



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA

INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL

**“Terapia Grupal Cognitivo-Conductual para dejar el
consumo de tabaco”**

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Beatriz Hernández Delgado

Directora: Dra. Mariana Gutiérrez Lara

Revisoras:

Dra. Kirareset Barrera García

Mtra. Nury Domenech Torrens

Sinodales:

Lic. Enrique Ricardo Buzo Casanova

Lic. María Guadalupe Osorio Álvarez



México, CDMX septiembre de 2016



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.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente me gustaría agradecer a Dios, por el don de la vida, por permitirme alcanzar mi sueño y lograr vencer mis temores, frustraciones y desesperanzas, que en ocasiones me causaba el cansancio por el arduo trabajo que había que realizar para poder lograr esta tan anhelada titulación, gracias, gracias, gracias.

A mis padres, por la vida que me regalaron, por su ejemplo de trabajo constante, de amor y de apoyo incondicional que me hicieron sentir que no estaba sola para la conclusión de este maravilloso proyecto.

A mi esposo Mauricio por su apoyo, paciencia, amor y comprensión que me regalo, para que yo tuviera la oportunidad de concluir una aspiración más en mi vida.

A mis hijos Misael y Giovanni, a mi hija Betzabeth, por sus muestras de amor y enseñanzas durante el transcurso de esta aspiración; porque sirvieron de inspiración para que no me rindiera, además de permitirme ser un ejemplo de vida para ustedes y que les hiciera saber que lo que sueñan también lo pueden obtener.

A mi nuera Mayte por sus enseñanzas y paciencia, a mis nietas Sophia y Carolina que con sus sonrisas, abrazos y besos, hacían que olvidara por algunos instantes las presiones que tenía durante el transcurso de mis estudios.

¡Gracias familia los amo!

A la UNAM, a la Facultad de Psicología, por la oportunidad que me otorgo de obtener conocimientos, experiencias, nuevos retos, prácticas profesionales y el poder retribuir a otros lo mucho que aprendí, con la realización del servicio social.

A la Dra. Mariana Gutiérrez Lara, por la paciencia y conocimientos compartidos para la realización de este Informe Profesional de Servicio Social. A las revisoras y sinodales por su tiempo y dedicación.

A mis profesores y personal de la facultad, estarán siempre en mis recuerdos; a mis compañeras Angélica y Laura por su confianza, amistad y buenos ánimos que me proporcionaron durante el tiempo de estudio de esta extraordinaria profesión.

Índice	pág.
Resumen.....	6
Introducción.....	7
I CONTEXTO INSTITUCIONAL.....	10
1.2 Historia del centro.....	10
1.3 Objetivo general.....	11
a) Prevención.....	11
b) Tratamiento.....	11
1.4 Ingreso de aspirantes al Servicio Social a CAPA Pirules.....	12
II. ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL.....	13
2.1 Capacitaciones grupales del servicio social.....	13
1) ¿Qué es el CAPA?.....	13
2) Entrevista motivacional.....	14
3) Factores de riesgo y protección.....	14
4) Mitos y Realidades.....	15
5) Habilidades para la vida.....	15
6) Violencia intrafamiliar.....	15
7) 10 Recomendaciones para prevenir que tus hijos e hijas utilicen drogas.....	16
8) Plato de bien comer.....	16
2.2 Actividades intramuros.....	17
2.2.1 Entrevista Inicial.....	17
2.2.2 Aplicación de Tamizaje POSIT.....	20
2.2.3 Periódicos Murales.....	21
2.2.4 Captura en Plataformas.....	21
2.2.5 Reportes para CAPA Pirules.....	23
2.3 Actividades extramuros.....	24
2.3.1 Platicas realizadas.....	24
2.3.2 Participación en Ferias de Salud.....	25
2.3.3 Asistencia a eventos preventivos.....	25

2.3.4 Vinculación Institucional.....	25
III. OBJETIVOS DEL INFORME DEL SERVICIO SOCIAL.....	26
IV. SOPORTE TEÓRICO METODOLÓGICO.....	27
4.1 Drogas.....	28
Administración y absorción de las drogas.....	28
Tolerancia a las drogas.....	29
Efectos de la abstinencia de la droga y dependencia física.....	29
Clasificación de las drogas.....	29
4.2 Motivación para el cambio.....	32
4.2.1 Herramientas de apoyo.....	34
ASSIST v. 3.1.....	34
POSIT.....	34
4.2.2 Prevención.....	35
Niveles de Prevención.....	35
A. Factores de riesgo y protección.....	35
B. Psicoeducación.....	36
C. Desarrollo de estrategias.....	45
4.2.3 Tratamiento.....	46
Enfoque psicológico.....	47
Modelo biológico.....	47
Modelo de personalidad adictiva.....	47
Modelo biopsicosocial.....	47
4.2.4 Tabaco.....	48
Efectos y consecuencias del consumo de tabaco.....	48
Fumar durante el embarazo.....	49
Consecuencias en la comunidad.....	50
Tratamientos para la dependencia tabáquica.....	50
La terapia de sustitución.....	50
Terapia de bloqueo.....	50
Otras terapias farmacológicas.....	51
Terapias de soporte.....	51

4.3 Antecedentes de la terapia grupal.....	51
Objetivos de tratamiento.....	53
Bases.....	54
V RESULTADOS OBTENIDOS.....	55
5.1 Capacitaciones grupales.....	55
Entrevista motivacional.....	55
5.2 Actividades Intramuros.....	56
5.2.1 Entrevista Inicial.....	56
5.2.2 Aplicación de Tamizaje POSIT.....	57
5.2.3 Periódicos murales.....	58
5.2.4 Captura de información en plataformas.....	58
5.2.5 Reportes mensuales para CAPA Pirules.....	59
5.3 Actividades extramuros.....	59
5.3.1 Platicas.....	59
5.3.2 Ferias de salud.....	60
5.3.3 Eventos preventivos masivos.....	60
5.3.4 Vinculación Institucional.....	60
VI RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.....	61
6.1 Recomendaciones.....	61
6.2 Sugerencia de la propuesta de trabajo.....	62
PROPUESTA DE TERAPIA GRUPAL COGNITIVO CONDUCTUAL PARA ELIMINAR EL CONSUMO DE TABACO.....	62
Estructura grupal.....	62
Pre-tratamiento.....	63
Tratamiento.....	64
Post-tratamiento.....	68
VII BIBLIOGRAFÍA.....	70

7.1 Cibergrafia.....	70
VIII ANEXOS.....	72
Anexo 1.....	72
Anexo 2.....	73
Anexo 3.....	74
Anexo 4.....	76
Anexo 5.....	77
Anexo 6.....	79

RESUMEN

El presente Informe Profesional de Servicio Social (IPSS), reporta el trabajo realizado en el programa “Prevención y atención de la salud mental en la comunidad”, en el “CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS ADICCIONES-CENTRO NUEVA VIDA PIRULES” perteneciente al GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO. Durante mi estancia lleve a cabo las siguientes actividades: realización de entrevista de primera vez, impartición de talleres psicopedagógicos, pláticas de sensibilización e informativas y capacitaciones en la prevención de adicciones (a distintas edades), orientaciones psicológicas y consejería en adicciones, apoyo en módulos en ferias de la salud y administrativo, aplicación, análisis de los resultados y seguimiento del instrumento de tamizaje (a distintas edades) y presentaciones del plan de trabajo de la institución.

Además pretendo sugerir una propuesta al Centro de atención llamada: “TERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTAL PARA ELIMINAR EL CONSUMO DE TABACO”. Algunos de los beneficios que brinda dicha terapia es que mediante el feedback de los participantes, la observación cooperante, la auto-observación, la estimulación de los demás miembros, terapeuta y el propio reconocimiento, se conforma un espacio seguro de acción, que aportará una mayor confianza en la práctica de estas nuevas conductas que luego podrá manifestarse en lo cotidiano. Con la terapia grupal se pretende impactar a más usuari@s, así como aprovechar al máximo los espacios del Centro. La edad de los usuarios con los que se trabajará son de 18 años en adelante, y tiene como objetivo la adquisición de herramientas que favorezcan las habilidades con que cuentan dichos consumidores, con la finalidad de que obtengan factores de protección que les ayuden a tomar decisiones asertivas y con ello eliminar su consumo.

Palabras clave: terapia grupal, cognitivo conductual, sustancias adictivas.

INTRODUCCIÓN

Problemática de adicciones en la población de Cd. Nezahualcóyotl, Estado de México:

La Jurisdicción Nezahualcóyotl comprende dos Municipios: Nezahualcóyotl y los Reyes la Paz, contando con una proyección de Población en riesgo de ser consumidores de algún tipo de droga ilegal o legal, de grupos etarios de 10 a 65 años: género masculino de 502 758, género femenino de 516 949, dando como Población total 1 019 707. En nuestra Jurisdicción Nezahualcóyotl, a partir de los años 80 se incrementa, la drogadicción y se expande por todo el Municipio, afectando desfavorablemente a la juventud. En el país existe un tipo de modelo de transición epidemiológica que se vincula al desarrollo de factores relacionados con comportamientos de riesgo para la salud, dentro de los que se encuentran inmersos: la mala nutrición, la falta de actividad física, el consumo excesivo de alcohol, tabaco y de drogas, así como las prácticas sexuales riesgosa. La sociedad está en general y con justa razón preocupada por el abuso de drogas y sus consecuencias; el tabaquismo y su impacto en la salud de personas expuestos al humo de su combustión, esto ha cobrado relevancia en años recientes, y se ha considerado como la primera causa de muerte prevenible en el mundo, el abuso de bebidas alcohólicas, en cambio, ha sido tolerado, a pesar de que por su elevada prevalencia, afecta a un número importante de familias mexicanas y las drogas ilegales están cada vez más disponibles afectando fundamentalmente a nuestros jóvenes (CIJ, 2012).

Dentro de las prioridades en prevención y control de enfermedades en el país, la farmacodependencia es motivo de preocupación de los sectores público, social y privado. La población de Cd. Nezahualcóyotl, está inmersa dentro de las prioridades debido al incremento de la incidencia en el consumo de drogas legales e ilegales destacando entre ellas el uso y abuso de alcohol, tabaco, marihuana, cocaína creando con ello un problema de salud pública en esta jurisdicción. La presencia del consumo de drogas cada día es más común y patente en la vida cotidiana. Es un hecho que las drogas se encuentran más cercanas a los hogares, los centros escolares y recreativos, por consiguiente, cada vez es más difícil para los niños y adolescentes quedar al margen de ello (CIJ, 2012).

Las escuelas en todos los niveles tienen un lugar estratégico en la promoción de valores y actitudes hacia el rechazo del consumo de sustancias y se han consolidado como un factor de protección, de esta forma, las intervenciones preventiva dentro y fuera de la comunidad escolar, buscan la promoción de estilos de vida saludables, el desarrollo de habilidades para la vida, la identificación de factores de riesgos y el fomento de factores protectores que disminuyan o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie un proceso adictivo (CIJ, 2012).

La adolescencia, es una etapa crítica de vulnerabilidad, crisis e iniciación de la vida adulta, las oportunidades para el abuso de sustancias se incrementa de manera importante. Para dar

cuenta del consumo de sustancias entre la población adolescente, en México se cuenta con la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA 2008) que presenta información obtenida de hogares a nivel nacional en población urbana y rural. Dicha información puede complementarse con la obtenida a través de diversas encuestas locales aplicadas en población escolar en secundarias y bachilleratos.

Aproximadamente un millón de adolescentes de 12 a 17 años en población urbana son fumadores (10.1 %), con una mayor prevalencia de consumo en los hombres (15.4%) con respecto a las mujeres (4.8%). Cabe destacar que existe consistencia en los estudios aplicados en población escolar que marcan una tendencia reciente hacia la disminución de las diferencias en cuanto al consumo de hombres y jóvenes. En cuanto a la edad de inicio, casi la mitad de los adolescentes comenzó a fumar entre los 13 y los 17 años. Más del 75% de los fumadores iniciaron su consumo antes de los 18 años. Los estudios reportan que los adolescentes inician pensando que con facilidad podrán dejar el consumo de tabaco, muy pronto llegan a presentar dependencia a la nicotina y son más propensos a usar alcohol y drogas ilegales; de tal manera, se puede aseverar que el tabaco es una de las principales drogas de entrada a otras sustancias adictivas. (ENA 2008)

Si bien sabemos que el fumar causa problemas de salud significativos entre los niños y los adolescentes, que incluyen tos, dificultad para respirar, asma producción de flema, enfermedades respiratorias, deterioro del estado físico, del crecimiento y de las funciones pulmonares. Una de las situaciones que contribuyen a que no se reconozcan fácilmente como una adicción, es debido a que rara vez producen alteraciones graves en el desempeño a corto plazo. Es sólo hasta que se presentan las consecuencias de consumo crónico o cuando se intenta dejar de fumar, que se enfrenta la gran dificultad de la abstinencia (Instituto Mexiquense contra las Adicciones. Secretaría de Salud, 2014).

Es importante hacer énfasis en la problemática de las adicciones, pues sólo la mitad de la población percibe que la adicción a las drogas es una enfermedad, ya que apenas una tercera parte de los afectados acude a tratamiento y de éstos, entre 40 y 60 por ciento sufre recaídas, mientras un tercio de los pacientes se mantiene con una mejoría notable en los dos a tres años posteriores a la terapia, estos son datos que arrojan de la Comisión Nacional contra las Adicciones (citado en ENA 2008)

La problemática es compleja e intervienen múltiples factores, algunos de los cuales apenas empiezan a atenderse, y aunque la prevención de las adicciones y reducción de la demanda de drogas está entre los programas prioritarios del sector salud, se debe considerar problema de salud pública.

Es importante resaltar de la investigación, que dentro de las adicciones y su tratamiento se ponen en juego las emociones, la atención, el control de impulsos y la capacidad de tomar

decisiones y se sabe que son las primeras que se dañan con el uso de drogas, y en muchos casos, de manera irreversible.

I

CONTEXTO INSTITUCIONAL

El Centro de Atención Primaria a las Adicciones “Pirules”, forma parte el Instituto Mexiquense Contra las Adicciones del Estado de México, es un Centro joven ya que apenas cuenta con 4 ó 5 años de vida; es un escenario importante donde los estudiantes de la Facultad de Psicología, Facultad de Trabajo Social y FES Zaragoza, tienen la oportunidad de desarrollar y consolidar sus habilidades profesionales en un escenario concreto a través del servicio que se presta a la comunidad.

