicantes. Watzlawick, Helmick, Jackson, 1976 p.17).

Como ejemplo: el mensaje "Cierra la puerta de una vez" transmite un contenido concreto (la instrucción de cerrar la puerta), pero a la vez cualifica al tipo de relación entre emisor y receptor (de autoridad del primero). En este sentido, "¿Podrías cerrar la puerta por favor?" transmite la misma información en el nivel digital pero muy diferente en el nivel analógico (Botella, art.).

Los seres humanos se comunican tanto digital como analógicamente. El lenguaje digital cuenta con una sintaxis lógica sumamente compleja y poderosa pero carece de una semántica adecuada en el campo de la relación, mientras que el lenguaje analógico posee una semántica pero no una sintaxis adecuada para la definición inequívoca de la naturaleza de las relaciones.

COMUNICACIÓN ANALÓGICA (RELACION): virtualmente todo lo que sea comunicación no verbal. Movimientos corporales (kinesia), posturas, gestos, expresión facial, inflexión de la voz, secuencias, ritmo, cadencia de las palabras, indicaciones comunicacionales (el contexto). Definen la naturaleza de las relaciones.

No tienen equivalentes para discursos como "si...luego", "o...o" y muchos otros. Carece de la expresión "no". También carece de indicadores temporales del presente, pasado y futuro.

COMUNICACIÓN DIGITAL (CONTENIDO): Comunicación verbal, sintaxis. Compartir información acerca de los objetos y transmisión de conocimientos. Es de mayor complejidad, versatilidad y abstracción. Tiene formulaciones lógicas. "...puesto que la comunicación se centra en aspectos relacionados comprobamos que el lenguaje digital carece casi por completo de significado." Un gesto o una expresión facial puede revelar mas que cien palabras (p. 64).

3 La puntuación de la secuencia de hechos. El tercer axioma metacomunicacional plantea que la naturaleza de una relación depende de la puntuación de las secuencias de comunicación entre los comunicantes. Aunque una serie de comunicaciones puede entenderse como una secuencia interrumpida de intercambios, quienes participan en la interacción siempre introducen la "puntuación de secuencias de hechos".

4. Toda relación es simétrica o complementaria. A partir del fenómeno descrito por Bateson en su publicación Naven (1935), acerca de la cismogénesis se exponen dos cambios progresivos la cismogénesis complementaria y la cismogénesis simétrica a los cuales en la actualidad se les suele denominar simplemente interacción complementaria y simétrica respectivamente.

INTERACCION SIMÉTRICA (IGUALDAD Y DIFERENCIA MINIMA): los participantes tienden a igualar su conducta. Sea debilidad o fuerza, bondad o maldad.

INTERACCION COMPLEMENTARIA: (MÁXIMO DE DIFERENCIA): la conducta de uno de los participantes complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt.

Las relaciones se forman por el contexto, por los "mutuos encajes" de los miembros que forman la relación; ninguno impone una relación al otro, simplemente sus definiciones de relación encajan.

Según Watzlawick (1976), sugiere un tercer tipo de relación, a saber la metacomplementaria, en la que A permite u obliga a B a estar en control de la relación mediante idéntico razonamiento, podríamos arreglar la pseudosimetría en la que A permita u obliga a B a ser simétrico.

Por lo tanto el cuarto axioma de la metacomunicacional plantea que todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia.

CAMBIO

En palabras de Bateson la forma más sencilla y más familiar de cambio es el movimiento, es decir: un cambio de posición pero el movimiento mismo puede estar sujeto a cambio, es decir aceleración o deceleración, y ello constituye un cambio del cambio (metacambio) de posición. En un nivel superior se da el cambio de la aceleración (deceleración) que equivale a un cambio del cambio del cambio (metametacambio) de posición. Puede advertirse también que el cambio implica siempre el nivel inmediatamente superior (Watzlawick, Weakland y Fish, 1994).

Cambio tipo 1: Tiene lugar dentro de un determinado sistema, que en sí permanece inmodificado, conserva el sistema.

Cambio tipo 2: Es el cambio del sistema mismo, el metacambio. Aquí las reglas de transformación son las que sufren el cambio.

Para dar un ejemplo de esta distinción en términos más conductistas: una persona que tenga una pesadilla puede hacer muchas cosas dentro de su sueño: correr, esconderse, luchar, gritar, trepar por un acantilado, etc. Pero ningún cambio verificado de uno de estos comportamientos a otro podrá finalizar la pesadilla. A esta clase de cambio se designa como cambio 1. el único modo de salir de un sueño supone el cambio del soñar al despertar. El despertar, desde luego, no constituye ya parte del sueño, sino que es un cambio a un estado completamente distinto. A esta clase de cambio se le denomina cambio 2 (Watzlawick, Weakland y Fish, 1994).

5.3 Terapia MRI

LA TERAPIA BREVE DEL MENTAL RESEARCH INSTITUTE (MRI)

El enfoque se basa en la interacción, la mayoría de las sesiones terapéuticas se realizan con individuos o con dos o tres personas seleccionadas, y no con la familia completa ya que lo que importa es como se encaran los problemas y no si uno lleva a cabo una sesión con uno o más individuos.

El enfoque estratégico del Mental Research Institute (MRI), puede describirse en términos de las herramientas propuestas por Keeney y Ross (1985):

- 1) El terapeuta y los clientes construyen un marco semántico (S1) que define el problema presentado y permite identificar la meta que busque ser alcanzada en la terapia. También es el objetivo para el enfoque del MRI que se logra a menudo a través del uso por parte del terapeuta del lenguaje que el cliente significa y/o atribuye al problema.
- 2) Ambos construyen un marco político (P1) definido a través de los ejemplos conductuales específicos del problema. Preguntándole al paciente algunos ejemplos del problema, el terapeuta del MRI puede empezar a ver como el cliente ve el problema.
- 3) Ambos construyen un nuevo marco semántico (S2), el cual define como el cliente da significado a la situación problemática preguntándole al cliente como entiende la razón por la que existe el problema.
- 4) Se construye un marco político (P2) cuando se definen todos los intentos de solución por parte del cliente y de los otros. ¿que ha estado haciendo usted para resolver el problema? Este nivel de política (P2) es el enfoque de cambio en la terapia MRI donde a través del uso de una variedad de técnicas los cambios pueden ocurrir en la conducta y/o el punto de vista de un problema.

Esta terapia se ocupa primordialmente de la interacción que tiene lugar en torno a la dolencia, recordando siempre que en definitiva lo que se pretende es eliminar de los participantes la conducta que mantiene vivo el problema.

Toda conducta, incluso la calificada de problema, se encuentra primordialmente configurada y conservada, (reforzada en sentido general) por otras conductas actuales que la rodean; es decir por la interacción en el aquí y ahora de las relaciones personales significativas. La persistencia de los problemas se basa en un círculo vicioso de refuerzo mutuo entre la conducta problemática, por una parte, y la conducta aplicada en los intentos de solución por otra.

Estructura Terapéutica del MRI

En 1966, el Mental Research Institute (MRI) inició un proyecto de terapia breve. Los terapeutas del MRI estaban convencidos de que la terapia se podía realizar en un tiempo mucho más corto de lo que era la práctica habitual en aquellos momentos. John Weakland, Richard Fisch, Paul Watzlawick y otros, trabajaron con un límite prefijado de diez sesiones. Una directriz de su trabajo era que debían resolver el problema presentado en vez de reorganizar familias o producir insight. Se considera que los problemas son de naturaleza interaccional. Se les ve como dificultades entre las personas más que como algo que surge desde el interior de los individuos. Desde este punto de vista, los problemas se desarrollan cuando se manejan mal las dificultades de la vida cotidiana. Una vez que una dificultad se ve como un problema, este es mantenido o empeorado por los intentos ineficaces de las personas para resolverlos. En otras palabras el problema es el intento de solución.

"Más de lo mismo" es entonces en este modelo el objetivo principal de la intervención terapéutica. Habitualmente los clientes reciben una variante de la sugerencia de dejar de intentar resolver el problema de la forma en la que lo han estado haciendo. A menudo esto se consigue utilizando el sistema de creencias de los clientes, pero dándoles un nuevo marco de referencia dentro de ese sistema de creencias (reestructuración) (Hudson O'Hanlon, 1989).

Los problemas clínicos son en esencia variantes de los problemas cotidianos de la interacción humana, por lo tanto este enfoque es aplicable a toda clase de problemas persistentes que afecten la conducta humana y que surjan en cualquier contexto social y organizativo, sea cual sea su tamaño (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Se expone de manera breve las principales características del esquema de trabajo del MRI. Los conceptos básicos que a continuación se describen son de orden general, hacen referencia al modo en que cualquier tipo de conducta se conserva o se modifica, dentro de cualquier sistema de interacción social.

A) Marco de Tratamiento.

Definición de la relación terapéutica (capacidad de maniobra). Los pacientes reales acostumburan a no cumplir una o más condiciones, se resisten a los intentos del terapeuta a llevar a cabo el tratamiento, los pacientes obstaculizan el esfuerzo terapéutico en la mayoría de los casos debido a su angustia o al temor de que el problema llegue a empeorar, por lo tanto una cosa es saber cual es la mejor manera de actuar en el tratamiento y otra muy distinta tener la libertad de actuar en la forma en que uno considere más adecuada, o de otra manera, ser capaz de poner en práctica lo que uno juzgue más apropiado en el transcurso del tratamiento.

A esta libertad se le llama "capacidad de maniobra del terapeuta", la cual implica la posibilidad de emprender acciones dotadas de un propósito, a pesar de los obstáculos e inconvenientes que se presentan.

El terapeuta necesita mantener abierta su capacidad de opción a medida que avanza la terapia, modificando su curso de la forma necesaria durante el curso del tratamiento. En todo los enfoques resultan necesarios determinados procedimientos para dirigir el tratamiento, es algo éticamente coherente con nuestra opinión de que la dirección del tratamiento constituye una responsabilidad intrínseca del terapeuta (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Pero ¿cómo lograr, pues, la máxima capacidad de maniobra del terapeuta? En primer lugar la capacidad de maniobra del terapeuta depende de la correspondiente ausencia de capacidad de maniobra en el paciente, el terapeuta necesita conservar sus propias opciones, limitando al mismo tiempo las del paciente. La base fundamental de dicha maniobrabilidad reside en que el terapeuta sabe que el paciente lo necesita más de lo que él necesita al paciente. Cualquier cosa que haga el terapeuta descansa sobre la simple opción de ser capaz de poner fin al tratamiento. Durante el tratamiento hay ocasiones en que debe hacerse explícito este principio básico como por ejemplo cuando el cliente trata de poner condiciones restrictivas que impedirían la consecución de resultados beneficiosos.

Oportunidad y ritmo.

La capacidad de maniobra depende en parte de que el terapeuta decida retirarse de la postura que haya asumido con un paciente o abandonar la estrategia que haya comenzado a poner en práctica, en vez de ceñirse a ellas contra viento y marea.

El terapeuta no debe esperar hasta que se produzca una resistencia obvia y sólida. Tiene que cambiar de rumbo apenas aparezcan indicios concretos aunque pequeños de que la estrategia no funciona. El terapeuta ha de ajustar la oportunidad y el ritmo de sus comentarios a las respuestas que manifieste el paciente. Si de modo prematuro se asume una postura definida, puede reducirse la misma capacidad de maniobra, entonces disminuirá de modo significativo la credibilidad del terapeuta y la disponibilidad del paciente (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Oportunidad y ritmo se refiere a no "dispararse" hasta que se hayan comprobado cuales son las opiniones del paciente y a ir dando, a lo largo del tratamiento pequeños pasos al tiempo que se evalúa el modo como el paciente admite cada paso.

Los procedimientos utilizados para recoger datos durante la sesión inicial brindan la ocasión oportuna para averiguar cual es la sensibilidad del cliente sin que el terapeuta tenga que tomar posiciones prematuramente puesto que se limita a hacer preguntas para estar más informado y comprender al cliente por ejemplo 1) ¿por qué cree que existe este problema? 2) ¿se le ha ocurrido a usted algo parecido, o piensa que todo eso no sirve para nada? 3) "no estoy diciendo que esto sea lo adecuado para su problema pero me pregunto si usted ha probado (esto o lo otro)". Tales preguntas permite que el terapeuta obtenga información sobre las opiniones del cliente con respecto a su problema y al objetivo del tratamiento, a su vez le permiten determinar que gama de conductas o que enfoque está dispuesto a poner en práctica el cliente o, por el contrario, estaría dispuesto a rechazar (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

El tiempo necesario.