1.2 Historia del Centro

La salud de la población es una de las garantías sociales imprescindibles para su desarrollo y progreso, es un factor irrevocable en todo tipo de política gubernamental, porque es elemental para el mejoramiento de la calidad de vida.

El alcoholismo, tabaquismo y la fármaco-dependencia son problemas de salud pública que deben ser atendidos, por ello el Gobierno del Estado de México ha iniciado programas y acciones orientados a combatir las adicciones, mediante la divulgación de información que enfatiza los daños y riesgos que se derivan del consumo de sustancias adictivas .

Con base en lo anterior, el 8 de mayo de 2007 se publicó en la Gaceta del Gobierno, el Acuerdo del Ejecutivo del Estado por el que se crea el Instituto Mexiquense Contra las Adicciones, como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con autonomía técnica para el ejercicio de sus atribuciones y con el objeto de organizar, operar y supervisar las políticas, estrategias y programas en materia de adicciones, prevención de riesgos y su difusión entre la población, así como para proponer los convenios o acuerdos que permitan intercambiar y tener actualizada la información sobre las adicciones, ejecutar de manera coordinada los programas y estrategias para prevenir y atender el alcoholismo, tabaquismo y la fármaco-dependencia con instituciones afines de los sectores público, social, privado y tener vinculación permanente con el Consejo Nacional contra las adicciones y con los consejos, institutos u órganos afines de otras Entidades Federativas.

Para el cumplimiento del objetivo del Instituto y el desarrollo de sus funciones en septiembre de 2007 se autorizó una estructura Organizacional integrada por una Dirección, la Unidad de Apoyo Administrativo y las Subdirecciones de Prevención de Adicciones de Tratamiento y Reinserción Social y de Información y Evaluación. (Instituto Mexiquense contra las Adicciones. Secretaría de Salud, 2014)

1.3 Objetivo general del programa.

Fortalecer y reforzar el modelo de atención en adicciones en la operación de los CAPA favoreciendo a los sectores más vulnerables, así como la obtención de experiencia profesional para el ejercicio laboral.

El servicio que se ofrece a la comunidad se enfoca en dos niveles:

- a) prevención, y
- b) tratamiento.

Por área de atención:

Prevención:

Pláticas

- Personal capacitado proporciona información básica sobre prevención de adicciones.

Módulos

- Es el espacio dentro de una feria o foro en el que se exponen los servicios que presta la Institución a los mexiquenses, y se distribuyen asimismo materiales informativos impresos, como folletos, trípticos, dípticos, etcétera.

Se imparten talleres para jóvenes sobre habilidades para la vida.

Cursos-taller para Padres de Familia sobre estilos de crianza positiva.

Identificación de jóvenes en situación de vulnerabilidad, mediante la aplicación de instrumentos de tamizaje.

Personal capacitado proporciona los lineamientos para poder poner en práctica, validar o patrocinar proyectos para la atención y prevención de adicciones.

Tratamiento

- Entrevista inicial para derivación de usuarios de sustancias adictivas a servicios de tratamiento en modalidad residencial (internamiento) y/o para atención de segundo nivel.
- Tratamientos Subrogados para usuarios de sustancias adictivas y sus familiares
- A través del Centro de Atención Primaria a las Adicciones, se otorgan intervenciones y tratamientos breves, así como servicios de prevención de recaídas para quienes presentan el problema de uso de sustancias.

En el Centro de Atención Primaria a las Adicciones, CAPA- Pirules, con ubicación en Cd. Nezahualcóyotl, Edo. México, se enfatiza la misión y la visión:

Misión: Impulsar políticas, estrategias y líneas de acción para la intervención integral de las adicciones, dirigido a evitar y/o disminuir el consumo de sustancias psicoactivas y sus consecuencias, con especial énfasis en los grupos más vulnerables de la población y contribuir a elevar la calidad de vida de las personas.

Visión: CAPA Pirules, somos una institución líder en la prestación y seguimiento de los servicios de promoción, capacitación, investigación, educación, prevención clínica y control de las adicciones en su zona de influencia.

Valores: Respeto, Empatía, Ética, Equidad, Compromiso, Responsabilidad, Honestidad y Tolerancia.

Política de Calidad: En el Centro Nueva Vida Pirules se brinda orientación a la población en general para la prevención y la detección de adicciones, se realizan actividades con la finalidad de fomentar la salud pública, a través de talleres, pláticas, eventos masivos, consejería breve, tratamiento psicológico y médico, difusión con posters, trípticos, folletos; se trabaja en escuelas, empresas, comunidades y asociaciones con el objetivo de formar redes de apoyo, con la finalidad de que la sociedad que vive en Cd. Nezahualcóyotl y sus alrededores se sienta apoyada y segura al recibir la atención requerida. (C.O.M.C.A, 2014).

1.4 Ingreso de aspirantes al Servicio Social en el Centro.

El CAPA Pirules, brinda la oportunidad de integrarse a este programa de atención a la comunidad a:

- Estudiantes de la carrera de psicología y trabajo social.
- Tener el 70% de la carrera para realizar su servicio social.
- Reunir todos los requisitos que le soliciten en la Facultad de Psicología para el servicio social como: inscripción y asistencia a curso informativo del mismo, constancia de créditos y carta de aceptación.
- Proporcionar 1 fotografía tamaño infantil.
- Cumplimiento de horario de actividades, hasta concluir sus 480 horas de servicio social.
- Disponibilidad para acudir a la realización de actividades extramuros del centro.

II

ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE EL SERVICIO SOCIAL

2.1 *Capacitaciones grupales del servicio social*

Recibí diferentes capacitaciones para el mejor desarrollo y desempeño de mis conocimientos, habilidades, actitudes y conductas, que más tarde podría transmitir a los usuarios a través de la entrevista inicial, consejería breve, tamizajes, etc., que posteriormente pondría en práctica en actividades intra y extramuros de CAPA Pirules. En pláticas preventivas a niñ@s, jóvenes y adult@s del Municipio de Cd. Nezahualcóyotl en el Estado de México. Con los siguientes temas:

- **¿Qué hace el CAPA?**, Atención a primeras veces con apoyo de la entrevista inicial. Aplicación de cuestionario ASSIST v3.1 y cuestionario de tamizaje POSIT.
- Entrevista motivacional.
- Factores de riesgo y protección.
- Mitos y realidades.
- Habilidades para la vida (sociales, de pensamiento y manejo de emociones)
- Violencia intrafamiliar.
- 10 recomendaciones para prevenir que tus hijos utilicen sustancias adictivas.
- Plato del buen comer.

1) ¿QUÉ ES EL CAPA? Es una pequeña introducción a la forma de trabajar del Centro el cual tiene como objetivo general: Ofrecer a la comunidad un modelo de intervención temprana contra las adicciones, que contempla desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve, ambulatorio, accesible y de calidad. Dicho modelo otorga prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, a efecto de intervenir con ellos y sus familias en forma oportuna y evitar el desarrollo de trastornos por abuso o dependencia. (Manual de Procedimientos CENADIC, 2012).

Primera vez: Introducción a la entrevista inicial y los posibles contratiempos que pueden surgir en ella. Así como la importancia de establecer un buen rapport con el usuario, para así indagar de manera asertiva los problemas que viven los usuarios a consecuencias del consumo de sustancias, o detectar si viven en algún factor de riesgo que pueda propiciar su

consumo. Además de conocer cómo se puede ir clasificando la información en el formato que ocupa el Centro para la entrevista inicial y posteriormente se facilite la realización de la nota psicológica, en dicho formato además se integrará el número de expediente, nombre del usuario, motivo de consulta, si es o no consumidor de alguna sustancia adictiva, problemática en la que vive el usuario, factor de riesgo latente que lo haga vulnerable a seguir consumiendo, o factor de riesgo que lo haga un posible consumidor, diagnóstico, pronóstico, posible tratamiento, psicóloga a la que se le asigna el caso y su próxima consulta con ella.

La realización de dicha capacitación se llevó a cabo en dos sesiones de 2 horas, de forma expositiva, con la ayuda de una presentación de PowerPoint. La psicóloga a cargo de la capacitación exhibía y explicaba la presentación, en el transcurso de la misma aclaraba dudas, además de ejemplificar el contenido de ésta con los casos que frecuentemente llegaban al Centro y las posibles soluciones que se les podrían dar.

2) ENTREVISTA MOTIVACIONAL. Hace resaltar la importancia de conocer esta herramienta para realizar de forma más completa la entrevista y que ésta además sea motivacional. Es una herramienta que se pone en práctica con los usuarios, ayudará a propiciar cambios; es un estilo de orientación dirigida y centrada en el usuario que tiene como finalidad provocar un cambio de conducta al ayudar a las personas a explorar y resolver asertivamente sus problemas. Se pondrá en práctica en la entrevista inicial o cuando se trabaje como cooterapeuta y en la realización del reporte psicológico en el cual se establecerá en qué etapa de cambio se encuentra ubicado el paciente.

Dicha capacitación se realizó en una sesión de 2 horas, de forma expositiva, con el apoyo de una presentación PowerPoint. La dinámica fue la siguiente manera: la psicóloga a cargo de la capacitación nos otorgaba un cuestionario con diez preguntas sobre el contenido que nos daría a conocer, una vez concluido el sondeo procedía con la exposición, dándonos oportunidad de aclarar dudas, una vez concluida la información retomábamos el cuestionario que realizamos inicialmente y nos autoevaluábamos, posteriormente y para finalizar lo entregábamos.

3) FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN: En dicha capacitación se resaltan los daños físicos que las sustancias adictivas le causan al cuerpo de los usuarios; los efectos inmediatos al consumo; ¿cómo prevenir?, cuales son los factores de riesgo que contribuyen al consumo y los factores protectores que sirven como prevención y las consecuencias negativas que el uso de sustancias tienen a largo plazo. Entendiendo como factores de protección los rasgos, características, situaciones o condiciones individuales, familiares, escolares y socioculturales que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo se inicie o continúe un proceso adictivo. Y los factores de riesgo son eventos, circunstancias o características de una persona o población, que provocan una mayor probabilidad de iniciar el consumo de drogas.

La capacitación se realizó en una sesión de 2 horas, de forma expositiva, con el apoyo de una presentación PowerPoint. La dinámica fue la siguiente manera: la psicóloga a cargo de la capacitación nos otorgaba un cuestionario con diez preguntas sobre el contenido que nos daría a conocer, una vez concluido el sondeo procedía con la exposición, dándonos oportunidad de aclarar dudas, una vez concluida la información retomábamos el cuestionario que realizamos inicialmente y nos autoevaluábamos, posteriormente y para finalizar lo entregábamos.

4) MITOS Y REALIDADES: Es importante conocer la información concerniente al consumo de las sustancias adictivas y sus consecuencias en el organismo, para o poder exponerlas de manera adecuada a la comunidad a quien vaya dirigida tal información. Es relevante para la exposición comunicar que la mayor parte de los efectos que ocasiona la ingestión de sustancias psicoactivas, pasan inadvertidas para el consumidor. El consumo modifica las capacidades físicas, mentales y conductuales, independientemente del grado de intoxicación. Sin embargo, el tipo y magnitud de sus efectos son complejos; dependen de la interacción entre el individuo, la droga y el ambiente en que ocurre el consumo. Una vez informados de dicha situación entonces se podrán distinguir los mitos y realidades que giran en torno a las sustancias adictivas (alcohol, tabaco, marihuana, cocaína, drogas de diseño e inhalantes).

Dicha capacitación se realizó en una sesión de 2 horas, de forma expositiva, con el apoyo de una presentación PowerPoint y el rotafolio con el que posteriormente llevaríamos acciones preventivas. Se efectuó de la siguiente manera: la primera parte de la capacitación la realizo con la presentación, la segunda parte con el apoyo de la información contenida en el rotafolio. En ambas partes nos dio la oportunidad de aclarar dudas y que contempláramos los posibles inconvenientes que podrían surgir en el momento en que realizáramos las platicas.

5) HABILIDADES PARA LA VIDA: Son herramientas que permiten desarrollar actitudes positivas en niñas, niños y adolescentes para disfrutar la vida y lograr un desarrollo físico y mental saludable.

La capacitación se realizó en una sesión de 2 horas, de forma expositiva, con el apoyo de una presentación PowerPoint y los trípticos con los que se trabaja en el Centro para este tema, recalando la psicóloga que estaba a cargo, la importancia de que conociéramos sus contenidos; para que posteriormente nos sirvieran de apoyo al momento de brindar la información en la platicas. Dándonos la oportunidad de aclarar dudas en el transcurso de la capacitación.

6) VIOLENCIA INTRAFAMILIAR: Entendido como un fenómeno altamente común en las sociedades actuales, la violencia intrafamiliar es sin duda causada por un sin fin de elementos que contribuyen a su desarrollo. Al mismo tiempo, las consecuencias o secuelas

de este dramático fenómeno pueden ser de distinto alcance y perjudicar a numerosas personas.

Por lo general, la violencia tiende a generar daños psicológicos, que muchas veces son difíciles de superar. Y dichas secuelas son tan graves, que repercuten de forma significativa en la vida de la persona. Existen diversos tipos de violencia familiar, que cada vez se hacen más frecuentes en los hogares. La violencia daña la moral de la persona y su sensibilidad como ser humano; por tal razón, es necesario no quedarse en silencio cuando se está viviendo cualquier tipo de violencia, ya sea a nivel familiar, en el trabajo o en cualquier sitio.

La capacitación respectiva a este tema, se realizó en una sesión de 1 hora, de forma expositiva, con el apoyo de una presentación PowerPoint. Fue el Trabajador Social el que estuvo a cargo de brindarla; previamente nos otorgó la presentación para que le checáramos, porque tenía poco tiempo para realizarla.

7) 10 RECOMENDACIONES PARA PREVENIR QUE TUS HIJOS E HIJAS UTILICEN DROGAS: Esta guía es una herramienta de apoyo para que los promotores de CAPA “Pirules”, puedan guiar a tutores, padres y madres de familia, niñ@s, adolescentes y jóvenes, a través de sencillas recomendaciones para prevenir las adicciones, identificar factores de riesgo y desarrollar prácticas de protección, que fortalecen valores y estilos de vida saludables.

Esta capacitación se realizó en una sesión de 1 hora, de forma expositiva, con el apoyo del folleto con el mismo nombre, previamente lo revisamos, en el adiestramiento solo nos dio puntos clave que podrían ser útiles al momento de realizar las pláticas.

8) PLATO DEL BIEN COMER: Con esta capacitación se favorecen la toma de decisiones informadas para el cuidado del ambiente y la promoción de la salud orientadas a la cultura de la prevención.