La capacidad de maniobra del terapeuta también depende de que no se le presione para que actúe. Ante el apremio del cliente, ha de salvaguardar su posibilidad de tomarse el tiempo necesario para pensar y planificar. A largo plazo el tiempo que se dedique a evitar estas trampas servirá para reducir el tiempo dedicado al tratamiento global. Respuestas tales como "déjeme pensar un poco en ello" , "creo que no puedo contestarle a eso en este momento", "hoy me cuesta mucho captar la cuestión quizá mañana este más espabilado", sirven para indicarle al interlocutor que en aquel preciso momento no podemos ofrecerle una directriz específica.

El tomarse el tiempo necesario suele requerir que uno reconozca que está esforzándose demasiado y que no llega a ninguna parte y que si se continua por el mismo camino el resultado puede ser contraproducente.

A esas alturas, el terapeuta puede hacer frente a la presión que se ejerce sobre él mediante la adopción de una postura de aparente embotamiento: "no entiendo", "me he perdido", o algo por el estilo (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Hay ocasiones que a los veinte o treinta minutos se llega a un punto óptimo para dar por terminado la sesión. Si uno se siente obligado a rellenar el tiempo de la misma quizás se diluya el impacto de lo que ya se haya conseguido. En pocas palabras del mismo modo que estimulamos a los pacientes para que se tomen el tiempo necesario para solucionar sus problemas, el terapeuta tiene que utilizar juiciosamente en su favor el tiempo cuando se dispone a efectuar las tareas propias del tratamiento.

El uso de un lenguaje condicional

A menudo los pacientes formulan preguntas que invitan al terapeuta a comprometerse antes que desee hacerlo o asumir una postura que no desea asumir en absoluto, sin embargo el terapeuta puede mantener intacta su capacidad de maniobra si responde de una manera condicionada, es decir mantener su libertad para crear diversas opciones abiertas ante sí y al mismo tiempo da la sensación de haber adoptado una postura concreta.

En muchos momentos del tratamiento, el terapeuta desee establecer una intervención específica o encargarle algo al paciente pero si no funciona querrá disponer de tiempo para evaluar porque no ha funcionado y diseñar una nueva estrategia para poner en práctica la estrategia anterior. En tales casos la sugerencia puede formularse en lenguaje condicionado: "me gustaría hacerle una sugerencia pero no estoy seguro de cuánto nos servirá. Dependerá de su habilidad para usar la imaginación y, quizás, de su disposición para avanzar hacia un mejoramiento." Las condiciones ponen de manifiesto que la sugerencia que se desea brindar es adecuada, pero que su éxito dependerá de los esfuerzos del paciente más que la bondad de la sugerencia en si misma (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Si el terapeuta utiliza el marco condicional y las intervenciones no salen bien, puede atribuirlo a que el paciente no fue capaz de utilizar en la medida suficiente su imaginación, o a que no estuvo dispuesta a efectuar un cambio en su problema. Y al revés, si el paciente manifiesta haber obtenido un éxito entonces el terapeuta puede integrarlo así: "bueno, me preocupaba el que usted quizás no lograrse llegar a ninguna parte con mi sugerencia, pero sin duda subestime su imaginación y su capacidad para utilizarla" (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

No pretendemos afirmar que el terapeuta jamás deba asumir una postura definida y concreta. El terapeuta debe cuidarse de no asumir una postura explícita antes de que haya tenido la información y el tiempo suficientes para decidir que postura quiera asumir y cuando.

El cliente debe concretar

De igual modo que el terapeuta ha de ser capaz de asumir una postura no comprometida y fluida hay que ayudar al paciente a asumir posturas comprometidas y bien definidas, la capacidad de maniobra del terapeuta depende de la falta de capacidad de maniobra del cliente. Obtener formulaciones claras del cliente afecta en especial a la entrevista inicial, cuando el terapeuta debe conseguir la mayor parte de la información que necesita para planificar el tratamiento sin embargo por ningún motivo ha de limitarse a esta fase del tratamiento dado que el terapeuta siempre querrá que los clientes le suministren datos claros y concretos.

Actitud igualitaria

El éxito del tratamiento depende en gran medida de la capacidad del terapeuta para que el cliente le comunique información estratégica para que este le haga caso llevando a la práctica las sugerencias y tareas encomendadas. Cuando a los pacientes se les pide que acepten ideas y sugerencias aparecen consideraciones del mismo tipo. Nosotros suponemos que el paciente ya se encuentra motivado por el deseo de verse aliviado de las molestias provocadas por su problema y que está preparado para colaborar a menos que el terapeuta interfiera, por ejemplo, dando a entender al paciente que todavía no ha conseguido dar con la solución adecuada, ningún terapeuta desea transmitir este tipo de elementos, pero corre el riesgo de hacerlo si adopta una actitud de superioridad, tal actitud puede transmitirse tras los comentarios del terapeuta (por ejemplo "he visto muchos casos como el suyo") (Fisch, Weakland y Segal, 1994)

El asumir una actitud igualitaria se justifica porque es la manera más segura de evitar una actitud de superioridad y de anular la tendencia del paciente al contemplar desde abajo al terapeuta, dicha actitud servirá al menos para no obstaculizar a los pacientes que se hayan dispuestos a cooperar. En consecuencia, la actitud igualitaria le concede al terapeuta mayor capacidad de maniobra.

B) La Solución es el Problema.

- El problema requiere de una alimentación continua (combustible)

Para que un problema exista y permanezca como tal, debe haber conductas problemáticas y que se llevan a cabo de forma repetida dentro del sistema de interacción social del paciente.

El origen y la persistencia de los problemas aparecerán en un momento de la vida cotidiana, dificultades que jamás suelen faltar.

- El combustible son los esfuerzos del paciente para alejarse del problema.

Según Fish, Weakland y Segal (1994), para que una dificultad se convierta en un problema, tienen que cumplirse estas dos premisas:

1. Que se haga frente de forma equivocada a la dificultad.
2. Que cuando no se soluciona la dificultad, se aplique una dosis más elevada de la misma solución.

- Cuando un paciente busca ayuda es porque tiene una queja en su vida.
 1. Un cliente expresa preocupación acerca de una conducta –acciones, pensamientos o sentimientos- desarrollada por él o por alguna otra persona con la que se halla significativamente comprometido.
 2. Dicha conducta es descrita como a) desviada, infrecuente, inadecuada o incluso anormal y b) aflictiva o dañosa, inmediata o potencialmente para el sujeto (el paciente) o para los demás.
 3. Se informa que el paciente o que los demás han realizado esfuerzos para detener o para modificar esta conducta, pero no han tenido éxito.
 4. En consecuencia, el paciente o los otros implicados buscan la ayuda para cambiar la situación, que no han sido capaces de cambiar por sí solos.
- Una queja es igual que un problema.

La dificultad original queda potenciada bajo un círculo vicioso al elevar la dosis de una misma solución y puede llegar a convertirse en un problema con dimensiones y naturaleza muy poco parecida a la dificultad inicial.

- A hace algo que molesta a B; y B hace algo que mantiene la conducta de A (Retroalimentación positiva)

La conducta de una persona instiga y estructura la conducta de otra persona y viceversa. "El marido se aparta (por que su mujer lo regaña), y la mujer regaña (por que su marido se aparta)".

- Trabajamos con las soluciones, no con los problemas.

La terapia breve se centra principalmente en las soluciones que un cliente le da a su problema. Proponiendo alternativas de solución que rompan con la recursividad en la que el paciente se ha enfrascado.

- No importa lo que siente o piensa sino lo que hace para resolver el problema.

La directriz básica que se utiliza es la variación, ya sea en la conducta problemática, en la solución que se ensaye o en la definición del problema por parte del cliente.

C) La Postura del Paciente.

- Conocer el punto de vista del cliente; lo que piensa; lo que quiere; y que lenguaje utiliza. Permite conocer su posición hacia el problema y hacia el mundo.

Al principio es importante escuchar lo que dice el paciente: las palabras concretas que emplea, y el tono y énfasis con que se expresa. Las personas pueden poseer opiniones definidas y arraigadas sobre todo lo divino y lo humano. Si se consideran a sí mismos como seres únicos o como simples miembros de la masa, y puesto que esos otros tipos de postura pueden utilizarse también para estimular la colaboración, estas dos áreas principales serán de la máxima importancia para formular planes que incrementen la cooperación del paciente (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Los pacientes (la mayoría) poseen determinadas ideas con respecto a la naturaleza de su problema y de su causa presumible, así como algunas teorías generales o específicas sobre cómo podría resolverse. Con frecuencia expresan dichas teorías mientras describen el problema y su historia. Si se ignoran estas declaraciones de postura, se puede cometer el desatino de emplear una estrategia que provoque resistencia; en el mejor de los casos, esto consumirá de forma improductiva una considerable cantidad de tiempo, y puede llegar a indisponer al cliente.

La psicoterapia convencional concede importancia a escuchar el significado subyacente en lo que dice el paciente. En cambio el enfoque estratégico de terapia breve pone en relieve la importancia de escuchar la exacta formulación de las frases de los pacientes, porque es en esa formulación donde éstos señalan sus posturas.

El terapeuta busca y averigua cuáles son las creencias del cliente acerca del problema, y en consecuencia cuál es su postura.

La determinación de la postura del paciente no exige una gran concentración o una espera llena de incertidumbre que permita la aparición de una posta escondida dado que las posturas más útiles son las que se hallan fuertemente arraigadas. Es probable que a lo largo del debate éstas se expresen una y otra vez.

- Cambiar de posición al paciente ayuda a definir el problema en términos resolubles.

Las personas se definen a sí mismas como pacientes, o definen a otro, normalmente un miembro de la familia, como paciente. Se considere o no como paciente, el cliente puede asumir una de estas dos posturas: o bien el problema es manifiestamente doloroso, por lo cual el cambio se vuelve urgente por necesidad, o bien el estado de cosas es indeseable pero no incómodo en exceso y no se necesita un cambio, o por lo menos, no con urgencia.

Cualquiera que sea el problema, y quien quiera que haya sido definido como paciente, las personas manifestarán una postura pesimista con respecto a la solución del problema, o bien manifestarán que el problema, aunque difícil puede ser afrontado (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Por lo que se refiere a la terapia en sí misma, los pacientes suelen asumir una de estas tres posturas: se convierten en receptores pasivos de la sabiduría y de los consejos del terapeuta; a la inversa, toman a su cargo activamente el tratamiento, utilizando al terapeuta como una caja de resonancia pasiva; o bien buscan ayuda a través de una actividad y una responsabilidad recíprocas entre ellos y el terapeuta. En lo que a su actividad se refiere, los pacientes consideran que el proceso terapéutico o bien requiere unos debates y una intuición considerables("No entiendo por qué"), o bien exige determinada acción por su parte("No sé que hacer cuando..."). esta última postura es seguida a menudo por otra según la cual se llegará a la solución del problema por una vía racional o a través del sentido común, mientras que en otros casos se señalará que el problema se solucionará por medios mágicos o inesperados.

Así algunos valores personales tienen que ver con el tratamiento y cuando se advierte su existencia pueden usarse para facilitar la propaganda de la "tarea".

La postura principal en relación con el tratamiento consiste en que el individuo se declare cliente efectivo o no. Un cliente es un individuo que está buscando activamente la ayuda de un terapeuta; es alguien que solicita ayuda. En cambio paciente es aquel que el cliente define como persona desviada o perturbada, trátase de él mismo o de otra persona. Que un sujeto se defina a sí mismo como cliente significa que se halla hondamente interesado en el cambio y en experimentar un alivio de la dolencia, ya sea que ésta se refiera a uno mismo o a otra persona. En esencia, la definición de cliente incluye tres elementos 1) "He estado luchando contra un problema que me perjudica de modo significativo." 2) "No he logrado solucionarlo únicamente con mis propios esfuerzos." 3) "Necesito que usted me ayude a solucionarlo" (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Existe otra postura que conviene mucho identificar y afrontar con la máxima prontitud posible al principio del tratamiento. El cliente puede hallarse auténticamente molesto por su problema, puede haber agotado todos sus recursos, y puede estar buscando activamente una ayuda terapéutica. Sin embargo, posee unas ideas tan sólidas con respecto a la estructura más adecuada del tratamiento que no se encuentra dispuesto a permitir que el terapeuta tome decisiones fundamentales para el proceso; por el contrario, trata de imponerle al terapeuta ciertas condiciones que, de ser aceptadas, impedirían cualquier posible solución del problema.

- Estimular la colaboración del paciente.

En la fase del tratamiento el terapeuta habrá formulado alguna tarea o alguna actividad que, si son llevadas a cabo por el paciente, servirán para incrementar las posibilidades de solución del problema.