Esta capacitación se realizó en una sesión de 1 hora, de forma expositiva y modelada; estuvo a cargo de la enfermera que apoya en el Centro, con la ayuda de láminas y los modelos de los grupos de alimentos. Primero, nos proporcionó la información correspondiente y seguido de ello nos proporcionó los modelos para que armáramos un plato del bien comer.

La información recibida durante las capacitaciones antes descritas, la puse en práctica en pláticas preventivas y otras actividades que se realizaran de forma intra y extramuros, que describiré a continuación.

2.2 Actividades Intramuros:

2.2.1 Entrevista Inicial.

Esta tiene como objetivo indagar la problemática del usuari@ en su vida diaria, para lograrlo, a l@s interesad@s, en las entrevistas iniciales se les informa la forma de trabajar del centro, que tendrán un tratamiento integral. Que consiste en la valoración médica, en un estudio socio-económico y el tratamiento psicológico.

Se pide al usuario que llene una ficha de identificación con la que se recolecta información relevante para abrir su expediente, además de tomar talla y peso. Posteriormente se procede a la aplicación de la entrevista exploratoria, donde se indaga el motivo de consulta, en el caso de los usuari@s no consumidores se identifican los factores de riesgo a los que se encuentran expuestos, que sería básicamente la problemática que vive en su vida diaria por ejemplo: Cutting, violencia intrafamiliar, el consumo de sustancias dentro del hogar, escuela o grupo de pares. Con respecto a los usuari@s consumidores es primordial preguntar sobre el patrón de consumo, edad de inicio; si combina sustancias como tabaco, alcohol, cannabis, inhalables, cocaína, etc. Determinando la sustancia de impacto; cuánto tiempo tarda en consumir una dosis, el tiempo que tarda en iniciar con la siguiente y en qué cantidad, cuántos días a la semana las consume. Número de veces en que ha intentado dejar de consumir; indagar la relación entre su círculo de amigos y las dinámicas que realizan cuando se reúnen; que tan comprometido se siente para lograr concluir el tratamiento, cual es el apoyo que encontrará en su familia para lograrlo, etc. Lo anterior es para determinar el diagnóstico y establecer el mejor tratamiento para su propio caso.

Si el usuario es adolescente entonces también se le aplica una entrevista complementaria en la cual se indaga sobre su estado de ánimo, desempeño escolar y el tipo de relación que tiene con sus padres.

Si es mayor de edad se complementa la entrevista con la Prueba de detección de consumo de Alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST v3.1).

Cabe mencionar que dentro de dicha entrevista también se realiza una consejería breve con lo cual se busca que los usuari@s reflexionen sobre su problemática mientras llega el tiempo de su consulta.

Asimismo se les pide que firmen un consentimiento informado, para hacerle saber al usuario la forma en la cual se trabajará que es un tratamiento transitorio y que el número de sesiones a las que asistirá dependerá del programa que elija para trabajar con él la psicóloga a la que haya sido asignado; lo anterior en caso de ser mayor de edad, en los menores tendrá que firmar alguno de los padres o bien un tutor. Una vez concluida la entrevista, se procede a abrir el expediente, integrando en la libreta de apertura algunos de los datos proporcionados en la hoja de identificación, asignándole así el número de

expediente con el cual se realiza su carnet y en el cual se registran sus citas posteriores. Con esto se da por concluida la entrevista exploratoria.

Igualmente se decide si el tratamiento puede ser llevado a cabo en el CAPA o si es necesaria la referencia a otra institución.

El tratamiento psicológico del usuario dentro de CAPA Pirules es a través de los siguientes programas:

1. Orientación familiar
2. Consejería Breve
3. Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas.
4. Tratamiento para adolescentes en riesgo NO consumidores.
5. Tratamiento breve para usuarios de marihuana.
6. Tratamiento breve motivacional para fumadores.
7. Intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas.
8. Programa de intervención breve para bebedores en riesgo.
9. Programa de prevención para padres de adolescentes en riesgo.
10. Tratamiento breve para usuarios de cocaína.
11. Sesiones de orientación familiar.
12. Programa de Satisfactores Cotidianos.

Las entrevistas iniciales se realizan diariamente de 8:00 hrs. a 14:00 hrs., el tiempo para realizarlas puede abarcar 30 minutos cuando los usuari@s no son consumidores, hasta 60 minutos cuando son consumidores. Al momento de realizar la entrevista inicial no fui observada directamente por mi supervisor, pero era acompañada de l@s compañer@s de Servicio Social que ya tenían experiencia en ella para que me fueran guiando; cuando entregaba la nota psicológica se me cuestionaba la información recabada en ésta y además recibía retroalimentación hacia mi trabajo.

Una vez concluida la entrevista inicial se realiza una nota psicológica de l@s usuari@s donde se analizan las condiciones de limpieza y aliño personal, la disposición mostrada durante el desarrollo de ésta, si asiste por su propio interés o por presiones familiares, factores de riesgo a los que se encuentran expuest@s; además de dar un posible diagnóstico, tomando de referencia el CIE 10 y el DSM IV; pronóstico, tratamiento tomando de referencia los programas que se realizan dentro de CAPA Pirules y el nombre de la psicóloga que le dará seguimiento a su tratamiento, el día y la hora.

Los últimos pasos a seguir para dar por terminada la entrevista exploratoria son: abrir el expediente del usuario, para ello hay que registrarlo en la libreta de apertura de la que tomaremos el número de expediente, en la cual hay que anotar fecha en la que se apertura, nombre completo, edad, dirección, teléfono, edad de inicio de consumo, tipo de consumo,

institución por la que es referido, dirección, nombre de un primer contacto y fecha de nacimiento. Por último agendar sus citas con el trabajador social, la médica y la psicóloga, posteriormente se registraran en el Carnet de citas del usuario, el cual contendrá también su nombre y número de expediente.

Las entrevistas que realice se describen a continuación:

	Edad	Género	Consumo	Sustancia de impacto
1	19	M	Tabaco, alcohol y marihuana.	Tabaco
2	15	F	Activo, tabaco, alcohol y marihuana.	Activo
3	16	M	Tabaco, en alcohol y marihuana remisión parcial.	Tabaco
4	16	F	Alcohol y tabaco (en remisión total)	
5	16	M	Tabaco, en remisión parcial el alcohol y en remisión total la marihuana.	Tabaco
6	13	F	Sin consumo.	
7	46	M	Alcohol y tabaco.	Tabaco
8	28	M	Tabaco, alcohol, marihuana, activo, remisión total en la cocaína.	Activo
9	32	F	Tabaco y alcohol	Tabaco
10	33	M	Tabaco y alcohol, en remisión total de inhalables y marihuana.	Tabaco
11	16	F	Marihuana, tabaco y alcohol	Alcohol y tabaco
12	58	F	Tabaco	Tabaco
13	15	F	Tabaco, alcohol, marihuana, cocaína, éxtasis.	Marihuana
14	23	F	Tabaco y alcohol en remisión parcial por gestación.	Tabaco
15	14	M	Marihuana	Marihuana
16	15	M	Alcohol y tabaco.	Alcohol
17	13	M	Sin consumo	
18	24	M	Alcohol, tabaco e inhalables.	Alcohol
19	13	F	Sin consumo	
20	44	F	Tabaco, alcohol en remisión total.	Tabaco
21	28	M	Cocaína, tabaco y alcohol.	Cocaína
22	34	F	Tabaco, alcohol, marihuana y crack en remisión parcial.	Tabaco
23	20	M	Alcohol, tabaco, marihuana en remisión total.	Alcohol
24	71	M	Tabaco, alcohol en remisión total.	Tabaco
25	16	M	Marihuana	Marihuana
26	18	M	Tabaco, alcohol y marihuana	Marihuana

27	14	M	Sin consumo	
28	15	F	Sin consumo	
29	15	F	Marihuana, tabaco y alcohol.	Marihuana
30	14	M	Marihuana.	Marihuana
31	12	M	Sin consumo.	
32	68	M	Tabaco, alcohol en remisión total.	Tabaco
33	12	F	Sin consumo.	
34	13	M	Sin consumo.	
35	12	F	Sin consumo.	
36	67	M	Sin consumo.	
37	12	M	Marihuana.	Marihuana
38	20	F	Inhalables y marihuana.	Activo
39	13	M	Sin consumo.	
40	14	M	Sin consumo.	
41	14	M	Sin consumo.	
42	12	M	Sin consumo.	
43	35	F	Tabaco	Tabaco
44	16	F	Sin consumo	

2.2.2 Aplicación del Tamizaje POSIT:

La aplicación del tamizaje se realiza en el salón de usos múltiples, en un horario de 14:00 a 15:00 horas, por falta de espacio en la recepción del CAPA hay que organizar a los adolescentes formándolos en una fila fuera de éste. Mientras esperan hay que darles una hoja de reporte de actividades en la cual previamente colocamos fecha, nombre de la psicóloga que tiene a cargo dicho trabajo y actividad que se realizará, en la cual los chic@s anotaran su nombre, edad, sexo y firma, cinco minutos antes de la hora marcada se les permite el acceso al salón, una vez que ya se encuentran cómodamente en sus lugares se les dan las siguientes indicaciones:

Para poder concluir a tiempo el cuestionario, es importante que pongan atención, como psicóloga responsable de la aplicación les leeré el reactivo y ustedes contestaran de acuerdo a sus propias necesidades. Es importante que coloquen la información que se solicita en la hoja de respuesta como es nombre, edad, escuela de procedencia y número telefónico de casa o del celular del tutor. Procedemos a la entrega de la hoja de respuestas y con la lectura de los reactivos.

Cuando concluyen es importante que al recoger la hoja de respuesta checar que la información de los chic@s esté completa, para no tener ningún inconveniente al momento de registrarlos en la base de datos para su calificación.

Las características de la aplicación del tamizaje se describen a continuación:

Lugar	Tema	Población impactada	Edad	Género
CAPA Pirules	Aplicación del Tamizaje POSIT	55 Adolescentes afiliados al programa de Oportunidades	12 a 18 años	Ambos sexos

2.2.3 Periódicos Murales con los temas:

- Violencia en el noviazgo y
- Consecuencias del consumo de las drogas.

Realice un periódico mural de cada tema, los elaboraba con el material que me era proporcionado por la psicóloga encargada de dicho trabajo, en el caso de violencia en el noviazgo, previamente me facilitó el tema para que lo investigará en casa y al día siguiente me revisaba la información, si ésta era correcta procedía a realizarlo. Con respecto a las consecuencias del consumo de las drogas se me sugirió realizarlo con todos los trípticos que utiliza el Centro para dar a conocer dicho tema. Una vez concluidos los periódicos, eran inspeccionados por la psicóloga encargada y si no había ningún inconveniente lo colocaba en el área de recepción.

2.2.4 Captura de información en las plataformas:

Sistema de Información de los Consejos Estatales contra las Adicciones (SICECA), Sistema para el Censo del Registro de Promotores (SICEPO) que son plataformas del Centro Nacional para la prevención y el control de las Adicciones (CENADIC).

Que tiene como objetivo general:

- Contar con información actualizada de todos los programas y acciones del CENADIC.

Como objetivos específicos:

- Facilitar y agilizar el intercambio de información estadística entre CENADIC, Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA's) y **Centros Nueva Vida**.
- Poner en operación el Sistema de Información en línea sobre el Programa para la Prevención y el Control de las Adicciones.

SICECA: Registro de expedientes de usuarios de primeras veces, capturando sus datos personales, como sexo, fecha de nacimiento, edad, tipo(s) de sustancia(s) de consumo, nota psicológica, diagnóstico, programa con el cual llevara su tratamiento, etc. Para usuarios que ya tenían un registro, buscar sus expedientes y colocarles las notas psicológicas consecutivas y a los usuarios que terminaron su tratamiento hacer el cierre de su expediente.

Realice la captura de un total de 30 primeras veces para usuarios de distintas edades y género, con diferentes tipos de consumo de sustancias y sus respectivos programas para realizar su tratamiento. 20 anexos de notas psicológicas consecutivas y 15 cierres de tratamiento.

SICEPO: Captura de la información sobre los Talleres, Platicas de prevención y Capacitaciones que imparten las psicólogas, clasificando la población que se impactó por grupos de edades y sexo. Dichas edades son de 5-9; 10-14; 15-29; 30-39; 40-49; 50-59; +60.

Subí información de 10 platicas de prevención y 6 capacitaciones, con diferentes tipos de edades y género en cada una.

Captura en la base de datos de CAPA Pirules de la apertura de expedientes de las primeras veces, colocando: fecha en la que se apertura, núm. de expediente, nombre completo, edad, dirección, teléfono, edad de inicio de consumo, tipo de consumo, institución por la que es referido, dirección, nombre de un primer contacto y fecha de nacimiento.

Capturando 50 aperturas de expedientes con los datos anteriormente descritos.

Captura de interpretación de los familiogramas en los expedientes correspondientes. Las psicólogas tienen asignado un campo de trabajo con algunas escuelas dentro del territorio marcado para que CAPA Pirules trabaje, para la realización del trabajo en esa escuela tendrá atender a cierto número de alumnos, para la realización de la entrevista no es mucho el tiempo con el que cuenta, así que por lo regular hace uso de un familiograma en el que va anotando lo más relevante de la entrevista para posteriormente poder realizar la respectiva nota psicológica.

Realizando 18 notas psicológicas con la ayuda de los familiogramas.

Captura del POSIT, el cual consta de 81 preguntas estructuradas y evalúa 7 áreas funcionamiento de la vida de los adolescentes que pueden verse afectadas por el uso de drogas: 1) uso/abuso de sustancias, 2) salud mental, 3) relaciones familiares, 4) relaciones con amigos, 5) nivel educativo, 6) interés vocacional, 7) conducta agresiva/delinuencia. Se aplica en las escuelas donde ha sido aceptado el plan de trabajo, se hace por grupos al término, se procede a su calificación, en CAPA Pirules, hay que hacerlo en EXCEL capturando nombre de la escuela, del alumno, grado y grupo, edad y sexo, posteriormente las respuestas, al terminar de registrar a todos los grupos se procede a buscar los rangos de puntaje de 30 a 33 entra en factor de riesgo preventivo, resaltándolos en amarillos; de 34 igual o mayor son factor de riesgo alto, resaltándolos en rojos. Además de que si cualquiera de los que no haya rebasado alguno de los puntajes anteriores, pero tiene al menos un punto en el área de uso/abuso de sustancias, automáticamente pasara a formar parte del factor de riesgo alto.