El terapeuta no debe descuidar ni sofocar ninguna motivación que pueda aumentar las posibilidades de solucionar el problema del paciente en el menor tiempo posible. El terapeuta utiliza lo que el cliente trae consigo. Hay que escuchar lo que dicen los clientes. Las líneas directrices en sí mismas consideradas son bastante sencillas: 1) ¿Cuál es la principal postura del cliente (actitud, opinión, motivación con respecto al problema? 2) ¿Cómo conseguir el mejor modo posible de dejar reducida dicha postura a su valor o impulso esencial?. 3) Puesto que yo sé lo que quisiera que el cliente hiciese para solucionar su problema, ¿cómo formularlo de un modo coherente con dicha postura?.

- Para que alguien deje de hacer algo hay que ofrecer otra cosa para que la haga.

El terapeuta tal vez sabe lo que le gustaría que la paciente hiciese para solucionar su problema, pero ganarse su colaboración para que lo haga es harina de otro costal. Sobre todo porque, la solución que el paciente propugna, que provoca el problema, está determinada por lo que él considera como la única cosa razonable, saludable o salvadora que hay que hacer, a pesar de que no haya servido para solucionar su problema. En consecuencia, lograr que el paciente abandone su propia solución y se decida por un enfoque que por lo general condenará al fracaso o peligroso constituye un factor decisivo para realizar con brevedad la terapia.

La tarea principal de la terapia consiste en influir sobre el cliente para que afronte de un modo distinto su problema o dolencia. Pero el cómo influyamos sobre otro individuo depende en gran medida de a quién intentamos influir (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Una vez que el terapeuta haya determinado cuál es la postura del cliente con respecto a su problema y a la terapia, ¿cómo usará dicha información? Ante todo, para lograr brevedad en el tratamiento, el terapeuta no hará comentarios que provoquen resistencia en el paciente. En segundo lugar, también a favor de la brevedad, incrementará al máximo la disponibilidad del paciente apelando a sugerencias.

Un terapeuta puede provocar resistencia al formular comentarios que irriten a los pacientes o reduzcan la credibilidad de las ideas del mismo terapeuta. Siempre resulta más útil responder, pero de un modo que estimule una reacción favorable (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Para evitar que se cree una innecesaria resistencia en el paciente el terapeuta debe aceptar las afirmaciones del cliente, reconocer los valores que posean y evitar los comentarios provocativos o despropósitos de credibilidad. Naturalmente, el estar seguro de lo que no hay que decir facilitará el saber qué decir, con la oportunidad y el ritmo elegidos por el terapeuta. A veces una mera inclinación de cabeza servirá para comunicar la aceptación de las palabras del paciente sin que sea preciso hacer nada más, por lo menos en ese momento (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

D) El Reencuadre.

- La redefinición permite decir las cosas de otra manera.

"Una cosa es formular una sugerencia o una tarea y otra muy distinta conseguir que el cliente las lleve a cabo" (p.139).

La postura del paciente suministra un instrumento muy importante al respecto, dado que expresa su grado de referencia. Es la línea directriz de aquello que resulta razonable a los ojos del cliente.

"... Las tareas de enmarcar y definir de nuevo el marco de referencia del paciente desempeñan un significativo papel en el acortamiento de la terapia. Representan medios utilizados comúnmente, aunque no exclusivamente, para conseguir que los clientes adopten un curso de acción que en otras circunstancias se negarían a adoptar" (139).

Ante el encuadre del paciente nosotros ofrecemos un reencuadre fundamentado en las creencias del paciente (nota: un mensaje lo suficientemente semejante para que entre, pero lo suficientemente diferente para que provoque un cambio).

- Decir las cosas de otra manera es decir las cosas de manera optimista.

"¿No es una pena que este rosal tan hermoso tenga espinas?", Por "¿No es una maravilla que este arbusto espinoso de flores tan hermosas?".

E) Cambiando lo incambiable.(Prescripciones terapéuticas).

- Es importante revisar el hilo común de todos los intentos de solución.

En el enfoque de orientación estratégica, el terapeuta debe planificar el tratamiento, principalmente en los objetivos, la estrategia de tratamiento y las intervenciones necesarias para poner en práctica dicha estrategia.

El primer paso comienza con una comprensión clara de la dolencia que lleva al cliente a la consulta.

En segundo logra se detecta que el problema se conserva o perpetua gracias a los esfuerzos que el cliente y otras personas realizan sobre el problema, en estos momentos el terapeuta necesita una comprensión completa y exacta de lo que representan tales esfuerzos (las pretendidas soluciones), en especial las que se llevan a cabo en el presente.

- Es necesario encontrar el tema principal de los intentos de solución, para prevenir que el terapeuta sugiera algo similar.

El paso más importante en el tratamiento consiste en dejar bien claro que hay que pararse de lo que se denomina "campo minado".

El terapeuta debe centrarse a la pregunta ¿Qué es lo que más me interesa evitar?. La pregunta se contesta con los esfuerzos realizados del paciente y otras personas en hacerle frente al problema.

Si se identifica lo que hay que evitar entonces como terapeutas no se colaborará en el mantenimiento del problema del cliente, además saber lo que se debe evitar suministra una orientación básica en la formulación del impulso estratégico más apropiado para cada caso.

- Las formas de solución son variaciones sobre un mismo tema, estas provienen de un mismo marco de referencia.

En este caso particular de terapia breve se utiliza el marco de referencia del propio cliente. El instrumento más apropiado para esta parte del tratamiento la suministra lo que se denomina la postura del cliente ya que en esta parte es donde el paciente expresa su marco de referencia, es la línea directriz de aquello que resulta razonable a sus ojos.

F) Las intervenciones principales.

- El intento de forzar algo que sólo puede ocurrir de modo espontáneo. Aquí el paciente padece una dolencia relativa a él mismo, no a otra persona. Pertenecen a este grupo la mayoría de los problemas de funcionamiento corporal o de rendimiento físico: rendimiento sexual (impotencia, eyaculación precoz, etc.), funcionamiento intestinal (estreñimiento, diarrea), función urinaria (urgencia, frecuencia, etc.) temblores, tics, espasmos musculares, problemas del apetito, tartamudeo, dolor imposible de aliviar, dificultades respiratorias, insomnio, sudor excesivo, problemas de carácter (depresión), obsesiones y compulsiones, bloqueos creativos y de la memoria. Normalmente el rendimiento de estas actividades es fluctuante. El paciente potencial define dichas fluctuaciones como problema, y toma voluntariamente determinadas medidas que sirvan para corregirlas y evitar su reaparición.

Tales medidas acostumbran a implicar un esfuerzo deliberado para asegurar un rendimiento normal o efectivo. Al realizarlo, el paciente potencial se ve atrapado por la dolorosa solución de tratar de imponerse un rendimiento que solo puede obtenerse de modo espontáneo o irreflexivo. También puede haber otras personas que participen en este esfuerzo generador del problema y colaboren inconscientemente en potenciarlo. En esta clase de problemas es posible conseguir la solución cuando el paciente sencillamente renuncia a sus intentos de autoacción y deja de esforzarse demasiado (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Como norma general se le pide implícitamente al paciente que renuncie a una conducta concreta cuando se le enseña explícitamente a que lleve a cabo otra conducta que de por sí excluya la conducta que se desea eliminar.

La estrategia global que a menudo se utiliza para solucionar problemas de rendimiento, se centra en invertir el intento del paciente de superar el problema para lo cual se le suministra unas razones y unas directrices que lleven al paciente a fracasar en su rendimiento.

- El intento de dominar un acontecimiento temido aplazándolo. Los pacientes que se ven atrapados por esta contradicción suelen quejarse de estados de terror o de ansiedad. Difieren un poco del anterior conjunto de dolencias, porque los estados de terror o de ansiedad pueden surgir y mantenerse sin necesidad de que intervenga nadie más (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Las fobias constituyen un excelente ejemplo de esta categoría, y nos brindan una clara ilustración acerca de cómo surgen y se conservan los problemas de este tipo. "la feliz idea de "que pasaría si....".

Esencialmente el intento básico de solución del paciente consiste en prepararse para el acontecimiento temido, de modo que ese acontecimiento pueda ser dominado con antelación. Se requiere de directrices y explicaciones que expongan al paciente a la tarea, al tiempo que exigen una ausencia de dominio (un dominio incompleto) de ella. El hilo conductor de las estrategias de solución ante los problemas de miedo-evitación es, por consiguiente, exponer al paciente a la tarea temida, al mismo tiempo que se le impide que se le acabe con éxito.

- El intento de llegar a un acuerdo mediante una oposición. Los problemas vinculados con esta solución implican un conflicto en una relación interpersonal centrado en temas que requieren de una mutua colaboración. Por norma general quien se pone en contacto con el terapeuta es la persona que piensa que la otra parte amenaza o niega la legitimidad de su propia posición. Se le pide que el solicitante de ayuda se coloque en una actitud de inferioridad, es decir, en una postura de debilidad.

Si el paciente abandonase sencillamente la solución ensayada sin dar ninguna explicación, la otra parte llegaría a pensar que todo sigue igual y que, en vez de quejarse, esta esperando en silencio el momento propicio (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Como la codificación que se requiere en la solución ensayada suele ser una variación difícil para el cliente, la intervención en estos problemas exige que el terapeuta se preocupe por la formulación o venta de la intervención, más que de establecer cuál es la acción concreta que debe realizar el cliente.

El cliente, necesita una explicación que le permita aprender a efectuar solicitudes cómodamente, en un estilo no autoritario, como por ejemplo: "Te estaría muy agradecido si tu.....". en conclusión la moraleja es: la compasión posee efectos más apaciguadores que la oposición.

- El intento de conseguir sumisión a través de la libre aceptación. Esta solución, que es una imagen refleja del intento de conseguir espontaneidad mediante la premeditación, puede resumirse en la siguiente afirmación: "Me gustaría que los hiciese, pero todavía me gustaría más que quisiera hacerlo". A la petición indirecta se contesta con un rechazo indirecto, y cada persona trata de convencer a la otra de expresarse de modo directo resulta inútil.

La solución que tiene lugar en todos aquellos problemas en los que el sujeto A pide al sujeto B que realiza algún acto o tome alguna decisión, y cuando B se resiste a la solicitud A trata de contrarrestar la resistencia de B señalando que lo que ha pedido es algo perfectamente justo y razonable. En efecto A le pide a B que deje de quejarse y de resistirse, y que haga voluntariamente lo que A quiere: una persona intenta obtener la sumisión de otra, al mismo tiempo que niega que este pidiendo tal sumisión. Lograr que la persona que solicita algo lo haga directamente, aunque la solicitud se formule de modo arbitrario. El terapeuta tiene que solucionar el problema de hallar forma de influir sobre el cliente con objeto de que lleve a cabo esta variación (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

- La confirmación de las sospechas del acusador mediante la autodefensa. En esta clase de problemas, por lo general, hay alguien que sospecha que otra persona realiza un acto que ambas partes consideran equivocado: infidelidad, exceso en la bebida, delincuencia, falta de honradez. Lo típico es que el sujeto A formule acusaciones acerca del sujeto B, y que se responda mediante la negación de las acusaciones y la autodefensa. Desafortunadamente la defensa de B suele confirmar las sospechas de A. El resultado es que A continua con sus acusaciones, B refuerza su defensa y así sucesivamente. "Juego del acusador y del defensor" Puede apreciarse en dificultades relacionadas con el trabajo ("sabemos que esta bebiendo durante la jornada de trabajo").

Este juego del acusador y del defensor puede finalizar mediante una intervención llamada "interferencia". Se trata de una intervención diseñada para reducir el valor informativo de la comunicación interpersonal, convirtiendo en inútiles los intercambios verbales entre dos partes al no haber modo de saber si realmente se están refiriendo a los hechos en cuestión (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

G) Las intervenciones generales.

- No apresurarse. El indicarle al paciente que no se apresure en la solución del problema constituye quizás la táctica que utilizamos con más frecuencia en nuestras intervenciones. En ciertos casos esta es la única intervención. Al cliente se le dice que no haga nada y, por supuesto, nada concreto. Solamente se le dan instrucciones generales y vagas: "Sería muy importante que esta semana no hiciese nada que provoque ulteriores avances". Necesita tomárselo con calma, de veras, no darse prisa, no trata de solucionarlo todo de inmediato. Tranquilícese no haga demasiado, esta semana. El mandato de no apresurarse, a menudo, habrá que darlo muy pronto, con bastante probabilidad en la primera sesión.

Creemos que esta táctica es de utilidad por que describe al terapeuta como alguien que no pretende obligar al paciente a que cambie, por lo menos con demasiada rapidez, cosa que provoca en dicho paciente una implícita necesidad de colaborar con cualquier consejo o sugerencia que formule el terapeuta a continuación. Evita que el paciente tenga una sensación de urgencia, que probablemente se ha visto alimentada por sus pertinaces intentos de "solucionar" el problema (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

- Los peligros de una mejoría. En este caso, se le pregunta al paciente si se haya en condiciones de reconocer los peligros inherentes a la solución del problema, el terapeuta siempre puede exponer algún inconveniente, para el cliente o para alguien que sea próximo a él, de la mejoría. Un único inconveniente dotado de credibilidad justifica la postura del terapeuta según la cual hay verdaderos peligros en una mejoría.

El terapeuta utiliza para sí, mismo esta táctica para presionar al paciente para que obedezcan nuevos encargos, después de que no a cumplido uno que antes se le había formulado.

- "Después de solucionar el problema de la forma que sea, ¿Con que es probable que se encuentren? ¿ en que consistiría el impacto global?". Respondan a la pregunta dejando que corra libremente su imaginación.

En algunos casos una intervención de este tipo, "los peligros de una mejoría" provocan un cambio significativo e incluso llega a ser todo lo que se necesita para solucionar la dolencia actual, en especial cuando se trata de problemas de ansiedad, sobre todo, en las ansiedades de rendimiento.

Si el cliente comprueba que la mejora no es un lecho de rosas, se sentirá menos obligado a acordarse a sí mismo para rendir más, y de esta forma conseguir una cierta distensión (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

- Un cambio de dirección. Por "Cambio de dirección" entenderemos que el terapeuta varía de postura, de directriz o de estrategia, y al hacerlo, le ofrece al cliente una explicación acerca de dicha variación.
- Suele requerirse un cambio de dirección cuando el cliente insiste en subestimar o rechazar el camino que le sugiere el terapeuta; así mismo, es probable que este se sienta frustrado por el cliente, también cuando el terapeuta sugiere a algo a lo que el cliente accede pero que más tarde se muestra como no productivo.
- Un principio básico de la terapia breve: aceptar lo que el cliente ofrezca y considere como puede ser utilizado en vez de discutir acerca de ello.
- Como empeorar el problema. A veces es posible causar un mayor impacto si se ofrecen una sugerencia en calidad de instrumento para que las cosas empeoren. Esto se suele hacer cuando el cliente ya se ha resistido a anteriores sugerencias, o se ha mostrado reticente a probar algo nuevo. Ya son se le dice al paciente lo que hay que hacer, solo se menciona implícitamente.

También puede adoptarse una postura de esta clase en forma interrogativa, no en una declaración positiva: "¿Sabe como lograr que el problema empeore?". Puede resultar útil en dos casos: al principio de la terapia, con clientes ambiguos o que ofrecen resistencia, o cerca ya del fin para reforzar el progreso obtenido (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

A continuación se menciona brevemente el marco de tratamiento de la escuela estratégica MRI enfocado hacia la atención de conductas adictivas, el terapeuta replantea la tentación de fumar como una necesidad absoluta con el objetivo del control definitivo. Luego, apelando a esta redefinición, alecciona al sujeto para que este se exponga deliberada y frecuentemente a la tentación, pero le ofrece al mismo tiempo un proceso ritual que, si es puesto en práctica, le permite resistir la tentación. Puede seguirse una estrategia similar ante numerosas clases de hábitos sin provocar un estado hipnótico.

No obstante, en cualquier forma o contexto que se utilice, el terapeuta debe evitar la trampa más peligrosa: urgir al paciente para que utilice su fuerza de voluntad con objeto de apartarse de la sustancia que provoca la adicción. El terapeuta hará que el paciente se exponga a la tentación, y paralelamente le suministrará algún ritual o mecanismo para resistir la tentación, un mecanismo que impida que el paciente tenga que luchar o vacilar ante la posible caída de la tentación (Fisch, Weakland y Segal, 1994).

Pero con algunos clientes resulta más efectivo un ritual aversivo. La efectividad de la intervención se incrementa cuando se le indica al cliente que utilice como factor aversivo una cantidad exagerada de la sustancia creadora del hábito, sobre todo si se le exige al cliente que la tome o ingiera a horas intempestivas. El disfrute de la sustancia prohibida se convierte entonces en tratamiento.

Tomando en cuenta las estrategias que se utilizan en este enfoque, consideramos que es el método con mayores beneficios para la empresa así como para el trabajador ya que la brevedad del tiempo de tratamiento implica no cesar al trabajador de sus actividades laborales así como el bajo costo que invertiría la empresa para el tratamiento lo cual se reflejaría no afectando la productividad de la institución.

CAPITULO 6

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN PEMEX REFINACION

El presente capítulo muestra los objetivos a perseguir por parte del Servicio Social dentro de la F.E.S. Zaragoza en la Carrera de Psicología, los propuestos por la institución así como los objetivos particulares y específicos que se plantearon ante la problemática existente dentro de PEMEX- REFINACION.

En este apartado también se contemplan todas y cada una de las actividades desarrolladas en el transcurso de prestación del Servicio Social que justifican las 780 horas reglamentarias así como también un breve resumen respecto a la ubicación de la institución.

6.1 OBJETIVOS

Objetivos De La Carrera de Psicología en la F.E.S. "Zaragoza":

- Adecuar el perfil profesional del psicólogo a los problemas prioritarios existentes en los trabajadores petroleros.
- Crear propuestas y mecanismos de acción con el fin de brindar atención adecuada y profesional a la problemática de estrés y Farmacodependencia a la base trabajadora de PEMEX- REFINACIÓN

Objetivos institucionales:

- Desarrollar una cultura de salud ocupacional, en PEMEX – REFINACIÓN para generar el bienestar de los trabajadores elevando así el nivel productivo de la institución.
- Formar un equipo multidisciplinario conformado por pasantes de las carreras de Psicología, Medicina y Trabajo Social quienes implementen programas para combatir el problema de farmacodependencia y estrés.
- Brindar atención multidisciplinaria de calidad a los trabajadores de PEMEX – REFINACIÓN.

Objetivos específicos:

- Crear programas diversos contra las problemáticas más comunes en la Institución coadyuvando al bienestar físico y mental de los trabajadores.

- Implementar formas de reeducación como métodos alternativos para la transmisión de información tales como: Trípticos, talleres vivenciales, pláticas, etc. Dirigidos a los trabajadores.

Objetivos particulares:

- Ser miembros de un equipo multidisciplinario, aportando y aplicando los conocimientos propios de la carrera de Psicología.
- Colaborar como Psicólogas en una Institución de prestigio como lo es PEMEX.

6.2 ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Asistencia al curso básico de salud ocupacional del 22 al 25 de noviembre de 1999. Duración: 20 horas.
- Revisión y análisis del Programa de Factores de Riesgo.
- Investigación teórica sobre estrés.
- Investigación teórica de Farmacodependencia (tabaquismo, alcoholismo y tóxicodependencia).
- Visitas a Alcohólicos Anónimos, Procuraduría General de Justicia, Centros de Integración Juvenil, Consejo Nacional Contra las Adicciones.
- Elaboración del programa contra Estrés y Farmacodependencia en PEMEX- REFINACION.
- Propuesta de aplicación del programa de Atención a Farmacodependencia en PEMEX- REFINACION.
- Impartición de plática sobre alcoholismo.
- Elaboración y creación de trípticos sobre Farmacodependencia y estrés.
- Colaboración en el proyecto de talleres sobre estrés.
- Impartición de plática de estrés a los trabajadores de la institución.
- Asistencia a pláticas sobre "diabetes mellitus", "hipertensión arterial", "tai-chi", "como y porque realizar tu testamento".
- Realización de Análisis cualitativo y cuantitativo de los reportes mensuales de los CENDI'S (Centros de Desarrollo Infantil) a cargo de PEMEX-REFINACION.
- Creación de nuevos formatos para reportes de actividades cualitativas y cuantitativas que reflejaran de forma ágil las actividades y problemas derivados de los CENDIS a cargo de PEMEX- REFINACION.
- Notas informativas de los reportes recibidos de los diversos CENDI'S.
- Visita guiada a las instalaciones de los CENDI'S "Castillo de Chapultepec" y "Verónica" en oficinas centrales.
- Formación e integración de una carpeta que lleve el seguimiento de los CENDI'S a nivel nacional.

6.3 CARACTERÍSTICAS DE UBICACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

1.- Delegación Política.

La delegación Miguel Hidalgo surge de la fusión urbana de la fértil zona hacendaria de Tacuba y Tacubaya.

Localización Geográfica: Colinda al oeste con el Estado de México, al norte con Azcapotzalco, al sur con Cuajimalpa, Álvaro Obregón, Benito Juárez y al este con la delegación Cuahutémoc.

El territorio de la delegación Miguel Hidalgo está asentado en una superficie de 47.28 KM² que representa el 3.17% de la superficie total del Distrito Federal. El espacio territorial de la delegación está dividido en 85 colonias: hacia el sur 27 colonias residenciales donde existe la mayor concentración de áreas verdes, grandes construcciones modernas y una basta actividad comercial y de servicios; al norte: 58 colonias populares que conforman la dinámica poblacional en pequeño.

Miguel Hidalgo: total de población 351 846 de los cuales 159 006 son hombres y 192 840 son mujeres (INEGI , Censo de Población y Vivienda 1999).

La población económicamente activa es de 346 292 personas que representan el 85.11% de la población en total.

La delegación Miguel Hidalgo destaca por la alta concentración y dinamismo empresarial sobre todo de giros y establecimientos comerciales y de servicios, los cuales representan el 51% y el 40% del total respectivamente. Ocupa el primer lugar en el D.F. por el número de empleados en cada empresa.

La relación por establecimiento Comercial es de 4 a 1 y de servicios de 10 a 1. empleados respectivamente.

Entre los servicios con los que cuenta la delegación Miguel Hidalgo se encuentran red de alumbrado con 26 700 piezas; drenaje con una red secundaria de 1 001 KM. Agua potable con una red secundaria de 847 KM. Además cuenta con 4 vialidades principales: Periférico, Viaducto, Circuito Interior y Río Sn. Joaquín. Cuenta también con 16 avenidas principales y su carpeta asfáltica es de 6 842 500 M².

La delegación en estudio cuenta con 34 hospitales, 20 Cendis, 12 escuelas de educación especial, 44 jardines de niños, 65 escuelas de educación primaria, 23 escuelas de educación secundaria, 10 escuelas nivel medio superior, 12 escuelas de nivel superior, 34 bibliotecas y 14 museos.

ANALISIS

PEMEX-Refinación es una de las instituciones más importantes del país que cuenta entre sus principios fundamentales: Ser la empresa líder dentro de la rama de refinación a nivel nacional, enfocando su atención en conseguir un alto desempeño en seguridad industrial y protección ambiental contando con trabajadores en óptimas condiciones de salud; obteniendo así una mejor eficiencia laboral a través de la Custodia; administración de recursos humanos, Cumplimiento; administración de riesgos, Seguridad industrial y **Salud ocupacional**; capacitación y aprendizaje.

Retomando lo dicho por el Director General de Petróleos Mexicanos en el año de 1998, que la letra dice: "El factor humano es el recurso más valioso de una empresa, ya que el éxito de la misma radica en un alto porcentaje de su desempeño, por ello es importante mantener un nivel óptimo de salud". Estableciendo que no hay activo más importante que el capital humano y que este se constituye por personas sanas.

Derivado de la premisa anterior y para dar seguimiento a esta política se crea el grupo Multidisciplinario de Salud Ocupacional en PEMEX -Refinación cuyas tareas principales son: Identificar, evaluar y controlar los agentes de exposición laboral de los trabajadores en su campo de acción, así como factores de riesgo para la salud derivados del estilo de vida. Este grupo en coordinación con la gerencia de Recursos Humanos y la gerencia de Servicios Médicos ponen en marcha el Programa "Factores de riesgo", que consistió en llevar a cabo una evaluación médica completa a los trabajadores, los resultados obtenidos de este programa reportan que una gran cantidad de trabajadores de PEMEX Refinación presentan enfermedades como: hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, enfermedades vasculares, cáncer así como también predisposición a desarrollar alguna enfermedad como obesidad, tabaquismo, o el consumo de alguna sustancia tóxica como alcohol, cocaína, marihuana, etc.