Realice la captura y calificación de 150 cuestionarios de tamizajes con la información descrita anteriormente.

2.2.5 Reportes mensuales para CAPA Pirules:

Realización de 6 reportes mensuales para el CENADIC, SIS y para CAPA Pirules, con los cuales se informa al supervisor el trabajo que se realizó durante el mes, dentro y fuera del Centro.

El reporte del CENADIC está dividido en tres apartados que son: actividades intramuros, extramuros y otras; en las primeras hay que especificar el trabajo realizado con los usuarios en relación a los tratamientos que se otorgan en el Centro. En las segundas se reportan talleres, pláticas de sensibilización, tamizajes en escuelas y número de escuelas visitada. En otras actividades se incluyen contacto con autoridades, con grupos comunitarios, tamizajes aplicados fuera de las escuelas. A grandes rasgos y solo incluyendo la información concerniente a las actividades que realice del 1° al 28 de cada mes, lo que reporte fue: el número de capacitaciones brindada por la institución; número de pláticas de sensibilización, la cobertura de personas asistentes a éstas, clasificándolas por género, rangos de edades que va de menores de 12, 12 a 17, 18 a 65, más de 65 años, para cada género. Además se coloca cuantas entrevistas iniciales realizamos, con la misma información clasificatoria de género y edad dada anteriormente.

El reporte del SIS contiene diez apartados a reportar, con las siguientes características: Consulta, dividida a su vez en dos apartados uno para mujeres y otro para hombres, ambos incluyendo primera vez y subsecuente. Personal capacitado en Adicciones, Referencia, Personas Tamizadas, Acciones de Prevención, Orientación, Droga de Impacto, Nivel de Consumo, Tratamiento Breve Concluido y Conductas Adictivas, todos los apartados tienen clasificación para hombres y mujeres, además de los rangos de edades que se manejan como son <1, 1, 2 – 4, 5 – 9, 10 – 14, 15 – 19, 20 – 29, 30 – 49, 50 – 59, 60 y más años.

La fecha de entrega va cambiando regularmente, se reporta como mes estadístico que son meses en pares lo que constituye medio mes de cada uno. En este informe, los reportes que realice fueron en los apartados de consulta, acciones preventivas, droga de impacto y nivel de consumo.

En los reportes para CAPA Pirules, me proporcionaron un formato que incluye apartados con las siguientes características: Nombre de quien reporta, Tipo de voluntariado, Fecha que reporto, Descripción general de actividades, Conclusiones y Observaciones, Fotos como evidencia de las actividades realizadas. Además un recuadro que incluye la Estrategia a realizar, clasificándolas en detección, orientación y consejería en adicciones, lugar donde se realizó la estrategia, tema, fecha, género y número de personas impactadas.

2.3 Actividades Extramuros:

2.3.1 Platicas realizadas:

Platicas	Tema	Población impactada
Centro de Salud Pirules.	10 recomendaciones para prevenir que tus hijos usen sustancias adictivas.	Personas de la 3ª. Edad.
Instituto Universitario Nezahualcóyotl.	Acciones Preventivas.	Alumn@s de nivel medio superior.
Conalep III	Mitos y Realidades.	Alumn@s de nivel medio superior.
Primaria Vicente Guerrero.	Factores de riesgo y de protección.	Alumn@s de 6º. Grado y tutores.
Colegio Patria.	Proyecto de vida.	Alumn@s de 2º y 3º de Secundaria.
Centro de Salud Metropolitana.	Pensamiento Creativo (Habilidades para la vida).	Personas de la 3ª. Edad.
Secundaria Xicoténcatl.	Solución de Problemas (Habilidades para la vida).	Alumn@s con factores de riesgo.
Secundaria Calpulli.	Empatía. (Habilidades para la vida)	Alumn@s de 2º. Grado.
Casa de día Metropolitana.	Estilos de Crianza	Personas de la 3ª edad.
Secundaria Xicoténcatl.	Comunicación (Habilidades para la vida).	Alumn@s con factores de riesgo.
Telesecundaria Antonia Álzate	Acciones preventivas.	Alumn@s de 1º y 2º.
Comunidad en general	10 recomendaciones para prevenir que tus hijos usen sustancias adictivas.	Personas de distintas edades y ambos sexos.
Comunidad en general	Violencia intrafamiliar	Personas de distintas edades y ambos sexos.

Comunidad en general	Factores de riesgo y de protección.	Personas de distintas edades y ambos sexos.
Comunidad en general	Manejo de emociones. (Habilidades para la vida)	Personas de distintas edades y ambos sexos.
Comunidad en general	Habilidades de pensamiento (Habilidades para la vida)	Personas de distintas edades y ambos sexos.

2.3.2 Participación en las ferias de salud:

Feria de Salud	Población impactada
Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).	Alumn@s de distintos semestres y licenciaturas.
Primaria Vicente Guerrero	Padres de familia y alumn@s n de 1° a 6° grado y todos los grupos.
Secundaria Xicoténcatl.	Padres de familia y alumn@s 1° a 3 ^{er} grado y de todos los grupos.

2.3.3 Asistencia a eventos preventivos:

Eventos preventivos masivos	Tema	Población Impactada
Cinépolis	“Adictos a la Vida”	Alumn@s y padres de familia de distintas secundarias de 1° a 3 ^{er} grado y todos los grupos.

2.3.4 Vinculación institucional: (contactos institucionales para llegar a acuerdos, o planes de trabajo) para desarrollar con la población asignada.

- ✚ Los *contactos institucionales* en los que apoye fueron en la Primaria Benito Juárez, el Instituto Universitario Emiliano Zapata, a la Casa de Día de la 3^a. Edad para presentar el plan de trabajo de CAPA Pirules y con ello se pueda trabajar en dichas instituciones.

III

OBJETIVOS DEL INFORME DE SERVICIO SOCIAL

Dar a conocer las actividades realizadas durante mi estancia en el Servicio Social, realizado en el “CENTRO DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS ADICCIONES-CENTRO NUEVA VIDA PIRULES” perteneciente al GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO., además de la propuesta sugerida a este programa, que es la puesta en práctica de la “TERAPIA GRUPAL COGNITIVO-CONDUCTAL PARA ELIMINAR EL CONSUMO DE TABACO”. Algunos de los beneficios que brinda dicha terapia, son: que los usuarios podrán ayudarse individual y mutuamente, conocerse a sí mismos y también a mejorar sus relaciones interpersonales, que reconozcan la importancia que tiene la adquisición de herramientas psicosociales que favorezcan las habilidades con que cuentan dichos consumidores, a través de las cuales logren llevar estilos de vida saludables con la finalidad de que obtengan factores de protección que les ayuden a tomar decisiones asertivas y con ello eliminar su consumo.

IV

SOPORTE

TEÓRICO METODOLÓGICO

No es ninguna novedad que el problema de las drogas despierte una preocupación en nuestra sociedad. Sin importar que el consumo sea de drogas legales o ilegales, debido a que estas sustancias alteran el funcionamiento del cuerpo, la mente, el comportamiento y la interacción con otros y, además de que su uso puede generar adicción y daños severos.

De acuerdo con Lorenzo (2009) al observar retrospectivamente la historia del consumo de sustancias psicoactivas nos damos cuenta que éste no es un fenómeno exclusivo de los tiempos modernos. Todas las culturas a lo largo de la historia han utilizado sustancias variadas que producían modificaciones de la conciencia y de los estados afectivos y perceptivos. La sustancia psicoactiva más utilizada ha sido el alcohol, pero otras drogas, como el hachís, el opio o la mescalina, también han desempeñado un papel importante en los ritos y costumbres de distintas sociedades. Sustancias hoy consideradas peligrosas, no lo fueron tanto en el contexto de las culturas en las que se utilizaron originalmente. Por ejemplo: el uso de las hojas de coca, en determinados países andinos, por los incas y los aymaras no ha tenido nunca las características de una conducta adictiva, ni tampoco el uso recreativo del opio por los chinos dio lugar a graves consecuencias psicoorgánicas y comportamentales hasta que se obtuvieron derivados purificados (morfina) o más potentes (heroína) y, además empezaron a administrarse dichos productos por vía endovenosa.

Los factores de consumo varían enormemente, en función del individuo, del tipo de droga y del contexto social. Así, diferentes personas pueden utilizar distintas drogas por el mismo motivo, o la misma droga por diferentes motivos; una misma persona puede alternar diversos motivos para consumir una droga determinada (Lorenzo, 2009).

De acuerdo con el Manual de Procedimientos (CENADIC, 2012) es importante disminuir el consumo de drogas a través de acciones tempranas y oportunas en escuelas, grupos organizados y comunidad en general.

Para lograrlo, algunas de las actividades que se llevan a cabo son:

- Atender los determinantes asociados al consumo de sustancias adictivas en la comunidad.
- Disminuir la prevalencia de abuso y dependencia mediante actividades preventivas.
- Identificar en forma temprana a jóvenes susceptibles o vulnerables (tamizajes).
- Intervenir tempranamente.

- Diagnosticar en áreas biopsicosociales a quienes padezcan una adicción.
- Detener el desarrollo de la enfermedad en fases tempranas.
- Brindar el apoyo necesario a las familias de experimentadores, abusadores o dependientes.

Para clasificar las estrategias que nos ayuden a identificar los factores de riesgo y protección que inciden en el consumo de las drogas ya sea legales o ilegales; así como para realizar el trabajo de prevención, es importante conocer la clasificación de las drogas, los efectos que producen en el organismo y por qué resulta tan complicado que las personas que están dentro de una dependencia a las sustancias adictivas pueda salir de ellas.

4.1 DROGAS.

Administración y absorción de las drogas.

De acuerdo a con Pinel (2001) normalmente, las drogas se administran de una de cuatro formas: por ingestión oral, por inyección por inhalación o por absorción a través de las membranas mucosas de la nariz, la boca o el recto. La vía de administración influye en el ritmo y el grado en que la droga llega a sus lugares de acción.

Ingestión: la vía oral es la vía preferida de administración de muchas drogas. Una vez que se tragan, las drogas se disuelven en los líquidos del estómago y llegan al intestino, donde se absorben en la sangre. Sin embargo, algunas drogas pasan fácilmente a través de la pared del estómago (por ejemplo, el alcohol), y manifiestan antes su efecto debido a que no tienen que llegar al intestino para absorberse (Pinel, 2001).

Inyección: La inyección de drogas es una práctica médica habitual, debido a que los efectos de las drogas inyectadas son grandes, rápidos y previsibles. Normalmente, las drogas se inyectan subcutáneamente en el tejido graso que está justo debajo de la piel, intramuscularmente en los músculos grandes, o intravenosamente en las venas directamente en los puntos por donde pasan justo por debajo de la piel (Pinel, 2001).

Inhalación: La sangre puede absorber algunas drogas a través de la rica red de capilares de los pulmones. Muchos anestésicos se administran normalmente por inhalación, como se hace con el tabaco y la marihuana (Pinel, 2001).

Absorción a través de las membranas mucosas: Algunas drogas pueden administrarse a través de las membranas mucosas de la nariz, la boca y el recto. La cocaína, por ejemplo suele administrarse a través de las membranas nasales (esnifarse) –aunque no sin dañarlas (Pinel, 2001).

Tolerancia a las drogas.

La tolerancia a las drogas consiste en un estado de menor sensibilidad a la droga, que se produce como resultado de la exposición de la misma. La tolerancia a una droga puede demostrarse de dos formas: al mostrar que una dosis determinada de la droga tiene menos efecto que el que tenía antes de la exposición a la droga, y mostrando que se necesita más droga para producir el mismo efecto (Pinel, 2001).

Hay dos categorías de cambios en que se basa la tolerancia a una droga: metabólicos y funcionales. La tolerancia a una droga como consecuencia de cambios que reducen la cantidad de droga que llega a sus lugares de acción se denomina tolerancia metabólica. La tolerancia que resulta de cambios que reducen la reactividad de los sitios de acción de la droga se denomina tolerancia funcional (Pinel, 2001).

Efectos de la abstinencia de la droga y dependencia física.

Después de que hayan estado en el organismo cantidades importantes de una droga durante un periodo de tiempo (por ejemplo, varios días), su eliminación repentina puede provocar un malestar denominado síndrome de abstinencia. Se dice que las personas que sufren reacciones de abstinencia cuando dejan de tomar una droga tienen dependencia física de la droga (Pinel, 2001).

La gravedad de los síntomas de abstinencia depende de la droga concreta de que se trate, de la duración y el grado de exposición previo a la droga, y de la velocidad con que se elimina la droga del organismo. En general, una mayor exposición a dosis mayores, seguida de una eliminación más rápida, produce unos efectos mayores de abstinencia (Pinel, 2001).

Se pensaba que la dependencia física era la principal causa de la adicción, se acuñó el término dependencia psicológica, con el que se dice que la dependencia psicológica era la causa del consumo compulsivo de una droga, en ausencia de dependencia física (Pinel, 2001).

Clasificación de las drogas:

De acuerdo al Manual para el Capacitador (2009) **la clasificación farmacológica, efectos y consecuencias del uso de las drogas** son de la siguiente manera:

DEPRESORES

Como dice el Manual para el Capacitador (2009) los **efectos** de los depresores, son los siguientes:

- Disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central (provocan que los consumidores tropiecen, caigan, permanezcan mucho tiempo sentados o acostados; hablen lentamente y se queden dormidos).

- Disminuyen la ansiedad.
- Reducen la tensión (sensación de bienestar).

Tipos de drogas.

- Derivados del opio (morfina, heroína y codeína).
- Alcohol etílico.
- Disolventes volátiles.
- Sedantes.
- Hipnóticos.
- Ansiolíticos.

Algunas de las consecuencias de su uso (Manual para el Capacitador 2009):

- El abuso severo de inhalables dañan los nervios que controlan los movimientos motores, pérdida de coordinación general. Los adictos crónicos experimentan temblores y agitación incontrolable.
- El abuso de inhalables puede ocasionar el “Síndrome de Muerte Súbita por Inhalables”
- El alcohol causa daños en el hígado provocando el desarrollo de la cirrosis (se hace duro como piedra y deja de funcionar), gastritis, úlceras en el estómago, daños cerebrales que van desde la confusión hasta los delirios
- El abuso de pastillas depresoras (calmantes) puede llevar a la muerte súbita por paro respiratorio
- La heroína aparte de su alto grado de adicción causa muerte súbita a dosis altas, así como infecciones en piel y venas por el uso de agujas contaminadas, VIH/SIDA y hepatitis C.