Debido a los resultados derivados del programa "Factores de Riesgo" la Gerencia de Recursos Humanos a través de la Superintendencia de Evaluación Médica y Prestaciones Sociales se da a la tarea de buscar mecanismos que solucionen la situación actual de la salud de los trabajadores y el ambiente laboral de la institución, para así cumplir sus objetivos primordiales, empleando como primer estrategia la solicitud de prestadores de servicio social del área de psicología quienes se darán a la tarea de analizar la problemática suscitada y plantear propuestas de solución

Ante las necesidades planteadas de la institución el inicio del trabajo del área de psicología consistió en la revisión y evaluación de los resultados del programa de "Factores de riesgo", donde surge el supuesto de que las diferentes enfermedades detectadas son a consecuencia de un inadecuado estilo de vida; sedentarismo, malos hábitos alimenticios, producidos por vivir con altos niveles de estrés.

Dentro del mismo análisis se encuentra un incremento de accidentes de trabajo a consecuencia en algunos casos de farmacodependencia (alcoholismo, consumo de cocaína, marihuana, anfetaminas, etc.).

En vista de los resultados del análisis antes descrito el área de psicología plantea crear actividades que coadyuven al bienestar físico y mental del trabajador, implementando métodos de información, que ayuden a concientizar al trabajador, además de propiciar la atención como un factor necesario para fomentar una cultura de salud y obtener beneficios tanto para la base trabajadora como para la empresa misma.

Las actividades realizadas dentro de la institución fueron la impartición de pláticas informativas acerca de la problemática de estrés y farmacodependencia, la elaboración y difusión de trípticos informativos acerca de estos temas, encontrando gran aceptación e interés por parte de los trabajadores tanto en la información así como en los métodos de solución. Ante esta situación surge la inquietud de realizar un proyecto llamado "Programa de Atención a Farmacodependencia en PEMEX- REFINACIÓN", el cual atenderá las necesidades de la institución, mejorando el estilo de vida de los trabajadores a través de tres programas: Prevención, Pre - rehabilitación y Atención, fundamentada por una amplia investigación bibliográfica la cual da como resultado la elaboración del programa de atención antes mencionado, no pudiéndose llevar a cabo por falta de tiempo, presupuesto y la nula disposición sindical, sin embargo el proyecto queda apto para ser llevado a cabo en el momento que más le sea conveniente a la institución.

La inquietud principal para realizar el servicio social dentro de PEMEX fue el colaborar como psicólogas en una institución de prestigio y poder aplicar y aportar los conocimientos propios de la carrera de psicología en el área clínica, analizando, evaluando y proponiendo alternativas de solución a las problemáticas existentes dentro de la institución. Lo enriquecedor fue la propuesta de trabajo ya que las actividades son propias del área de psicología resaltando la visión y apoyo del Lic. Marco Antonio Hernández Caldera Superintendente del área de Evaluación Médica y Prestaciones Sociales, en la libertad de la dinámica de trabajo y la aceptación de propuestas. La experiencia que deja el haber realizado el servicio social en esta institución es enfrentarse y desarrollarse en el campo laboral propio de la carrera y formar parte de un equipo de trabajo.

Gracias al enfrentamiento que proporciona el Servicio Social en el área laboral se realizan aportaciones con el fin de mejorar el plan de estudios de la Facultad de Estudios Superiores "Zaragoza" como son: materias que proporcionen la metodología para la creación de programas, ahondar en los mecanismos de tratamiento en los temas de estrés y farmacodependencia y no sólo se abarquen a nivel teórico. Que la materia de programación en teoría y práctica aporte conocimientos sobre la creación de material informativo (dípticos, trípticos, carteles, etc.).

En la materia de Seminario de Tesis que se realice de manera más específica e incluya la diversidad de mecanismos de titulación, así como la enseñanza en el área clínica de modelos en psicoterapia, la difusión de diplomados con costos moderados o mejor aún que se contemplen dentro del plan de estudios.

Como psicólogas con formación académica dentro de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y gracias al plan de estudios, se adquirieron habilidades de investigación, análisis y conocimientos teóricos, donde se obtuvieron fortalezas en la intervención a nivel comunitario gracias a la actividad instruccional de la materia de servicio, la formación de un criterio amplio que se obtiene a través del sistema modular de seminario, el impulso por la investigación con la actividad instruccional de sesión bibliográfica y laboratorio experimental, logrando cumplir el objetivo principal del Servicio Social que fue la creación de propuestas y mecanismos de acción con el fin de brindar atención adecuada y profesional a la problemática de estrés y Farmacodependencia en PEMEX- Refinación.

Como un aporte más, recibido a lo largo de la formación académica, se cuenta con una visión amplia enfocada en la psicología comunitaria la cual centra su atención principalmente en la prevención, sin embargo la expectativa de trabajo, trasciende hasta la atención que se basa en la terapia breve con el enfoque estratégico del Mental Research Institute (escuela de Palo Alto) el cual fue elegido dentro de un sin fin de enfoques terapéuticos como el más apto ya que se adecua a las necesidades de la institución y por la brevedad del tratamiento es el más propicio para que el grupo de psicología lo lleve a cabo.

CONCLUSIONES

De lo expuesto anteriormente queda implícito que PEMEX- REFINACION es una empresa líder en México, y por su gran importancia que como institución tiene, requiere de trabajadores en óptimas condiciones de salud.

Es por ello que se creó el Programa Factores de Riesgo implementado en 1998 por la institución, con el cual se evaluó de manera particular la condición de salud de sus trabajadores en donde se reportaron altos índices de enfermedades, malos hábitos higiénicos- dietéticos, tabaquismo, entre otros.

Una vez analizado lo anterior se concluye que el estrés es un causante de farmacodependencia y enfermedades en los trabajadores, por lo cual se propone y se crea el Programa de Atención a Farmacodependencia en PEMEX - Refinación basado en la psicología comunitaria la cual comprende tres niveles de intervención ante una problemática existente (prevención, diagnóstico oportuno y atención), viéndose beneficiada en gran escala la institución ya que brindaría la atención oportuna a la totalidad de la población trabajadora.

El primer programa contempla a los trabajadores en general ofreciendo alternativas (trípticos, microtalleres, etc.) para controlar el estrés y así evitar caer en la farmacodependencia, en el segundo a través del taller "El Estrés Como Desencadenante De Conductas Adictivas", los trabajadores tendrán la oportunidad de autoevaluarse para detectarse como posibles prospectos, así como los canalizados por Servicios Médicos para la siguiente fase, que consiste en dar atención terapéutica al individuo reduciendo la duración así como los efectos negativos de los trastornos producidos por el estrés y la farmacodependencia. Cabe mencionar que en la fase de atención la propuesta terapéutica será llevada a cabo en un lapso breve de tiempo (10 sesiones), dentro de las mismas instalaciones en un área física exclusiva para este tipo de tratamiento, el beneficio se vería reflejado en los trabajadores ya que no incluye la incapacidad laboral, evitando la canalización a otras instituciones que presten dicho servicio con altos costos, mejorando así su desempeño a la brevedad posible, recibiendo una prestación más en pro de su salud y calidad de vida.

Las ventajas que obtendrá la institución al llevar a cabo el programa se verán reflejados en la disminución de accidentes de trabajo, ausentismo, aumento en la productividad laboral, en la rentabilidad y prestigio de la empresa y sobre todo mejorando a su principal activo: "la salud de sus trabajadores".

El programa cumple con las expectativas de solución hacia el problema ya que la Superintendencia de Evaluación Médica y Prestaciones Sociales lo aprueba y de ser posible se compromete a facilitar los recursos económicos, materiales y humanos para poner en marcha el programa.

El servicio social brinda experiencia al estudiante para enfrentarse al campo laboral, a la toma de decisiones, incrementa la creatividad y llevar a la práctica los conocimientos adquiridos durante la formación académica. Además podemos echar mano de todas las áreas de la psicología: Clínica, Industrial, Educativa y Social como en el caso de este trabajo, en el cual se aplicaron todos los conocimientos, de dichas áreas.

El programa se puede aplicar en la comunidad en general por el contenido que este maneja ya que tanto el estrés como la farmacodependencia son enfermedades que aquejan actualmente a toda la sociedad.

Pudiendo resaltarse que el trabajo se rige por el principio de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza "Lo Humano Eje de Nuestra Reflexión".

BIBLIOGRAFÍA

1. Alarcón, C. Et all. Toxicomanías, un enfoque Multidisciplinario. Edit. Paidós. 1981.
2. Alexander, J. (1989). El artículo de Jack Alexander sobre Alcohólicos anónimos. Central mexicana de servicios generales de A.A., A.C. 10 (94), P. 3-20.
3. Anónimo. (1995). A.A en prisiones. Plenitud A.A. XVIII (76), Pp. 33-37.
4. Aronson, M., Hagberg, B. (1998) Neuropsychological disorders in children exposed to alcohol during pregnancy: a follow-up study of 24 children to alcoholic mothers in Goteborg, Sweden. Alcoholism: clinical and experimental research. 22 (2), P. 321-324.
5. Baccaro, A. Venciendo al estrés: Como detectarlo y superarlo. Editorial Lumen. Buenos Aires, 1994.
6. Bach, F. Mata, R. El Estrés. Ministerio de Salud (artículo), 1997.
7. Balley, L. Et all Guía de la Psicología y la Salud. Editorial Harla, 1981.
8. Burns, S., Burns, K. Las Bases Medicas Del Estrés, Depresión, Angustia, Insomnio y Drogadicción. 1990. <http://www.bigteacher.com/>.
9. Calderón, G. Salud Mental Comunitaria. Edit. Trillas, México 1992.
10. Centro de Tratamiento Contra el Tabaco. Al fin libre. 1997. Artículo.
11. Centros de Servicios y Atención Ciudadana. Monografía. Delegación Miguel Hidalgo, 1996. P. 23, 121 – 164.
12. -CESAAL. (1997) Tratamiento del síndrome de abstinencia del alcohólico, p.p.1-6.
13. CESSAL. (1993), Que sabe usted sobre el alcoholismo.
14. Código Penal, 1983.
15. CONADIC. Programa Contra la Farmacodependencia. 1992 – 1994. P. 20 –38, 70.
16. Consumptom Tabacco , 1999. Artículo.
17. Davis, M. Et all. Técnicas de auto-control emocional. Editorial Martínez Roca. Barcelona, 1985.
18. Departamento de Servicio de Salud de California. Madres sanas, niños sanos.1991. Artículo.
19. Estrategia nacional para el control de drogas.1998.
20. Farré, J., Facund, E. Enciclopedia de la Sexualidad. Editorial Océano, Barcelona España, 1998.
21. Fish, Weakland y Seagal. La táctica del cambio. Edit. Herder.1989.
22. Fontana, D. Control de estrés. Editorial Trillas.1992.
23. Frenk, J. Ceremonia Conmemorativa del Día Mundial sin Tabaco 2001. <http://www.ssa.com.mx/>
24. Hudson O´Hanlon Willam. Raíces Profundas. Edit. Paidós, Barcelona 1993.

25. Hudson y Weiner. En busca de soluciones. Edit. Paidós, Barcelona 1989.
26. Jacobson, W. Alcoholism: Clinical and experimental research. 1998. Vol. 22 N. 2
27. Wittezaele, J., García, T. La escuela de Palo Alto. Edit. Herder, Barcelona 1994.
28. Kingdon, A. Et all. El goce de vivir. Barcelona, 1991.
29. Lajous Adrián. El orgullo de trabajar en PEMEX. SIASPA, manual de inducción, 1998.
30. Lancaster, J. Enfermería Comunitaria: Modelos de Prevención de la Salud Mental. Edit. Interamericana, México 1993.
31. Lazarus, R., Solon, F. Estrés y procesos cognitivos Editorial Roca 1985.
32. Materazzi, M.A. Salud Mental, una Propuesta de Prevención Permanente. Edit. Paidós.
33. Medina M. Examen toxicológico de drogas de abuso (mal llamado antidoping). Editorial Planeta, 1999. P. 1-36.
34. Moreno, K. Cómo Proteger a tus Hijos Contra las Drogas. Centros de Integración Juvenil, México 1999.
35. Nottidge, P. Stress y superstress. Editorial Harla 1978.
36. Panorama epidemiológico del consumo de drogas en 1993. (1996). Centros de Integración Juvenil. P. 5-59.
37. PEMEX Refinación, Servicios Médicos. Guía: Manejo de casos en que se detecte a trabajadores laborando bajo los efectos de bebidas alcohólicas, narcóticos o drogas enervantes en centros de trabajo. Noviembre 1994.
38. Puente, S. Estrategias preventivas frente al tabaquismo. (implicaciones para el año 2000). COMECTA. 1999.
39. Rosenfell, A. Consumo de Drogas, Adicciones y Ámbitos Laborales. 1985. P. 48-124.
40. Troch, A. El estrés y la personalidad. Edit. Herder, 1982. P. 31-32.
41. U.N.A.M. Stress. Síndrome general de alarma. Manual de prácticas, Bases Biológicas de la Conducta. F.E.S. Zaragoza. México, 1990.
42. Valdés, M., Flores, T. Psicobiología del estrés Conceptos y estrategias de investigación. Edit. Martínez Roca. Barcelona 1985, p. 15-18.
43. Velasco, H. Esa Enfermedad Llamada Alcoholismo. Edit. Trillas. México, 1998.
44. Watzlawick Paul. El lenguaje del cambio. Edit. Herder, Barcelona, 1978.
45. Watzlawick, Helmick y Jackson. Teoría de la comunicación humana. Edit. Tiempo contemporáneo, Buenos Aires Argentina 1976.
46. Watzlawick, Weakland y Fish. Cambio. Edit. Herder, Barcelona 1994.