ESTIMULANTES:

Como indica el Manual para el Capacitador (2009) los efectos de los estimulantes, son los siguientes:

- Aumento en la presión sanguínea, en la temperatura corporal y en el ritmo cardiaco
- Euforia (sensación de bienestar)
- Sentimiento exagerado de felicidad
- Ansiedad
- Disminución del apetito
- Estados de pánico, miedo, indiferencia al dolor y fatiga
- Alteraciones del sueño
- Comportamiento violento
- Sentimiento de mayor resistencia física

Los tipos de drogas de acuerdo al Manual para el Capacitador (2009) son los siguientes:

- Cocaína (polvo, nieve, talco, perico)
- Crack.
- Anfetaminas (anfetas, elevadores, hielo, tacha, éxtasis, cristal).
- Metanfetaminas.
- Nicotina (tabaco).
- Cafeína (xantinas).

Algunas de las consecuencias de su uso, citadas en el Manual para el Capacitador (2009) son:

- Alteraciones en el sistema cardiovascular.
- Problemas pulmonares.
- Estados paranoicos (la persona se siente perseguida, vista o vigilada, experimenta mucho miedo).
- Infartos del corazón o del cerebro.
- Insomnio.

ALUCINÓGENOS.

Conforme al Manual para el Capacitador (2009) los efectos de los alucinógenos, son los siguientes:

- Actúan sobre el sistema nervioso central, produciendo alucinaciones o ensueño
- Alteración del estado de vigilia
- Alteración de la noción de tiempo y espacio
- Exageración de las percepciones sensoriales, en especial de la vista y el oído
- Perciben objetos o sensaciones que no existen en la realidad

Tipos de drogas acorde al Manual para el Capacitador (2009) son:

- Dietilamida del ácido lisérgico (LSD, cubo de azúcar, ácidos).
- Hongos (psilocibina).
- Peyote (mezcalina).
- Marihuana (pasto, yerba, mota, toque, sin semilla, faso, porro)

Algunas de las consecuencias de su uso referidas en el Manual para el Capacitador (2009) son:

- Mal viaje (experiencia aterrizante con ansiedad e intensos sentimientos de miedo a morir de manera inminente, a volverse loco o a que algo malo pase. Se puede perder todo contacto con la realidad y tener conductas suicidas u homicidas.

- En ciertos casos pueden favorecer el desarrollo de esquizofrenia (pérdida de contacto con la realidad)

4.2 Motivación para el cambio:

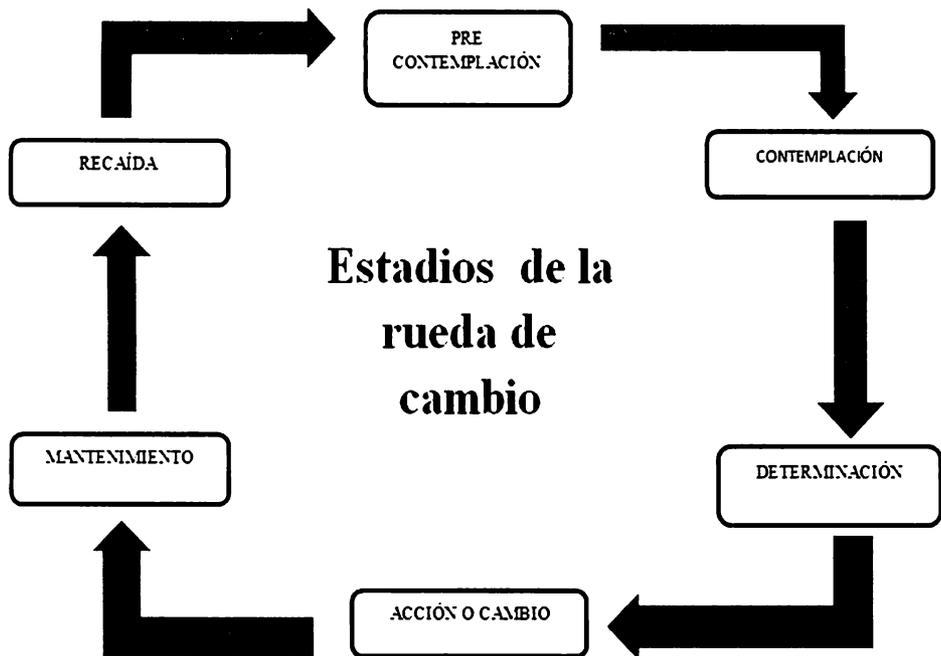
El proceso mediante el cual una persona pasa desde una adicción activa hacia la recuperación sostenida, está en realidad basado en una toma de conciencia progresiva acerca del problema, y la necesidad de cambios que influyen en la motivación. Por ello es importante conocer este instrumento:

ENTREVISTA MOTIVACIONAL. Una importante herramienta, es un estilo de orientación dirigida y centrada en el paciente que tiene como finalidad provocar un cambio de conducta al ayudar a las personas a explorar y resolver de manera asertiva sus problemas.

En dicha entrevista no se toma un papel de figura autoritaria, se ayuda al paciente a buscar estrategias y herramientas para que encuentre la forma de tomar decisiones, una vez que lo logre, ayudar a que las visualice como positivas o negativas y en base a ello aprenda a elegir las mejores decisiones, basándonos en el respeto al paciente, a sus creencias y valores.

Como profesional de la salud esta herramienta sirve para explorar las razones del paciente para cambiar, guiándonos con las etapas de cambio de James Prochaska y Cario DiClemente (1982): Todos pasamos por las mismas etapas a la hora de realizar el cambio: **precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída.** (William y Rollnick, 1999)

Las representaron gráficamente en la “rueda del cambio” (James Prochaska y Cario DiClemente 1982).



Conforme a Miller y Rollnick (1999) la descripción de las diferentes fases del proceso es:

Precontemplación: La persona empieza a girar alrededor de la rueda, ésta aún no ha considerado que tenga un problema o que necesite introducir un cambio en su vida.

Contemplación: Un importante avance. Ya se sabe que tiene un problema, ya se es consciente de él. Prochaska y DiClemente dicen que se está ambivalente: **Considera y rechaza el cambio a la vez.** La experiencia de la persona contempladora queda descrita como un tipo de oscilación entre las razones para cambiar y las razones para continuar de la misma manera.

Determinación: Un "fugaz" momento de lucidez y se resuelve la ambivalencia por el lado del cambio. Se decide a hacer algo, que no es lo mismo que hacerlo de verdad.

Acción: Aquí ya se está decidido a cambiar y da los pasos necesarios en esa dirección. Cuando la persona llega a la fase de acción y da los pasos para producir un cambio puede hacer dos cosas: Recaer o mantenerse.

Mantenimiento: Se esfuerza por no perder lo que ha conseguido en la fase de acción. Supone un trabajo considerable, porque la tarea fundamental es prevenir la recaída.

Recaída: Cuando no se mantienen los logros conseguidos, se vuelve a iniciar la rueda, probablemente desde la fase de contemplación.

Etapas del cambio y tareas del terapeuta (Miller y Rollnick, 1999):

Etapas del usuario	Tareas motivacionales del paciente
Precontemplación	Aumento de la duda –aumento de la percepción del paciente de los riesgos y problemas de su conducta actual.
Contemplación	Inclinación de la balanza –evoca las razones para cambiar y los riesgos de no cambiar; aumenta la autoeficacia para el cambio de la conducta actual.
Determinación	Ayuda al paciente a determinar el mejor curso de acción que hay que seguir para conseguir el cambio.
Acción	Ayuda al paciente a dar los pasos hacia el cambio.
Mantenimiento	Ayuda al paciente a identificar y a utilizar las estrategias para prevenir una recaída.
Recaída	Ayuda al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción, sin que aparezca un bloqueo o una desmoralización debidos a la recaída.

4.2.1 Herramientas de apoyo:

Una tarea importante dentro de las adicciones es ver si se está presentando alguna problemática en relación al consumo, para lograrlo se cuenta con herramientas confiables que nos ayudan a identificar el problema, como son el ASSIST v3.1 y el POSSIT, que describiré a continuación:

El **ASSIST v3.1** que de acuerdo al Manual para uso en la atención primaria OMS (2011), consta de ocho preguntas que cubren el tabaco, el alcohol, el cannabis, la cocaína, los estimulantes de tipo anfetamínico (incluyendo éxtasis) inhalantes, sedantes, alucinógenos, los opiáceos y otras drogas. Ayuda a identificar el uso de riesgo, el uso perjudicial y la dependencia de cualquier sustancia psicoactiva. Cubre información sobre:

- Uso de sustancias en la vida.
- Uso de sustancias en los últimos 3 meses.
- Problemas con el uso de sustancias.
- Riesgos corrientes y futuros.
- Dependencia.
- Uso inyectable.

El **POSIT**, que de acuerdo al Programa de Intervención Breve para Adolescentes que Inician el Consumo de Alcohol y otras Drogas (2009), es un cuestionario estandarizado para adolescentes de 12 a 18 años, tiene el objetivo de ser un primer filtro para detectar a

los adolescentes que presenten problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas o podrían favorecer el desarrollo de una adicción, a saber:

- Conducta agresiva/delictiva
- Salud mental
- Relación con amigos
- Interés laboral
- Nivel educativo
- Relaciones familiares
- Uso/abuso de sustancias

4.2.2 Prevención:

La prevención es la meta fundamental y más deseable para todas las enfermedades, pero en el caso de las adicciones representa un reto complejo, por el número y variedad de sustancias, sus efectos en los individuos, en el contexto social y legal en que se encuentran.

Las adicciones son problemas de salud, por ello es importante ser prevenidos, desarrollando acciones que permitan disminuir los daños a la salud que puedan ocasionar las sustancias adictivas.

De acuerdo con Lorenzo (2009) la prevención representa el conjunto de esfuerzos encaminados a lograr una reducción y/o eliminación del consumo de drogas y los problemas asociados. Esta acción preventiva debe desarrollarse en el marco de una política integral de educación para la salud y el bienestar.

Los niveles de intervención preventiva en drogodependencias según el nivel de riesgo aportado conforme a Lorenzo (2009) son:

Prevención indicada: Dirigido a personas con primeros síntomas de abuso y/o con problemas de conducta relacionados.

Prevención selectiva: Dirigido a grupos con especial riesgo de consumo.

Prevención universal: Dirigida a la población general.

Para llevar a cabo la labor de prevención se pueden utilizar las siguientes tácticas a realizar con la población: A) Factores de Riesgo y Protección, B) psicoeducación y C) desarrollo de estrategias.

- A) Los factores de protección moderan los factores de riesgo, especialmente cuando hay un alto número de factores de protección y pocos de riesgo, llevando a una clara reducción en el consumo. Al tiempo, cuando hay un gran número de factores de riesgo y pocos de protección el uso de drogas es elevado. Cuando hay altos niveles

de factores de riesgo y altos niveles de factores de protección el consumo de drogas es moderado (Becoña, 2002).

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN: Ambos tipos de factores pueden afectar a las personas durante diferentes etapas de sus vidas. En cada etapa se enfrentan riesgos que es posible cambiar a través de una intervención preventiva. (Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables para una Nueva Vida 2008).

El siguiente cuadro describe cómo los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco ambientes, en los que se pueden realizar las intervenciones preventivas, (NIDA, 2004 citado en Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables para una Nueva Vida 2008):

Ambientes	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	Conducta agresiva precoz	Auto-control
Familia	Falta de supervisión de los padres	Monitoreo de los padres
Compañeros	Abuso de sustancias	Comunicación entre pares
Escuela	Disponibilidad de drogas	Políticas anti-drogas
Comunidad	Pobreza	Fuerte apego al barrio

Cabe aclarar que el consumo de drogas no dependerá exclusivamente de que existan factores de riesgo, sino también del individuo y de su entorno. De igual forma, ninguno de los factores, tanto de riesgo como de protección, está por encima de los otros ni son la única causa del consumo; se puede hablar de probabilidad pero no de determinación (Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables para una Nueva Vida 2008).

Los factores protectores, aplicados en programas preventivos del abuso de drogas, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo; están orientados hacia el logro de estilos de vida saludables (promoción de la salud), que determinan normas, valores y patrones de comportamiento contrarios al consumo de drogas y que a su vez sirven de amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo. (Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables para una Nueva Vida 2008).

- B) Psicoeducación, incrementa el proceso de toma de conciencia, control de estímulos y liberación social, porque proporciona información con respecto al uso de

sustancias y sus potenciales efectos, es vital adiestrar a la población para la prevención a través del conocimiento de Mitos y Realidades de Mitos, y 10 Recomendaciones para prevenir que tus hijos e hijas utilicen drogas.

Los 12 Mitos y realidades de las drogas, de acuerdo al Manual para el capacitador, (2009).

Mito 1. El cigarro sólo daña al que fuma.

Realidad: Quienes fuman afectan a las personas que conviven a su alrededor como cónyuges, hijos o amigos.

Los hijos de padres fumadores pueden padecer más infecciones respiratorias y problemas del oído, crisis de asma frecuentes y severas (dificultad para respirar), predisposición a bronquitis y neumonías. Los recién nacidos, pueden sufrir síndrome de muerte súbita (muerte de cuna).

Las parejas de los fumadores tienen mayor riesgo de sufrir bronquitis crónica y enfisema pulmonar, cáncer pulmonar, bucal o de vejiga, infarto al corazón y enfermedades cerebrovasculares.

Las embarazadas tienen mayor probabilidad de abortar o tener hijos con bajo desarrollo y peso al nacer. Cuando alguien fuma cerca de ti, el humo irrita tu garganta y te puede hacer toser, se pueden llegar a sentir náuseas o mareo.

Metáfora

- ¡Date cuenta, también dañás a los que te rodean!

Mito 2. Fumar de vez en cuando no es adicción.

Realidad:

Los efectos de la nicotina y otras sustancias que contiene el cigarro son acumulativos. Fumar poco, pero de forma continua es tan perjudicial como los excesos esporádicos. Y desde luego, no fumar es no fumar NUNCA, además la adicción a la nicotina se presenta si se consume sólo de vez en cuando.

Metáfora

- Si fumás de manera ocasional, también dañás tu cuerpo

Mito 3. El cigarro te hace ver atractiva o atractivo.

Realidad:

El cigarro provoca que los dientes adquieran un color amarillo, favorece el desarrollo de caries, genera mal aliento, mal olor en la ropa y el pelo, la piel se reseca e incide en la aparición de arrugas prematuras. Las tabacaleras nos quieren hacer pensar que fumar es sexy a través de modelos atractivos, con dentaduras impecables, pero la realidad es otra.