ANEXOS

Anexo 1

GLOSARIO.

- **ANALGÉSICO.** Se denomina así al fármaco o remedio que anula o atenúa el dolor, de cualquier origen y naturaleza.
- **ANFETAMINAS.** Corresponden al grupo de las aminas de acción directa, provocando confusión, agresividad entre otros.
- **ANSIOLÍTICO.** Sustancia o medicamento que disminuye estados de ánimo llenos de inquietud.
- **APATIA.** Ausencia o supresión de emociones, sentimientos, preocupaciones o pasión por algo; indiferencia frente a acontecimientos que por lo general se consideran estimulantes o atractivos.
- **BRADICARDIA.** Latido cardíaco lento en relación con la media normal de la frecuencia de los latidos cardíacos (70-80 por minuto).
- **BRADIPNEA.** Respiración lentificada por la dificultad que sobreviene en la fase inspiratoria de la respiración.
- **CIRROSIS.** Enfermedad crónico degenerativa del hígado causada por abuso crónico del alcohol.
- **ESTEREOTIPIA.** Repetición mecánica persistente e inadecuada de acciones, posturas corporales o patrones de lenguaje que suelen acompañarse de una falta de variación en las ideas o procesos de pensamiento.
- **ESTUPOR.** Estado psicopatológico caracterizado por la ausencia completa de voluntad e indiferencia total por el ambiente que se acompaña de una postración física extrema, apatía y ausentismo.
- **EUFORIA.** Sentido anormal o exagerado de bienestar físico y emocional, sin una base real, desproporcionado con su causa o inadecuado con la situación tal como sucede en los estados de intoxicación.
- **HIPOTENSIÓN.** Disminución de la presión arterial por debajo de los niveles normales (120/ 80).

- **MARIHUANA.** Su nombre botánico es *cannabis sativa*. La que procede de las siguientes raíces: *cannabis* que significa cáñamo, *sativa* plantada o diseminada. Existen tres variedades de *cannabis* que se denominan *cannabis indica*, *cannabis americana* y *cannabis mexicana*. Las hojas son palmeadas su ciclo de cultivo es anual y a sus principios activos se le denominan *cannabinoides*.
- **MDMA (EXTASIS).** Su estructura química se relaciona con la anfetamina como estimulante y un alucinógeno que es la mezcalina, induce a una mayor empatía, dificultad para la concentración, taquicardia e irritabilidad.
- **METANFETAMINA.** Es un análogo químico de la anfetamina que presenta una mayor facilidad para atravesar la barrera del encéfalo, se denominan de forma común como CRAN, CRANK, METH cuando son utilizadas por vía oral o parenteral y como ICE y CRISTAL cuando es fumada.
- **MIOSIS.** Es la constricción del orificio pupilar ocular.
- **NARCOTICOS.** Sustancia que produce insensibilidad, euforia, lentitud mental. Su utilización repetida puede producir dependencia física y psicológica.
- **NEUROPATIA.** Inflamación y degeneración de los nervios periféricos.
- **NICOTINA.** Sustancia incolora, de acción tóxica rápida que se encuentra en el tabaco, siendo una de las principales responsables de sus efectos nocivos.
- **OPIACEOS.** Son narcóticos obtenidos de forma natural o semisintética del opio contenido en el bulbo de la amapola, se siembra en climas tropicales o semitropicales obteniéndose una cosecha anual entre los meses de marzo y mayo. El opiáceo que se consume con mayor frecuencia es la heroína, que se adultera frecuentemente con sustancias como: leche en polvo y café entre otros. Como la morfina, la codeína, etc.
- **PARANOIA.** Trastorno psicopatológico caracterizado por un cuadro delirante persecutorio y de grandeza de comienzo rápido.

- **PSICOSIS.** Conjunto de trastornos mentales causados por lesión o disfunción cerebral a consecuencia del abuso de sustancias tóxicas, se caracteriza por una alteración extrema de la personalidad.
- **S.N.C.** Sistema Nervioso Central.
- **TOXICO.** Prefijo que significa veneno.
- **VASOCONSTRICION.** Estrechamiento de la luz de un vaso sanguíneo.

¿QUE DEBO HACER?

DEJA QUE TU CUERPO LOGRE EL EQUILIBRIO POR SI MISMO:

➤ REALIZA UNA DIETA BALANCEADA QUE AYUDE A REEQUILIBRAR TU ORGANISMO. (COME UNA ENSALADA DIARIA, TOMA AZÚCAR EN FORMA DE CARBOHIDRATOS COMO: CEREALES, ARROZ, SÉMOLA, PAN Y PAPAS, RECUERDA QUE ES CON MODERACIÓN).

➤ DISMINUYE EL CONSUMO DE CAFÉ, LO PUEDES REEMPLAZAR POR FRUTA DE TEMPORADA.



➤ DISMINUYE EL USO DE: COCA-COLA, CAFÉ, ALCOHOL, TABACO, ETC. (TIP: LAVANDOTE CONTINUAMENTE LOS DIENTES SE MITIGA EL GUSTO HACIA ESTAS SUSTANCIAS).

➤ ELIMINA EL USO DE CALMANTES YA QUE A DIFERENCIA DE OTRAS SUSTANCIAS QUE SE PUEDEN TOMAR CON MODERACION LOS CALMANTES EVITARAN QUE TU CUERPO RECUPERE SU EQUILIBRIO. NO DEJES DE CONSULTAR A TU MEDICO PARA QUE TE DE INDICACIONES NECESARIAS.

➤ EFECTUA EJERCICIOS FISICOS Y DE RESPIRACIÓN YA QUE TE AYUDAN A RELAJARTE Y A CONTROLAR TU ESTRÉS (ACUDE A EL DEPORTIVO RENAVIDES Y PRACTICA TU DEPORTE FAVORITO).



➤ SI TOMAS ESTAS MEDIDAS EN CUENTA Y AUN NO HAS LOGRADO REEQUILIBRARTE BUSCA AYUDA PROFESIONAL ACUDIENDO A TU CLINICA CORRESPONDIENTE.



PEMEX- REFINACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE FINANZAS Y
ADMINISTRACIÓN
GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS
SUBGERENCIA DE DESARROLLO HUMANO

REALIZACIÓN:

PSIC. ANA GABRIELA CUEVAS GÁLVEZ
PSIC. CLAUDIA GONZÁLEZ CORONA
PSIC. SILVIA SALINAS CASTELLANOS

PARA MAYOR INFORMACIÓN COMUNICATE A:
SUPTCIA. GRAL. DE EVAL. MED. Y PREST. SOC.

EXT. 25824

23305

"EL CUERPO ES UNO Y TIENE MUCHOS MIEMBROS, SIN EMBARGO TODOS LOS MIEMBROS DE ESE ÚNICO CUERPO, SIENDO MUCHOS SON UN SOLO CUERPO"

¡ CUIDALO !

PEMEX- REFINACIÓN ESTÁ CONTIGO

EL MAL QUE TODOS PADECEMOS Y POCOS LO LIBRAMOS



APRENDE A CONTROLARLO

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

SABIAS QUE ...

DEFINITIVAMENTE VIVIMOS EN UNA SOCIEDAD CUYA CARACTERÍSTICA FUNDAMENTAL ES EL CAMBIO ACELERADO, CONSIDERANDO QUE EL ESTRÉS SIGNIFICA CAMBIOS RÁPIDOS QUE AFECTAN AL ORGANISMO, ES EVIDENTE, QUE ESTE, SE CONVIERTA EN UN PROBLEMA DE TODOS LOS DIAS



CUANDO PADECES DE ESTRÉS, ENTRAS EN UN ESTADO DE DESEQUILIBRIO FÍSICO Y MENTAL QUE HACE QUE TE SIENTAS TERRIBLEMENTE MAL, SIENTES QUE NO PUEDES CON LA VIDA.



TODOS EXPERIMENTAMOS ESTOS PERIODOS DE DESEQUILIBRIO, PERO LAMENTABLEMENTE GRAN PARTE DE TUS AMIGOS, COMPAÑEROS Y CONOCIDOS SON PERSONAS QUE NO PUEDEN MANEJAR EL ESTRÉS COTIDIANO DE LA VIDA.



CUANDO SUPRES DE ESTRÉS Y NO TE SIENTES BIEN, NORMALMENTE HARAS ALGO PARA SENTIRTE MEJOR Y MUCHAS VECES SIN SABERLO UTILIZAS SUSTANCIAS QUE TE AYUDAN A SENTIRTE MEJOR, SIN EMBARGO ESTA MEJORIA ES MOMENTANEA YA QUE SU FUNCION ES DARLE UN EQUILIBRIO TEMPORAL AL ORGANISMO. ESTAS SUSTANCIAS SE PUEDEN COMER, BEBER INYECTAR O INHALAR.

ESTAS SUSTANCIAS SON:

• AZUCARES. SE UTILIZA PARA AUMENTAR EL NIVEL DE AZUCAR EN LA SANGRE, TE REANIMA Y POR UN MOMENTO TE HACE SENTIR MEJOR (LECHE, MIEL, AZUCAR, ENDULZANTES ARTIFICIALES DE MAIZ).



• CAFEÍNA. ES UNA DROGA QUE ENTRA DIRECTAMENTE AL CEREBRO Y CAUSA AUMENTO EN TU ESTADO DE ANIMO. (CAFE, TÉ NEGRO, CHOCOLATE, PEPERSCUS DE COLA).



• ALCOHOL. AYUDA A ELEVAR EL FUNCIONAMIENTO CEREBRAL, HACE QUE TE SIENTAS CON ENERGIA Y AGRESIVO, DISMINUYE LA SENSACION DE DOLOR Y AUMENTA EL PLACER. (CERVEZA, VINO, WISKY Y LICORES).

• TABACO Y TÓXICOS. SON QUÍMICOS QUE AUMENTAN LA FUNCIÓN CEREBRAL, SON MUY UTILIZADOS Y EXTREMADAMENTE PODEROSOS. (CIGARRROS, PUROS, MARIHUANA, COCAINA, ANFETAMINAS, HEROÍNA, ETC).



• ADRENALINA. BUSCAS ACTIVIDADES QUE TE MANTENGAN ALERTA A BASE DE TU PROPIA ADRENALINA. (ADICTOS AL TRABAJO, COMPRAS, APOSTAR DINERO Y A JOBES EMOCIONANTES O PELIGROSOS).

• SOLVENTES. TIENEN UNA FUNCIÓN SIMILAR AL ALCOHOL, CUANDO SON INHALADOS ENTRAN DIRECTAMENTE A LA SANGRE Y ACTUAN DENTRO DEL CEREBRO (ACETONA, THINER, PINTURAS, PEGAMENTOS Y GASOLINA).



• CALMANTES SON MEDICINAS QUE TEMPORALMENTE FORZAN AL CUERPO A TRANQUILIZARSE Y DORMIR.



UNOS SON MÁS PELIGROSOS QUE OTROS PERO TODOS AFECTAN AL ORGANISMO.

¡¡¡CUIDADO!!!

EL ERROR MÁS GRANDE QUE PUEDES COMETER PARA MANEJAR EL ESTRÉS ES EL USO Y ABUSO DE ESTAS SUSTANCIAS PORQUE FORZAS A TU CUERPO A EQUILIBRARSE, ALGUNAS VECES TE SENTIRÁS BIEN Y OTRAS MAL PERO TU CUERPO NUNCA LOGRARA EL EQUILIBRIO POR SI SOLO...

EXISTEN DIVERSOS TIPOS DE USO EN ESTAS SUSTANCIAS:

• DE MANTENIMIENTO; SE NECESITA DE CONSTANTE DOTACION DE ALGUNA O ALGUNAS SUSTANCIAS QUE SON UTILIZADAS COMO "MEDICINAS" QUE TE PROVEEN DE ENERGIA MOMENTANEA.



• DESENFRENADO; EL USO DE LA O LAS SUSTANCIAS NO ES DIARIO PERO CUANDO SE LLEGA A INGERIR ES DE FORMA DESMEDIDA LO CUAL TE HACE SENTIR BIEN POR MUCHO TIEMPO.