Metáfora:

- Fumar puede dañar tu imagen.

Mito 4. Es importante enseñarles a los niños a beber desde chicos.

Realidad:

El consumo de alcohol en los niños produce daños más severos. La tolerancia se desarrolla más rápidamente.

Además de que al estar expuestos desde pequeños, son más vulnerables a los daños físicos que causa el alcohol a largo plazo como cirrosis hepática, pancreatitis, neuropatía alcohólica, diabetes.

Metáfora:

- El desarrollo del alcoholismo puede comenzar desde muy jóvenes

Mito 5. Hay gente que bebe en exceso y no se emborracha o no le hace daño. Si tomo poco, puedo manejar sin riesgos.

Realidad:

Aun en pequeñas cantidades, desde la primera copa el alcohol produce alteraciones en el sistema nervioso central que afectan la capacidad de respuesta, los reflejos y la percepción del tiempo-espacio. Todas las personas son diferentes y algunas “presumen” de conducir perfectamente aun con los efectos “leves” del alcohol, lo que en realidad están haciendo es poner en riesgo su vida y la de los demás. Algunas personas después de beber mucho “aparentan” no estar intoxicadas, sin embargo se producen daños en su organismo, puede ser que tengan más tolerancia (necesidad de incrementar la dosis para sentir los mismos efectos).

Metáfora

- El exceso y el alcohol, seguro tienen reacción

Mito 6. Beber los fines de semana no hace daño.

Realidad

El daño que provoca el alcohol depende principalmente de la cantidad que se ingiere, no del día. En México generalmente se consume alcohol los fines de semana y en grandes cantidades, esto ocasiona deterioros al hígado y al cerebro, además propicia accidentes y actos violentos. Muchos viernes y sábados sociales terminan en una delegación o en un hospital.

Metáfora

- No importa cuándo sino cuánto

Mito 7. Si se mezcla alcohol con las bebidas energizantes, no se sube.

Realidad

Al mezclar bebidas estimulantes con depresores, se origina una alteración desordenada del cerebro y del organismo, esto puede ocasionar un daño permanente y en ocasiones irreversible. La persona que hace esta combinación sufrirá los mismos daños a la salud por abusar del alcohol mezclado, la diferencia es que se sentirá más despierto de manera temporal.

Metáfora

- Sin que te des cuenta, combinar te puede perjudicar

Mito 8. La marihuana no hace daño porque es natural, es peor el tabaco.

Realidad

Tanto la marihuana como el tabaco son plantas, pero contienen sustancias tóxicas y productos químicos que dañan tus pulmones. Además la marihuana contiene tetrahidrocanabinos que pueden predisponer a la aparición de trastornos mentales como la esquizofrenia. Tiene efectos dañinos a la salud física y mental de quien la consume, puede provocar alteraciones permanentes de la memoria, la capacidad de aprendizaje, de atención y reacción. La marihuana también puede causar cáncer, bronquitis crónica y enfisema pulmonar.

Metáfora

- ¡No todo lo verde es vida!

Mito 9. Consumir cocaína una vez no implica riesgo.

Realidad

La cocaína es una droga con alto poder adictivo, la dependencia física puede presentarse aun después de las primeras ocasiones de haberla usado. Está comprobado que la repetición

del consumo de cocaína produce tolerancia muy rápidamente, lo que se manifiesta en la necesidad de ingerir dosis cada vez mayores para obtener los mismos efectos. También hay personas susceptibles que con un consumo de cocaína han fallecido por aumento en su presión arterial o derrames cerebrales.

Metáfora

- La primera vez si pasa... y mucho

Mito 10. Las drogas de diseño (éxtasis o tachas, elevadores, hielo, corazones, píldora del amor) son menos peligrosas y no causan adicción.

Realidad

Las drogas de diseño que vienen en pastillas o cápsulas y parecen inofensivas, son altamente peligrosas, está comprobado que son “neurotóxicas”, esto significa que matan las neuronas rápidamente; además se elaboran en laboratorios clandestinos, donde mezclan diversos grupos de sustancias sin ningún control. No hay manera de saber qué sustancias y qué concentraciones contienen estas drogas. Lo que sí se sabe es que éstas, aceleran la presión sanguínea y el cerebro.

Metáfora

- Si la experiencia quieres vivir, costosa te puede salir

Mito 11. Los inhalables son sustancias que sólo dañan a los que consumen diario.

Realidad

Cualquier persona está expuesta a absorber inhalables ya que son productos químicos de uso doméstico e industrial, incluso accesibles en la casa. Los deterioros que producen se pueden presentar desde la primera experimentación, debido a la gran capacidad que tienen de mezclarse y depositarse en el cerebro.

Metáfora

- Si inhalas una vez para ver que se siente, puedes dejar de ver para siempre

Mito 12. Dejar las drogas es fácil.

Realidad

Para los consumidores experimentales y ocasionales es menos difícil dejar de utilizarlas. Para los adictos, es extremadamente difícil dejarlas y es por eso que requieren de tratamiento y rehabilitación (ayuda profesional), para salir de la adicción y lograr un estado saludable de vida.

La familia juega un rol fundamental en el proceso de toma de conciencia y en la rehabilitación. Los tratamientos más exitosos incluyen el trabajo y apoyo profundo de la familia del paciente.

Metáforas

- Si entras al laberinto de las drogas, te puedes perder para siempre.

Las 10 Recomendaciones para prevenir que tus hijos e hijas utilicen drogas, acorde a la Guía Práctica del Promotor, (2013).

1°. Empieza por poner el ejemplo.

- Tú eres el modelo más importante para tu hijo.
- Enséñale que se pueden superar los problemas sin necesidad de consumir drogas.
- Establece reglas de conducta en casa, de esta forma a tu hijo le quedará claro cómo debe comportarse (Guía Práctica del Promotor, 2013).

2°. Conoce a los amigos(as) de tu hijo(a).

Relaciónate con otros padres de familia, así podrán estar atentos y unidos para detectar a tiempo cualquier problema.

- Déjalo que invite a sus amigos a casa cuando estés presente. Tu hijo se sentirá apoyado y podrás conocer a sus amigos, platicar con ellos y darte cuenta de las cosas que les gusta hacer en grupo.
- Trata de conocer a los padres de los amigos de tu hijo. Cuando los padres de familia se conocen entre sí, se pueden ayudar unos a otros para apoyar y cuidar a los hijos entre todos.

3°. Educa a tu hijo(a) con valores positivos hacia la vida.

- Cuando un hijo vive con principios y valores claros, sabrá decir NO a consumir drogas y evitar amigos o lugares que lo pongan en riesgo.
- Enseña a tu hijo el valor de la amistad.

4°. Motiva a tu hijo(a) a tener amistades positivas.

Apóyalo para que se mueva en ambientes sanos, como equipos deportivos o grupos culturales o de ayuda a otros. Ahí encontrará buenas amistades que, al realizar actividades saludables, harán menos probable que consuma drogas.

- Pregúntale a tu hijo cómo le va con sus amigos. Recuerda que durante la adolescencia, éstos son una fuerte influencia y pueden ejercer presión para realizar ciertas conductas.

- Si sus amigos toman, fuman o sospechas que consumen drogas, debes platicar con tu hijo sobre las consecuencias negativas de consumir drogas, como por ejemplo los daños a su salud, el riesgo de sufrir accidentes o peleas y de perder amigos, familia, escuela y trabajo.
- Deja que él tome la decisión de alejarse de esas compañías, si presionas para que lo haga puede resultar contraproducente. Solo recuérdale que lo apoyarás siempre que lo necesite y que los problemas siempre tienen solución.
- Si cerca de tu hijo hay otros jóvenes sanos y deportistas, favorece que conviva con ellos y haga amistad; procura no verte demasiado interesado porque entonces rechazará esas compañías por el simple hecho de que tú las promuevas.

5°. Escucha a tu hijo(a).

Evita ser tú el que hable, más bien escúchalo para que te comparta sus experiencias y sentimientos, sus problemas y logros.

- Habla con él y aprende a escucharlo sin descalificarlo. Es bueno que sepas cómo se siente tu hijo, qué problemas tiene y cuáles son sus intereses. Platica con él, muestra interés en lo que te dice y evita juzgarlo o darle consejos en ese momento.
- Busca una buena oportunidad. Encuentra un buen momento para hablar con tu hijo sobre cualquier tema que a él le llame la atención. Puedes aprovechar cuando van y vienen de la escuela, cuando se sientan a comer o cuando esté descansando. Evita los momentos cuando esté cansado o aburrido, ya que es poco probable que tenga ganas de hablar.
- Si ya se animó a platicar, no lo interrumpas. Míralo a los ojos cuando hable, ponle atención, espera hasta que termine de hablar y luego dale tu opinión sin regañarlo. Apaga el radio o la tele, deja lo que estés haciendo para escucharlo con interés.
- Interésate por lo que hace. Pregúntale cómo pasó su día, cómo se siente, qué piensa o qué quiere hacer y hablar; también pláticale lo que sientes, piensas y quieres. Así se conocerán más y podrán entenderse mejor.
- Evita los regaños y sermones. Si algo de lo que diga tu hijo no te parece bien, no lo descalifiques en automático, mejor piensa bien cómo decirlo antes de explotar con un insulto o una burla que puede lastimarlo y cortar con la comunicación. Haz un esfuerzo para no enojarte; respira profundamente unas cuantas veces y luego pregúntale que fue lo que pasó.
- Expresa reconocimiento. Felicita a tu hijo por sus logros y las cualidades que posee, de esta forma es más probable que continúe con esas conductas (Guía Práctica del Promotor, 2013).

6°. Fortalece la autoestima de tu hijo(a).

Desarrollar la autoestima de tu hijo no significa consentir o aprobar todo lo que hace, sino demostrarle tu cariño y afecto cuando lo elogias y cuando lo corriges.

- Aunque no siempre estés de acuerdo con la forma de pensar de tu hijo, demuéstrale tu cariño y apoyo. Si tu hijo se da cuenta de que crees en él se sentirá más seguro en lo que haga.
- Si lo felicitas por algo que hizo, dile exactamente por qué lo estás felicitando. “¡Te felicito, limpiaste tu cuarto!” o bien “¡Me da mucho gusto que estés estudiando para pasar esta materia!”.
- Evita que tu halago se vuelva reproche, por ejemplo: “Te felicito, limpiaste tu cuarto PERO me dejaste un tiradero en la cocina”. Si necesitas decirle lo que hizo bien y además lo que le hizo falta, es mejor decirlo al revés: “Me dejaste un tiradero en la cocina; pero te felicito porque limpiaste tu cuarto”.
- Si crees que tu hijo puede mejorar algo de lo que hace, sugiérele opciones para que lo haga, por ejemplo: “Esto que hiciste puede verse mejor, intenta otra vez”; o bien: “por qué no pruebas con otro color ese dibujo, tú iluminas muy bien”. No lo compares ni le digas “no sirve” o “no sabes”. Enséñalo a competir consigo mismo y resalta sus cualidades para que con ellas mejore lo que se le dificulta.
- Si lo corriges por algo que hizo, dile de forma clara y concreta por qué lo estás corrigiendo. Si conoce las causas de sus errores podrá encontrar las posibles soluciones y entenderá mejor tu enojo. Por ejemplo: “No me parece que te duermas tan tarde, porque al día siguiente no te puedes levantar, estás cansado y llegas tarde a la escuela”.
- Apóyalo para que aprenda a tomar decisiones por su cuenta, a hacerse responsable y asumir las consecuencias de sus conductas. Empieza por cosas simples para que lo vaya entendiendo, como elegir el sabor de una paleta o el color de su playera y aguantarse si a la mera hora no le gustó. Estas pequeñas decisiones y consecuencias son las mejores lecciones para hacerlos responsables (Guía Práctica del Promotor, 2013).

7°. Habla con tu hijo(a) sobre las drogas.

Platica con tu hijo sobre lo que ocasiona el consumo de drogas. Explícale que el uso y el abuso de alcohol, tabaco y drogas ilegales no son necesarios para “verse grande” o “ser importante”. Pon reglas claras en tu familia sobre dichos uso y abuso.

- Infórmate sobre las drogas legales e ilegales y sus efectos, de esta forma podrás platicar con tu hijo sobre los daños que éstas ocasionan. Hazle ver que el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas trae consecuencias negativas.

- Explica a tu hijo que las consecuencias negativas por consumir drogas son de dos tipos las que aparecen casi inmediatamente después de haber consumido la droga, como por ejemplo accidentes de auto, peleas, caídas, discusiones familiares o con amigos, quemaduras, etc., y otras que aparecen tiempo después, como por ejemplo problemas de salud graves, abandono de la escuela, pérdida del trabajo, problemas emocionales, etc.
- Habla con tu hijo de sus metas de vida y de lo que le gustaría hacer o lograr en unos años, por ejemplo como profesional, como persona, como hijo, etc. Hazle ver que consumir drogas impide el cumplimiento de sus planes de vida (Guía Práctica del Promotor, 2013).

8°. Enséñale a tu hijo(a) a saber decir NO.

Prepara a tu hijo para que aprenda a negarse ante propuestas que vayan en contra de lo que realmente quiere.

Enséñale a tu hijo a no sentirse mal por decirle “no” a sus amigos.

- La presión de los amigos es el principal motivo por el que los jóvenes empiezan a fumar, beber o probar drogas. Explícale a tu hijo que es más valiente el que se atreve a decir “no” con amabilidad y respeto. Si realmente son sus amigos, no lo podrán obligar y respetarán su decisión. Pero si insisten o lo amenazan, debe saber que esos no son buenos amigos y que puede contar con tu apoyo para buscar nuevas amistades.
- Explica a tu hijo que negarse a hacer algo que no desea o que va en contra de lo que piensa o quiere aumenta su confianza en sí mismo, lo ayuda a ser más independiente y a tomar decisiones con el deseo de hacerlo lo mejor posible (Guía Práctica del Promotor, 2013).

9°. Promueve que tus hijos(as) realicen actividades sanas y divertidas.

El adecuado manejo del tiempo libre protege a tu hijo y lo aleja de la posibilidad de iniciar el consumo de drogas.

Pon el ejemplo.

- Recuerda que tú eres un modelo importante para tu hijo. Si él te observa hacer actividades saludables como practicar algún deporte, tocar algún instrumento, pintar, leer, etc., aprenderá esas conductas de ti y muy probablemente comience a realizar alguna de ellas.
- Pregúntale a tu hijo y a sus amigos sobre las cosas o actividades que les gustaría hacer, y apóyalos para que las hagan.

- Acércalo al deporte, basta una simple pelota o un par de tenis. Tú mismo puedes practicarlo con él, así como visitar museos o lugares que a él le interesen (Guía Práctica del Promotor, 2013).

10°. Aprende a identificar las señales de alarma.

Tu hijo puede estar consumiendo drogas si notas que cambia de amistades y se niega a que tú las conozcas, si está rebelde y pasa mucho tiempo fuera de casa. Si sospechas que está consumiendo alguna droga:

- Actúa con calma, habla con él sin enojarte o llorar.
- Dile que dudas si está consumiendo drogas.

Los padres y madres de familia son la primera línea de contención en la lucha contra las adicciones por lo que es esencial que desarrollen y fortalezcan sus habilidades para alejar a sus hijos de las drogas. Deben estar atentos a las conductas y actitudes de los hijos(as), conocerlos y darse cuenta si están cambiando. Esto permitirá detectar de manera oportuna si alguno está teniendo conductas de riesgo, que lo puedan llevar a consumir alguna droga (Guía Práctica del Promotor, 2013).

C) Por último, el desarrollo de estrategias, ya que es importante contar con las aptitudes necesarias para poseer un comportamiento adecuado y positivo, que permita enfrentar eficazmente los retos y desafíos de la vida diaria. Para lograrlo, se puede enseñar a la población en las posibilidades que tienen para aumentar su desempeño en la vida diaria, a través de Habilidades para la Vida.

HABILIDADES PARA LA VIDA: De acuerdo con Tavera y Martínez (2008) los resultados de la evaluación de programas muestran que el desarrollo de las habilidades para la vida puede retrasar el inicio del uso de drogas, controlar la ira, mejorar el desempeño académico y promover una convivencia social armónica.

Así mismo, Mantilla (1993; Citado en Montoya y Muñoz, 2009). Señala las diez habilidades para la vida que son indispensables para que los adolescentes y jóvenes adquieran la capacidad de elegir estilos de vida saludables según la OMS:

1. **AUTOCONOCIMIENTO** Es la habilidad de conocer nuestros propios pensamientos, reacciones, sentimientos, qué nos gusta o disgusta, cuáles son nuestros límites, y nuestros puntos fuertes/débiles.
2. **EMPATÍA** Es la habilidad de ponerse en el lugar de la otra persona en una situación muy diferente de la primera. Esta habilidad ayuda al alumno a comprender mejor al otro y por tanto responder de forma consecuente con las necesidades y circunstancias de la otra persona.
3. **COMUNICACIÓN ASERTIVA** Es la habilidad para expresar con claridad y de forma adecuada los sentimientos, pensamientos o necesidades individuales.

4. **RELACIONES INTERPERSONALES** Es la habilidad de establecer, conservar e interactuar con otras personas de forma positiva, así como dejar de lado aquellas relaciones que impiden un desarrollo personal.
5. **TOMA DE DECISIONES** Es la habilidad de evaluar las distintas posibilidades, teniendo en cuenta necesidades y criterios, y estudiando cuidadosamente las consecuencias que pueden acarrear las diferentes alternativas, tanto en la vida individual como ajena.
6. **SOLUCIÓN DE PROBLEMAS Y CONFLICTOS.** Habilidad para buscar la solución más adecuada a un problema/conflicto, identificando en ello oportunidades de cambio y crecimiento personal y social.
7. **PENSAMIENTO CREATIVO** Es la habilidad que permite buscar alternativas diferentes de manera original ayudando a realizar una toma de decisiones adecuada.
8. **PENSAMIENTO CRÍTICO** Es la habilidad que permite preguntarse, replantearse, analizar objetivamente la situación existente de la forma más objetiva posible para llegar a conclusiones propias sobre la realidad.
9. **MANEJO DE EMOCIONES Y SENTIMIENTOS** Es la habilidad de reconocer las propias emociones y sentimientos y saber cómo influyen en el comportamiento, aprendiendo a manejar las emociones más difíciles como ira, agresividad, etc.
10. **MANEJO DE TENSIONES Y ESTRÉS** Es la habilidad de conocer qué provoca tensión y estrés en la vida y encontrar formas de canalizarlas para que no interfieran en nuestra salud.

Tavera y Martínez, (2008) las clasifican de la siguiente manera:

Habilidades para la vida		
Habilidades sociales	Habilidades cognitivas	Habilidades para el control de las emociones
<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de comunicación. • Habilidades de asertividad para rehusarse al consumo de drogas. • Habilidades de cooperación y trabajo en equipo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de solución de problemas. • Habilidades de pensamiento creativo. • Habilidades de pensamiento crítico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manejo del estrés. • Autoestima.

4.2.3 TRATAMIENTO

A través de la historia del tratamiento en adicciones, se han desarrollado distintos modelos, con bases distintas, pero todos orientados hacia ofrecer la posibilidad de recuperación a las personas afectadas por la adicción.

A fin de especificar los modelos explicativos de las drogodependencias y el enfoque psicológico, Lorenzo (2009) los clasifica de la siguiente manera:

El **Enfoque psicológico** de la drogodependencia ha descrito y aplicado diferentes sistemas para resolver el problema. Desde programas basados en la confrontación agresiva, hasta técnicas más actuales, como las centradas en los procesos de cambio o en la toma de decisiones. Lo que diferencia entre sí a todos estos planteamientos es la concepción que manejan de la conducta, cómo entienden el consumo de drogas y su posible solución (Lorenzo, 2009).

El modelo biológico: Entiende el consumo de drogas como una enfermedad crónica. Desde esta perspectiva, el adicto no es responsable de su problema pues éste se sustenta en una vulnerabilidad biológica que interactúa con las características de la sustancia. Un vez que la persona se ha convertido en drogodependiente, ya no tiene ningún control sobre su consumo y, por tanto, la solución tiene que venir del exterior y el sujeto debe asumir su condición de enfermo crónico. Los enfoques terapéuticos que siguen este modelo de la adicción, de los cuales el más conocida tal vez sea el de Alcohólicos Anónimos, tienen como objetivo la abstinencia de por vida, pues asumen que una vez que la persona ha perdido el control sobre el consumo de una sustancia nunca más podrá recuperarlo (Lorenzo, 2009).

El **modelo de personalidad adictiva:** Se ha centrado en la búsqueda de rasgos de personalidad que definan al adicto; es decir, un perfil de personalidad adictiva. Las corrientes de estudio de la personalidad han renunciado a la búsqueda de un perfil de personalidad específico y se centran en el estudio de una serie de características que actuarían como factores de predisposición para el desarrollo de un trastorno adictivo, características como *bajo autoconcepto, escaso control de los impulsos, baja tolerancia a la frustración o un elevado rasgo de búsqueda de sensaciones* (Lorenzo, 2009).

El **modelo biopsicosocial:** Entiende el consumo de drogas como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde este planteamiento, el consumo de sustancias ya no sería consecuencia directa de una disfunción orgánica ni producto de unas características patológicas de personalidad, sino el resultado de la combinación de variables relativas a la sustancia, a la persona y al medio. Los tratamientos psicológicos que se han desarrollado dentro de este modelo entienden la adicción como una *conducta aprendida*, de forma que la persona tiene responsabilidad sobre la situación en la que se encuentra y sobre su solución (Lorenzo, 2009).

Desde esta perspectiva se han desarrollado numerosos programas de rehabilitación, siendo aquellos elaborados dentro del paradigma *cognitivo conductual*, los que han recibido mayor apoyo empírico a la hora de demostrar su efectividad (Lorenzo, 2009).

Los planes de tratamiento pueden contener varias estrategias o herramientas de intervención. Pero casi siempre mientras más tiempo en intensidad del tratamiento, resulta un mejor pronóstico para la evolución.

4.2.4 TABACO

La denominación botánica de la planta del tabaco es *Nicotiana tabacum*, en honor a Nicot de Villermain, el primero que sugirió unos efectos farmacológicos de la planta. La *nicotiana tabacum* es originaria de América. Fumar tabaco fue una costumbre religiosa, medicinal y ceremonial en la vida tribal americana precolombina. Traída de España por Colón, su uso se extendió rápidamente en Europa (Lorenzo, 2009).

Fumar tabaco: Es la forma de administrarse nicótica más ampliamente extendida en todo el mundo. Se consiguen mayores efectos farmacológicos, ya que, a través de la absorción de bronquios y alvéolos pulmonares, se alcanzan niveles plasmáticos y tisulares elevados en poco tiempo y en la mayoría de los órganos, especialmente, en SNC. (Lorenzo, 2009).

Síndrome de abstinencia nicotínica: La suspensión de la costumbre de fumar da lugar a una sintomatología que se puede considerar como un auténtico síndrome de abstinencia. Los síntomas aparecen ya el primer día sin tabaco, alcanzando su mayor intensidad al segundo o tercer día. Las principales manifestaciones de la abstinencia nicotínica son: ansiedad, irritabilidad, inquietud, humos disfórico, dificultad para concentrarse, agresividad, labilidad emocional, depresión, trastorno del sueño, bradicardia, hipotensión, sudoración, ingestión excesiva de alimentos y aumento de peso (incluso con ingesta calórica normal), (Lorenzo, 2009).

Efectos y consecuencias del consumo de tabaco.

Conforme a Tavera y Martínez (2008), el tabaco se considera dentro de la clasificación de los estimulantes; su principio activo es la nicotina, que tiene una gran variedad de efectos complejos y, a veces, impredecibles tanto en la mente como en el cuerpo; es la responsable de la adicción al tabaco.

Además de la nicotina, el humo del tabaco contiene alquitrán, que provoca cáncer de pulmón y de otros órganos. En el humo del cigarrillo se han identificado más de 4 mil sustancias tóxicas entre las que se encuentran monóxido de carbono, amonio, plutonio, etc. Aproximadamente 40 de estas sustancias, como el benceno, el níquel y el polonio, tienen potencial cancerígeno (Tavera y Martínez, 2008).

Efectos inmediatos de su consumo	Consecuencias físicas del consumo reiterado
<p>La nicotina causa una descarga de dopamina en las áreas del cerebro que controlan el placer y la motivación. En contraste, también puede producir efectos sedantes, dependiendo de la dosis consumida y del nivel de excitación del sistema nervioso del fumador.</p> <p>Al fumar tabaco, la nicotina se distribuye en el organismo, llegando al cerebro diez segundos después de la inhalación.</p> <p>Con la exposición a la nicotina, se estimula la producción de adrenalina, provocando una descarga de glucosa que incrementa la presión sanguínea, la respiración y el ritmo cardiaco.</p>	<p>La exposición continua al tabaco está asociada con las siguientes enfermedades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de pulmón, boca, faringe, esófago, estómago, páncreas, cérvico-uterino, renal y/o vesícula. • Del sistema respiratorio, como bronquitis crónica, asma y enfisema. • Del corazón, como deficiencia coronaria (falta de afluencia de sangre al órgano, lo que ocasiona infarto). • Padecimientos cerebro-vasculares, derrames cerebrales, aneurisma (deformación o incluso rotura de las paredes vasculares) y problemas circulatorios e hipertensión (presión arterial alta). • Embolias y accidentes cardio y cerebro-vasculares, sobre todo en mujeres que fuman y toman anticonceptivos. • Resequedad de la piel, arrugas prematuras y pérdida de piezas dentales. • Molestias vinculadas con la menstruación que se relacionan con menopausia temprana, algunos casos de esterilidad o concepción retardada. • Disfunción eréctil (impotencia sexual); el consumo de tabaco es una de sus causas más frecuentes.

(Cuadro citado en Tavera y Martínez, 2008).

Se debe tomar en cuenta que los fumadores pasivos, es decir, aquellas personas que están expuestas involuntariamente al humo de tabaco en cualquier sitio cerrado o que conviven con individuos que fuman, pueden sufrir diversos daños, tales como cáncer pulmonar, enfermedades cerebro-vasculares, asma, padecimientos respiratorios, problemas de oído, etcétera (Tavera y Martínez, 2008).

Fumar durante el embarazo:

El consumo de tabaco eleva el riesgo de que el feto experimente retraso en el desarrollo, además de que la madre tenga parto prematuro, abortos espontáneos, niños de bajo peso, muerte fetal (desde las 20 semanas de gestación hasta el momento del parto), muerte neonatal (desde el nacimiento hasta los primeros 28 días), así como muerte súbita (Tavera y Martínez, 2008).

Cuando las madres fuman durante el embarazo, aumenta su probabilidad de tener hijos con trastornos de déficit de atención e hiperactividad (niños extremadamente inquietos).

Consecuencias en la comunidad:

El tabaquismo es la principal causa de muertes y enfermedades prevenibles, por lo que se considera un grave problema de salud pública.

Los problemas ocasionados por el tabaquismo no se hacen evidentes en forma inmediata, por lo que pasan muchos años antes de que el fumador comience a registrar los signos y síntomas del padecimiento y, frecuentemente acude a los servicios de salud cuando ya es demasiado tarde y los costos de los servicios se elevan considerablemente (Tavera y Martínez, 2008).

Tratamientos para la dependencia tabáquica:

Si bien el abandono del hábito de fumar puede conseguirse sin apoyos farmacológicos o de otro tipo, dejando de fumar de manera voluntaria y repentina, ya que un porcentaje variable de fumadores lo consiguen, bien por convicción autodominio, miedo a contraer enfermedades, etc., en la mayoría de los casos se requiere un apoyo complementario, principalmente, durante las primeras 8–12 semanas de abstinencia, las más críticas, con mayor peligro de recaída (Lorenzo, 2009).

De acuerdo con Lorenzo, (2009) se pueden distinguir cuatro tipos de modalidades de tratamiento: 1) terapia de sustitución; 2) terapia de bloqueo; 3) otras terapias farmacológicas y 4) terapia de soporte.

1) La terapia de sustitución:

Consiste en la administración de nicotina, por una vía distinta a la de fumar cigarrillos; y en una cantidad suficiente para evitar el cuadro desagradable del síndrome de abstinencia, pero no suficiente para generar dependencia.

Existen varios procedimientos de terapia sustitutiva de nicotina: chicles, parches dérmicos, spray nasal e inhalador bucal. Los chicles y los parches dérmicos son los más habituales.

2) Terapia de bloqueo:

El bloqueo de los receptores nicotínicos del sistema mesolímbico con fármacos gangliopléjicos que atraviesan la barrera hematoencefálica (mecamilamina) ha sido ensayado para el tratamiento de la dependencia tabáquica.