• ESTOS USOS PROVOCAN DEPENDENCIA PSICOLOGICA Y A VECES FISICA (ESTO QUIERE DECIR QUE TU CUERPO O TU MENTE NECESITAN INGERIR CANTIDADES MAYORES DE ESTAS SUSTANCIAS), YA QUE EL CUERPO SE ADAPTA FACILMENTE A ELLOS Y POR LO TANTO SE PUEDEN DESENCADENAR SERIAS ENFERMEDADES ADICTIVAS E INCLUSO LA MUERTE.



ESTAS SUSTANCIAS CAUSAN UN EFECTO DE REBOTE, ESTO QUIERE DECIR QUE RAPIDAMENTE TE HACEN SENTIR BIEN, PERO CON LA MISMA RAPIDEZ TE HACEN SENTIR MAL.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Un buen comienzo para relajarse es saber respirar, a continuación te mencionamos como lograrlo:

- ⇒ Colocate en una posición que te sea cómoda.



- ⇒ Expira todo el aire que tengas acumulado.

- ⇒ Lentamente.... comienza a inhalar el aire... llenando pulmones y estómago al mismo tiempo...

- ⇒ Conservando el aire dentro de ti... cuenta hasta seis.

- ⇒ Exhala el aire lentamente...

- ⇒ Inhala lentamente... sintiendo como el aire recorre desde tu nariz ... hasta tus pulmones.



- ⇒ Exhala lentamente...

- ⇒ Repite el ejercicio dos veces más y reincorpórate a tus actividades.



Nota.- Evita realizar esta técnica después de tus alimentos, ya que te puede producir somnolencia.



PEMEX - REFINACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE FINANZAS Y ADMINISTRACIÓN

GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

SUBGERENCIA DE DESARROLLO HUMANO

REALIZACIÓN:

PSIC. ANA GABRIELA CUEVAS GÁLVEZ

PSIC. CLAUDIA GONZÁLEZ CORONA

PSIC. SILVIA SALINAS CASTELLANOS

PARA MAYOR INFORMACIÓN COMUNICATE A:

SUPCTIA. GRAL. DE EVAL. MED. Y PREST. SOC.

EXT. 25824
23305

**"POR QUE PARA PEMEX - REFINACION ERES
SU MAS ALTA PRIORIDAD, SE PREOCUPA
POR TU SALUD"**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¿ESTAS ESTRESADO?



**ESTO ESTA
CREADO A TU
MEDIDA.**

¿Que es el estrés?

La palabra estrés significa tensión, esfuerzo intenso o agotador. Pero, para tu cuerpo el estrés es sinónimo de cambio.

Cualquier cosa que produzca cambios en tu vida, causa estrés no importa si estos son "positivos" o "negativos", ambos son estresantes:



Negativos:

- ⊗ Muerte de un familiar.
- ⊗ Divorcio.
- ⊗ Enfermedad.
- ⊗ Accidentes.
- ⊗ Problemas laborales.
- ⊗ Pérdida del empleo.
- ⊗ Dormir menos de 8 horas.
- ⊗ Exceso de trabajo.

Positivos:



- ⊗ Contraer matrimonio.
- ⊗ Cambio de casa.
- ⊗ Nuevo trabajo.
- ⊗ Vacaciones.
- ⊗ Reconciliación con la pareja.
- ⊗ Nacimiento de un hijo.

¡Aprenda a detectarlo!

Cuando el estrés aumenta a tal grado, sus síntomas iniciales son:

- ⊗ Dolores musculares en cabeza, cuello, espalda y hombros.
- ⊗ Irritabilidad (enojo por situaciones que no tienen importancia).
- ⊗ Problemas para dormir (Insomnio).
- ⊗ Angustia (se incrementan tus errores en el trabajo, casa, escuela, etc. y te desesperas).
- ⊗ Fatiga (cansancio la mayor parte del día, no terminas con tus tareas).

!!!Cuidado!!!

Si tu sufres de estrés constante puedes llegar a padecer las siguientes enfermedades:

- Gripes continuas.
- Gastritis.
- Úlceras Gástricas.
- Hipertensión arterial.
- Infartos.
- Embolias.
- Alta predisposición al cáncer.
- Depresión.

Tips para disminuir el estrés

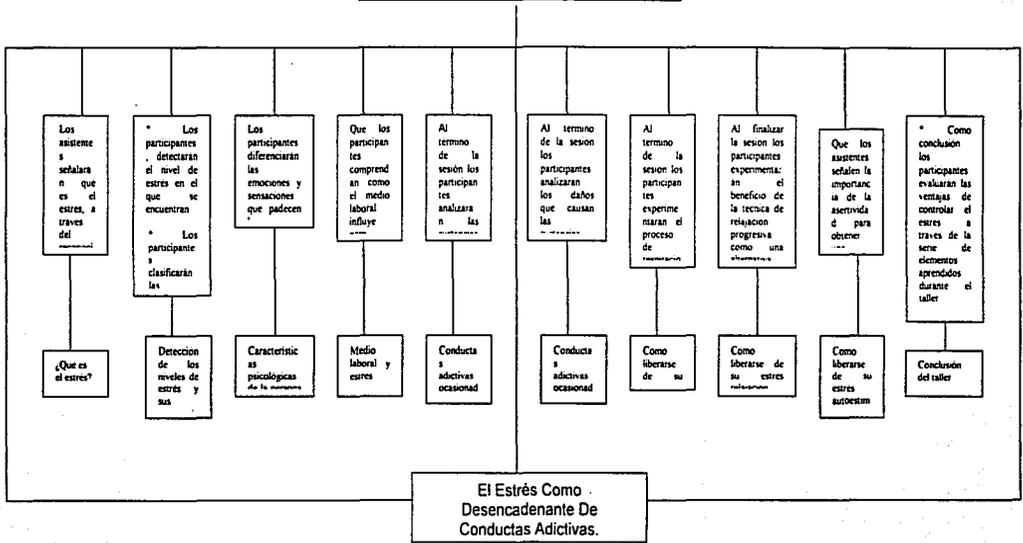
- * Dedicar más tiempo al esparcimiento y recreación con tu familia. 
- * Reduce tus compromisos sociales. (fiestas, convivios, dedícale más tiempo a tu descanso)
- * Establece un horario para dormir (mínimo 8 horas diarias) 
- * Di no con mayor frecuencia (expresa adecuadamente tus sentimientos, aprende a negociar, no te sobrecargues de actividades que te dificulte cumplir) 
- * Organiza tu tiempo y haz prioridades.
- * Disminuye de tu dieta grasas e irritantes.
- * Disminuye el consumo de alcohol, tabaco, café y calmantes.
- * Realiza ejercicio regularmente (3 veces por semana minimo 20 min. por sesión) 
- * Realiza actividades que te sean relajantes como: leer, bailar, escuchar música, actividades manuales, auto control a través de respiraciones profundas, etc.
- * Acude a tu clinica minimo cada 6 meses para descartar o controlar posibles enfermedades ocultas.
- * Cuando sientas que el estrés es muy agobiante, obtén ayuda para la relajación y apoyo psicológico. 

Anexo 4

MAPA INSTRUCCIONAL

TALLER: EL ESTRÉS COMO DESENCADENANTE DE CONDUCTAS ADICTIVAS

OBJETIVO : Al término del taller los participantes aplicarán los conocimientos, habilidades y técnicas para el control de estrés y farmacodependencia. Dada una serie de estrategias de aprendizaje, logrando



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Anexo 5
TU ESCALA DE ESTRÉS

En la siguiente tabla podrás consultar cambios significativos en tu vida y ver el valor de estrés que te ocasionan. ANOTA CUALQUIER ITEM QUE HAYAS ESPERIMENTADO EN TU VIDA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES. Después suma el total. (Esta escala ha sido adaptada de "La Escala de Reajuste Social" de Thomas Holmes y Richard Rahe.)

ESTRES	ESTRES VALOR
1. MUERTE DE LA PAREJA	100
2. DIVORCIO	60
3. MENOPAUSIA	60
4. SEPARACIÓN DE LA PAREJA	60
5. ENCARCELAMIENTO	60
6. MUERTE DE UN PARIENTE CERCANO	60
7. ENFERMEDAD O INCAPACIDAD	45
8. MATRIMONIO	45
9. DESPIDO DEL EMPLEO	45
10. RECONCILIACIÓN DE LA PAREJA	40
11. RETIRO	40
12. CAMBIO DE SALUD EN PARIENTE CERCANO	40
13. TRABAJAR MAS DE 40 HORAS POR SEMANA	35
14. EMBARAZO	35
15. PROBLEMAS SEXUALES	35
16. LLEGADA DE UN NUEVO MIEMBRO DE LA FAMILIA	35
17. CAMBIO DE ROL EN EL TRABAJO	35
18. CAMBIO EN EL ESTADO FINANCIERO	35
19. MUERTE DE UN AMIGO (NO MIEMBRO DE LA FAMILIA)	30
20. CAMBIO EN EL NUMERO DE DISCUSIONES CON LA PAREJA	30
21. HIPOTECA O PRÉSTAMO BANCARIO	25
22. PROBLEMAS CON HIPOTECA O PRÉSTAMO BANCARIO	25
23. DORMIR MENOS DE 8 HORAS	25
24. CAMBIO DE RESPONSABILIDADES EN EL TRABAJO	25
25. PROBLEMAS CON LA FAMILIA POLÍTICA O HIJOS	25
26. LOGRO PERSONAL SOBRESALIENTE	25
27. LA PAREJA COMIENZA O DEJA DE TRABAJAR	20
28. COMENZAR O TERMINAR LA ESCUELA	20
29. CAMBIOS EN LAS CONDICIONES DE VIDA (REMODELACIÓN, VISITAS ETC...)	20
30. CAMBIO EN HABITOS PERSONALES	20
31. ALERGIA CRÓNICA	20
32. PROBLEMAS CON EL JEFE	20
33. CAMBIO EN EL HORARIO O CONDICIONES DE TRABJO	15
34. CAMBIO DE RESIDENCIA	15
35. SÍNDROME PRE-MENSTRUAL	15
36. CAMBIO DE ESCUELA	15
37. CAMBIO DE ACTIVIDAD RELIGIOSA	15
38. CAMBIO EN ACTIVIDADES SOCIALES	15
39. PRÉSTAMO MENOR	10
40. CAMBIO EN LA FRECUENCIA DE REUNIONES FAMILIARES	10
41. VACACIONES	10
42. EPOCA DE VACACIONES NAVIDEÑAS	10
43. INFRACCIÓN MENOR DE LA LEY	10

Si el valor de la suma total de las situaciones supera 250 usted se encuentra en una situación de estrés (técnicamente "sobre-estrés"), a su vez en algunos casos - alrededor de 1 de cada 10 personas- poseen baja tolerancia al estrés y Queden llegar a estar sobre-estresadas pasando los niveles de 150 en la tabla de valores de estrés.

Anexo 6
Antecedentes Históricos del MRI

AÑO	AUTOR	EVENTO	APORTES RELEVANTES.
1901	Von Bertalanffy Milton H. Erickson Margaret Mead	Nacimiento Nacimiento Nacimiento	
1904	Gregory Bateson	Nacimiento	
1910	Russell y Whitehead	Publican "Principia Mathematica vol.1"	
1911	Heinz Von Foerster	Nacimiento	
1912	Rusell y Whitehead	Publican "Principia Mathematica vol.2"	
1913	Rusell y Whitehead	Publican "Principia Mathematica vol.3"	
1919	John Weakland	Nacimiento	
1920	Donald DeAvila Jackson Schefflen	Nacimiento Nacimiento	
1921	Paul Watzlawick	Nacimiento	
	Wittgenstein	Publica "Tractatus logico-philosophicus"	
1922	Milton H. Erickson	Comienza sus experiencias de hipnosis.	Trabajos que son retomados en años posteriores por Weakland y Haley.
	Gregory Bateson	Inicio de estudios en biología en el St. Johns College. Interés por culturas diferentes y decide ser antropólogo.	
1926	Richard Fish	Nacimiento	
1929	Gregory Bateson	Parte por el río Sèpik, se instala a estudiar a la tribu iatmul.	
1930	Sullivan Horney Froman Milton Erikson	Realizan teorías con enfoque familiar a través de la psicoterapia de grupo y psicodrama	Comienzan estudios sobre los efectos negativos de la madre sobre el desarrollo de los hijos
	Gregory Bateson	Regresa a Cambridge para redactar el informe de sus investigaciones con los iatmul.	
1932	Gregory Bateson.	Inicia viaje para encontrarse con la tribu iatmul y realizar un trabajo de doctorado	Primer encuentro con Fortune y Mead, trabajan juntos para realizar un marco teórico del estudio de las culturas.
1933	Korzybski	Publica "Science and sanity".	

1934	Fortune y Margaret Mead	Por diferencias irreconciliables ocurre el divorcio de estas dos personalidades	
1935	Gregory Bateson y Margaret Mead	Contraen matrimonio	
1936	Gregory Bateson	Se publica la primera obra importante de Bateson: "Naven".	La importancia de la obra radica en su reflexión teórica de la cultura iatmul.
1937	Ackerman	Publica "La familia como unidad social y afectiva"	Artículo que señala la importancia de los roles familiares y la manera como estos pueden perturbar la interacción familiar.
1939	Walter Cannon	Publica "Self-regulation and the body"	
1940	Gregory Bateson	Se instala en .N.Y.	
1942	Gregory Bateson y Margaret Mead	Publican: "Balinese character"	Es la publicación de un estudio estandarizado disponiendo al lado de fotografías mutuamente perinnetes. Se celebra la primera Conferencia Macy sobre la inhibición cerebral
1943	Emilio Rosenbluet, Wiener y Bigelow	Publican "Behavior purpose and teleology"	
1946	Gregory Bateson	Profesor en la New School for Social Research	Se celebran las Conferencias Macy 1 y 2: Mecanismos teleológicos y sistemas causales circulares.
	Bowen	Empieza a trabajar con las familias	Conferencia ACSC N.Y. Mecanismos teleológicos.
1947	Gregory Bateson	Es invitado como Profesor en Harvard realizando Cursos de Antropología	Se celebran las Conferencias Macy 3 y 4 sobre "Causalidad Circular".
	John Weakland	Interesado por sus trabajos concierta una cita con Bateson. Posteriormente se convierte en su alumno	

1948	Gregory Bateson	Se instala en San Francisco	
	Milton H. Erickson	Se establece en Phoenix, Arizona y se celebra la Conferencia Macy 5 "Causalidad Circular".	Consideraciones sobre la estructura del lenguaje.
	Wiener	Publica Cibernética en san Francisco	Síntesis de numerosas investigaciones donde se exponen los resultados de las discusiones de las primeras conferencias Macy.
1949	Heinz Von Foester	Llega a los Estados Unidos y encuentra a McCulloch en Chicago.	Le da a E.U. un marco teórico gracias a su artículo sobre la memoria.
	Shannon y Weaver	Publican "Teoría matemática de la comunicación".	Estos hombres establecen las bases de un enfoque interaccional de la comunicación humana.
	Ruesch y Gregory Bateson	Realizan un proyecto sobre la Comunicación y la Psiquiatría	
	Paul Watzlawick	Se titula con Doctorado en la Universidad de Venecia Se celebra la	Conferencia Macy 6: "Cybernetics".
1950	Margaret Mead y Gregory Bateson	Se Divorcian	Se celebra la Conferencia Macy 7: "Cybernetics"
	Paul Watzlawick	Empieza su formación de analista Jungiano	
	Von Bertalanffy	Publica "The theory of open systems in physics and biology"	
1951	Gregory Bateson	Se desarrolla como Profesor en Stanford	
	Gregory Bateson y Ruesch	Publican "Comunicación"	Se celebra la Conferencia Macy 8: "Cybernetics".

1952	Jay Haley	Se une al proyecto Bateson	Se celebra la Conferencia Macy 9: "Cybernetics".
	Donald DeAvila Jakson	Empieza su trabajo con familias	
	Gregory Bateson	Realiza investigaciones etológicas en el Zoológico de San Francisco	Comienzo del proyecto Bateson.
1953	John Weakland y William Fry	Se unen al proyecto Bateson.	El proyecto Bateson unirá los trabajos de la cibernética, la teoría de los sistemas, las investigaciones sobre la nueva comunicación, la teoría del aprendizaje y los comienzos de la terapia familiar dando un golpe decisivo a los enfoques tradicionales de la enfermedad mental.
	Boulding	Surge el primer libro sobre la teoría general de los sistemas: "La revolución organizacional".	Investigaciones sobre las paradojas en la comunicación.
	Whitaker	Prepara la primera reunión de los terapeutas familiares (Atlanta), asistirán a ella: Bateson, Jakson, Scheffen.	Se celebra la Conferencia Macy 10: Cibernetics.
	Jay Haley y John Weakland	Comienzan sus visitas a Phoenix.	La hipótesis de la doble coacción marcará el momento crucial del grupo de Palo Alto: define la enfermedad mental como un trastorno de la comunicación, cambiando así la perspectiva terapéutica. Es el comienzo de la terapia familiar. La doble coacción une a los dos grupos que existen en Palo Alto: al grupo Bateson y al MRI.
1954	Gregory Bateson	Escribe a Wiener: primer lanzamiento de la teoría de la doble coacción.	
	Donald DeAvila Jakson	Se une al proyecto Bateson. Presenta el artículo "la cuestión de la homeostasis familiar".	
	Paul Watzlawick	Se hace Psicoanalista Jungiano.	
	Ashby	Aplicación de la cibernética para psiquiatría.	
1955	Ackerman	Preside la primera reunión dedicada al diagnóstico familiar.	

1956	Ashby	Publica "Introducción a la cibernética".	
	Gregory Bateson, Jay Haley, Donald DeAvila	Publican su primer artículo común "hacia una teoría de la esquizofrenia"	Primer artículo sobre la doble coacción
	Jakson y John Weakland.	Publican: "Dinámicas en terapia familiar".	El proyecto Bateson recibe una subvención del NIMH para el estudio de la esquizofrenia
	Ackerman	Preside la primera reunión dedicada al diagnóstico familiar.	
1957	Paul Watzlawick	Es profesor de Psicología en la Universidad de El Salvador.	
	Donald DeAvila Jakson	Publica: "The question of family homeostasis"	
1958	Jules Riskin y Virginia Sátir	Se instalan en Palo Alto California. Reimpresión de Naven.	Reuniones para la creación del MRI. Éxito del artículo sobre la doble coacción.
	Donald DeAvila Jakson	Desea tener su propio instituto	
1959	Paul Watzlawick	Deja San Salvador para ir a los Estados Unidos.	Nueva Investigación sobre la esquizofrenia dentro del proyecto Bateson en la PAMRF.
	Donald DeAvila Jakson, Jules Riskin y Virginia Sátir	Creación del MRI dentro de la PAMRF. Fundación del instituto Ackerman en N.Y.	
	Bowen	Fundación del family center en Georgetown, WA	Se analiza el fenómeno de la hipnosis, donde el hipnoterapeuta pone a los sujetos en una situación comparable a la doble coacción.
	Jay Haley y Weakland	Relacionan sus investigaciones con Erikson	

1960	Donald DeAvila Jakson	Tiene un encuentro con Watzlawick en el Institute for direct analisis de Jhon Rosen.	
	Paul Watzlawick	Se instala e inicia trabajo en el MRI.	
	Schefflen	Se traslada el instituto MRI al 777 Bryant Street.	
	Virginia S�tir	Publica: "Psicoterapia en la esquizofrenia". Comienza su formación en terapia familiar: MRI.	
1961	Jay Haley	Se une al MRI.	
	Goffman	Publica: "Asylum".	
	Szasz	Publica: "The myth of mental illness".	
	Jay Haley	Funda la revista "family process"	
1962	Richard Fish	Llega oficialmente al MRI.	
	Virginia S�tir	Se realiza la apertura de la primera formación (subvencionada) en terapia familiar: MRI	
1963	Gregory Bateson	Se instala en las Islas Virgenes. Comienza su estudio sobre la comunicación de las Marsopas.	El MRI se convierte en una institución independiente.
	Maruyama	Publica: "The second cybernetics"	
	Jay Haley	Publica: "Estrategias en psicoterapia".	Se utiliza por primera vez la apelación terapia breve.
	William Fry	Publica "Locura Dulce"	Teoría del humor formada por paradojas.

1964	Gregory Bateson	Parte a Hawai al centro de investigaciones sobre los Cetáceos.	
	Virginia Sátir	Publica "Terapia familiar conjunta."	
	Paul Watzlawick	Publica una antología de "La Comunicación Humana" ..	Base de la terapia breve
	Jay Haley	Precursor de psicoterapia estratégica.	
1965	Sluzki	Recibe beca por Jakson para permanecer tres meses en el MRI	
1966	Fish	Forma parte del MRI	Intercambia ideas con Watzlawick y Weakland
1967	Minuchin	Es nombrado director de la Philadelphia Child Guidance clinic.	Inicia el proyecto como centro de terapia breve.
	Haley	Partida a Filadelfia.	
	Watzlawick	Publica: "Pragmatics of human communications".	
	Fish (director), weakland, Watzlawick y Bodin	Creación del Centro de terapia breve en el MRI.	
	Selvini	Creación del Centro per lo studio de la familia.	
1968	Jakson	Deceso.	
	Sátir.	Deja el MRI y se convierte en la primera directora de Esalen.	La revista "family process" se instala en el instituto Ackerman.
	Von Bertalanffy	Publica: "Teoría general de los sistemas".	
	Bateson	Organiza el coloquio de la Wenner- Green. Foundation. Austria: "Efecto de los Objetivos Conscientes Sobre la Adaptación Humana".	

1970	Birdwhistell	Publica: "Kinesics and contexte".	Se lleva a cabo una Conferencia en homenaje a Korzybski en el Institute for general semantics, N.Y. donde Bateson es invitado. Ruptura del equipo de Selvini con el psicoanálisis.
	Kuhn	Publica: "The structure of scientific revolutions".	
1971	Bateson	Se va un año a Asia con su familia y unos alumnos, en especial Lipset y Donaldson.	
	Bateson, Brosin, Birdwhistell y otros autores	Publican: "The natural history of and interview".	
1972	Bateson	Es profesor temporal en la Universidad de Santa Cruz. Escribe los libros: "Steps to and ecology of mind" y "Our own metaphor: M.C."	
1973	Bateson	Se reinstala en California, en Ben Lomond cerca de Santa Cruz.	Distingue cuatro niveles de aprendizaje: Aprendizaje de nivel cero, Aprendizaje de nivel uno, Aprendizaje de nivel dos, Aprendizaje de nivel tres
	Boszormenyi- Nagy Haley	Publican: "Invisible loyalties". "Uncommon therapy".	
1974	Watzlawick, Weakland y Fhisch	Publican: "Cambio"	
	Weakland, fisch y otros autores	Publican: "Terapia Breve"	
	Thom	Publica: "Modelos matemáticos de la morfogénesis".	
1975	Haley	Se instala en Washington en donde fundará su instituto con Madanés.	
	Selvini, Boscolo y otros autores.	Publican: "Paradojas y contraparojas".	

1976	Bateson	Es nombrado para el consejo de los directores de la Universidad de California.	
	Sluzki y Ransom	Publica: "Double bind".	
	Watzlawick	Es asistente en la Universidad de Stanford (psiquiatría).	
1977	Ilya Prigogine	Recibe el premio novel por su contribución a la dinámica del no equilibrio.	
	Watzlawick y Weakland	Publican: "The interactional view".	
	Bateson	Se Realiza el Coloquio Beyond the double bind, entorno a sus trabajos, N.Y.	
1978	Bateson	Se instala en Esalen.	
	Watzlawick	Publican: "Lenguaje del Cambio".	
	Berger	Publica: "Beyond the double bind".	
	MRI	Se lleva a cabo la conferencia "Biennial family therapy".	
1979	Bateson	Publica: "Mind and nature".	
	Prigogine y Stengers	Publican: "La nouvelle alliance".	
	Herr y weakland	Publican: "Ceounseling elders and their families". Conferencias de Asilomar en homenaje a Bateson.	
1980	Bateson Erickson Schefflen	Luto para el MRI por la muerte de estas tres importantes celebridades.	
	Lipset	Elabora y publica: "Biografía de Bateson".	Se realiza el primer encuentro de hipnosis Eriksoniana.
	Minuchin	Se jubila.	
	Zeig	Rinde honor a Erikson	

1981	Winkin	Publica: "La Nouvelle communication".	
1982	Fisch, Weakland y Segal	Publican: "La táctica del cambio".	
1984	Watzlawick	Publica: "La realidad inventada".	Se lleva a cabo el Coloquio de Cerisy: "Bateson, premier état d'un héritage".
	Haley	Publica: "Ordeal therapy".	
1985	Chubebe y Evans	Realizan Investigación en el Kaiser. Permanente sobre la terapia breve.	
1990	Watzlawick	Publica: "Munchhausen 's pigtail"	