La mecamilamina reduce la sensación de fumar, pero presenta reacciones adversas graves por su efecto bloqueante ganglionar periférico (ileo, hipotensión, retención urinaria, trastornos de acomodación visual, etc.)

3) Otras terapias farmacológicas:

Tratamientos farmacológicos con clonidina, también es de utilidad en el tratamiento del síndrome de abstinencia a opiáceos, además disminuye la ansiedad y la irritabilidad durante la abstinencia aguda tabáquica. En ensayos clínicos controlados han demostrado ser más eficaz en mujeres que en varones.

Bupropión, es un fármaco con perfil antidepressivo, cuya eficacia ha sido demostrada en ensayos clínicos controlados.

Vareniclina, el resultado de varios ensayos clínicos y controlados ha demostrado su eficacia, aunque ésta se va reduciendo a largo plazo.

La vareniclina, se mostró más eficaz al bupropión en cuanto al porcentaje y tiempo de abstinencia y el número de recaídas.

Rimonabant, varios ensayos clínicos controlados han demostrado su eficacia, aunque menos que la vareniclina. Por su doble acción antiobesidad y antibabáquica tiene la ventaja de evitar el sobrepeso que se produciría en las personas que dejaran de fumar con esta medicación.

4) Terapias de soporte:

Con técnicas de soporte conductuales dentro de programas de apoyo psicosocial bien como único procedimiento o asociada a los tratamientos farmacológicos y siempre aplicadas por profesionales competentes, se consideran resultados satisfactorios.

En general, los métodos conductuales se utilizan para: a) descubrir situaciones de alto riesgo de recaída; b) crear aversión al hábito de fumar y c) desarrollar conductas de autocontrol y de apoyo mutuo.

Otros factores clave para el éxito del tratamiento son: evitar los fumadores y el ambiente donde se fume, debiendo contribuir a ello los familiares y amigos, y desarrollar el aprendizaje y la utilización de habilidades para evitar la recaída a corto y largo plazo, especialmente, en momentos de crisis con peligro de recaída.

4.3 Antecedentes de la terapia grupal.

A principios de los años 60, con la llegada de la terapia, la conductista se hizo patente la posibilidad de utilizarla en el contexto del tratamiento. Generalmente los grupos se componían de miembros con problemas similares. Se podía enseñar conductas concretas a los pacientes y se les podía reforzar con diferentes patrones de refuerzo dentro del propio grupo. Aprovechando la presencia de diversos roles y fuentes de feedback del grupo, se podía llevar a cabo fácilmente un entrenamiento en habilidades sociales. A finales de los años 60, el autor (Rose, 1967), apoyándose en ejemplos clínicos, mostró cómo se podía

aplicar los principios conductistas relacionados con el refuerzo, al tratamiento grupal, al tiempo que se servía del grupo como un recurso más para la intervención (Sansores y Espinosa 1999).

Robert Liberman (1970a, 1970b) fue primero en estudiar las ventajas del grupo. Aporto investigaciones sobre diferentes estrategias conductuales para influir en la cohesividad y en la hostilidad de los miembros hacia el terapeuta. El autor (Rose, 1972) escribió un libro de texto clínico que mostraba el uso de los procedimientos conductistas en pequeños grupos con niños. A mediados de los 70 aparecieron al menos, dos libros de texto clínicos sobre terapia conductista grupal, fundamentalmente para adultos de acuerdo a Rose, Heckel, y Salzberg (citado en Sansores y Espinosa 1999).

A finales de los 70 y a principios de los 80 la terapia conductista comenzó a incluir técnicas como la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de intervención o manejo de situaciones y la relajación; más tarde se añadieron los métodos de exposición a (estímulos como estrategias fundamentales en la intervención al refuerzo y moldeamiento, basados en los principios de la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura (1977). La terapia conductista se empezó a denominar terapia grupal cognitivo-conductual (Sansores y Espinosa 1999).

A partir de 1985 se ha incrementado el interés por la dimensión grupal, debido a las ventajas que implica, siempre y cuando el terapeuta grupal sepa aprovecharlas.

Dado que muchos problemas que se discuten en los grupos cognitivo-conductuales son socio-interaccionales, la presencia de otros pacientes supone, para el terapeuta, la oportunidad de observar y para los pacientes, la posibilidad de poner en práctica nuevas habilidades sociales y de interacción con otros compañeros en un entorno de protección.

El grupo ofrece a los pacientes muchas oportunidades de aprender y practicar conductas y cogniciones a medida que responden a las demandas grupales en continua evolución. En los grupos cognitivo-conductuales los pacientes aportan a los otros pacientes feedback y consejos. Como resultado los pacientes desarrollan importantes habilidades de liderazgo. Ayudando a otros pacientes, generalmente, aprenden a ayudarse a sí mismo de forma más eficaz que cuando son receptores únicos de una terapia particular. Irvin Yalom (1985) consideró este fenómeno como una forma de altruismo y por tanto un importante factor curativo de la terapia grupal. (Sansores y Espinosa 1999).

Otra característica exclusiva de la terapia cognitivo-conductual en grupo es la oportunidad de refuerzo a través de los compañeros. A todos los pacientes se les ofrece la posibilidad de aprender o perfeccionar la habilidad de administrar refuerzos a otras personas en situaciones socio-interaccionales con la esposa, familia, grupo de amigos y trabajo. El terapeuta puede estructurar una situación terapéutica en la que cada individuo tiene oportunidades frecuentes, instrucciones e incluso refuerzos por reforzar él a otros miembros

del grupo. El refuerzo es una habilidad muy útil en la sociedad; algunos autores sugieren que, a medida que las personas aprenden a reforzar a los demás, son reforzados recíprocamente, y se incrementa la afinidad mutua de acuerdo con Goldstein, Heller, Sechrest (citado en Sansores y Espinosa 1999).

Otra contribución de dicha terapia grupal podría ser la precisión de las evaluaciones. Diversos aspectos de un problema, que pueden escapar a la atención del terapeuta más sensible, a menudo se clarifican en una discusión grupal intensa. El grupo ofrece al paciente una fuente de información importante sobre las conductas que resultan molestas o la hacen atractiva ante los demás. También ofrece una evaluación del resto de los participantes sobre las percepciones que el paciente individual tiene de las situaciones sociales. De esta manera, se puede confrontar a cada miembro con las percepciones distorsionadas o defensivas. Este tipo de confrontación se acepta con mayor facilidad cuando viene de un igual que cuando viene del terapeuta. (Sansores y Espinosa 1999).

La terapia cognitivo-conductual en grupo no carece de limitaciones. Aunque el orden del día de una sesión puede servirle al terapeuta como criterio para saber cuándo poner límites a la excesiva profundización en un tema irrelevante, también puede impedir la exploración de las necesidades idiosincráticas de cualquier paciente determinado. Todas las personas necesitan que se asigne un tiempo en cada sesión para discutir sus problemas específicos. Por ello, no se puede permitir que uno o dos participantes se apropien de la sesión. Algunos pacientes se pueden sentir muy cuartados por este intento de implicar a todos los demás miembros del grupo. Este problema, sin embargo garantiza la exploración grupal.

El objetivo de la terapia cognitivo conductual es cambiar un pensamiento irracional por uno racional. (Sansores y Espinosa 1999). El fumador estimulado por los eventos con los que se acostumbró a asociar su conducta de fumador, reacciona irracionalmente cuando se enfrenta a ellos, aunque haya transcurrido mucho tiempo (meses o años) desde que dejó de fumar. Una variedad enorme de posibilidades pueden llevar a este cambio de conducta. En la mayoría de los métodos que son exitosos, es posible que su mecanismo de acción haya sido conductual, aunque no se promueva así. La terapia cognitivo conductual que se utiliza en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias sigue las dos estrategias generales propuestas por Fiore y colaboradores. La primera estrategia general se conoce como solución de problemas/desarrollo de habilidades, en tanto que la segunda describe los elementos comunes de apoyo que deben utilizarse para ayudar a los fumadores a dejar de fumar (INER, 2012).

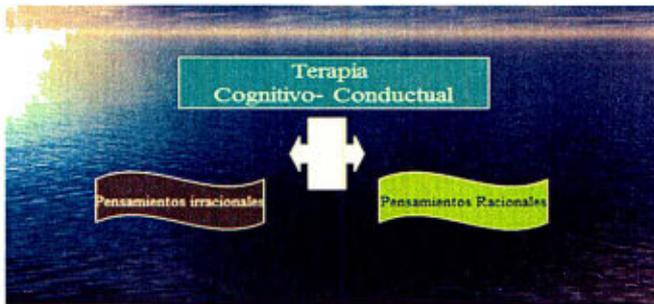
Objetivos del tratamiento.

De acuerdo al INER, 2012. Los principios de la terapia para dejar de fumar se basan en el afrontamiento del "craving" (es uno de los primeros síntomas que se presentan cuando uno

está intentando dejar de fumar y se traduce como una gran deseo incontrolable por fumar) y la modificación de las creencias.

Es un sistema de psicoterapia que intenta reducir las reacciones emocionales excesivas y las conductas contraproducentes o erróneas, mediante la modificación del pensamiento irracional o defectuoso y las creencias desadaptativas, que subyacen a estas reacciones de acuerdo a BECK (citado en INER, 2012).

BASES



Pensamiento irracional.- Son representaciones mentales que no tienen nada que ver con la realidad del evento y generalmente son aprendidas.

Pensamiento Racional:- Son representaciones mentales que tienen que ver con la realidad del evento (Ellis, 1999 citado en INER 2012).

Abordaje terapéutico cognitivo conductual según el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER, 2012):

- a) La manera como actuamos y sentimos esta fundamentalmente determinada por nuestras creencias, actitudes, percepciones, esquemas cognitivos y atribuciones
- b) La identificación y modificación de creencias que exacerbaban el “craving” o deseo irrefrenable de consumir tabaco “auto-registro”.
- c) Que el paciente mejore sus estados de afecto negativo como, ira, ansiedad y desesperanza que normalmente disparan el consumo del cigarro.
- d) Enseñar a los pacientes a aplicar una batería de habilidades y técnicas cognitivas y conductuales y no meramente la fuerza de voluntad, para poder llegar a estar libres del cigarro y mantenerse sin consumirlo, y ,
- e) Ayudar al paciente a ir más allá de la abstinencia, que les permita hacer cambios positivos e importantes en la forma en que se perciben a sí mismos, su vida y su futuro, conduciéndolos a un estilo de vida nuevo.

V

RESULTADOS OBTENIDOS

Como alumna de la UNAM y con el abordaje en el estudio de la psicología clínica, puedo analizar, aprender, interpretar y apropiarme de los fundamentos teóricos, técnicas, procedimientos tecnológicos y otros recursos para evaluar, diagnosticar e intervenir en las realidades clínicas de niñ@s, adolescentes y adult@s, transformando en forma creativa y positiva su entorno y su psique, con ética, responsabilidad social, idoneidad y vocación de servicio. Todo ello lo puse en práctica en cada una de las actividades intramuros y extramuros que realice dentro de CAPA Pirules.

5.1 *Capacitaciones grupales*

- **¿Qué es el CAPA?** Atención a las primeras veces con apoyo de la **entrevista inicial**. Aplicación de cuestionario **ASSIST v3.1** y cuestionario de tamizaje **POSIT**.

El aprendizaje obtenido sobre CAPA Pirules, lo puse en práctica cuando proporcionaba información a las personas que asistían al Centro a pedir informes sobre los servicios que se brindaban en éste; así como conocer las pautas para saber si dichas personas eran candidatas a concertar un cita o para proporcionarles la información de alguna de las instituciones que trabajan en conjunto con el Centro.

Al principio las correcciones que se le hicieron a las entrevistas iniciales que realice fueron en el diagnóstico y el tratamiento que les asigne, con los cuestionamientos que las respectivas psicólogas le hacían a mi trabajo en relación a la información que había obtenido al momento de realizar la entrevista y la retroalimentación recibida en cada nota psicológica hubo progresos, así el diagnóstico y tratamiento mejoraron.

Lo aprendido del cuestionario ASSIST v3.1, me favoreció al momento de complementar la información de la entrevista inicial.

Con respecto al cuestionario estandarizado POSIT para adolescentes de 12 a 18 años, me ayudo al momento de aplicarlo a algún grupo o cuando había que realizar su captura.

- **Entrevista motivacional.**

Cuando a los usuarios los obligaba algún familiar a asistir a la entrevista inicial, por creer que tenían problemas relacionados con las adicciones como factor de riesgo, uso experimental o consumo, se mostraban renuentes para dar la información en la entrevista, en ese momento ponía en práctica la información recibida en esta capacitación ayudándoles visualizar las razones del usuario para cambiar, centrar el interés en enseñar cómo cambiar, más que en ¿por qué? cambiar. Así mismo ayudarle a rescatar sus propias

estrategias y herramientas que le sirvan de apoyo mientras llega el tiempo de ser atendido por la psicóloga a la que asignaron su tratamiento, además auxiliar al usuari@ para que reflexione sobre la problemática que vive y así darle continuidad a su tratamiento.

Con respecto a las siguientes platicas los resultados fueron satisfactorio me di cuenta de la importancia que tiene la influencia de la comunidad en las decisiones que toman las personas y del lugar estratégico que tienen las escuelas en todos los niveles, en la promoción de valores y actitudes hacia el rechazo del consumo de sustancias de esta forma, las intervenciones preventivas dentro y fuera de la comunidad escolar, buscan la promoción de estilos de vida saludables, desarrollo de habilidades para la vida, la identificación de factores de riesgos y el fomento de factores protectores que disminuyan o neutralicen el riesgo de que un individuo inicie un proceso adictivo. Por lo anterior el interés de CAPA Pirules en promover la realización de las siguientes platicas:

- Mitos y realidades.
- Habilidades para la vida (sociales, de pensamiento y manejo de emociones)
- Violencia intrafamiliar.
- 10 recomendaciones para prevenir que tus hijos utilicen sustancias adictivas.

5.2 Actividades Intramuros.

5.2.1 Entrevista Inicial:

En ésta, desarrolle la escucha activa, la habilidad de poner en practica la entrevista motivacional y la de dar una consejería breve a los usuarios que atendí; la habilidad de conocer a las personas desde el primer contacto, sensibilizarme ante la problemática que presentan y sobre todo ante el dolor que siente la familia de las personas adictas a las sustancias permitidas o prohibidas, que muchas veces se refleja en su rostro la desesperanza que sienten cuando se les hace mención que solo se puede ayudar a un adicto siempre y cuando él tenga el deseo de dejar de consumir. A establecer un buen rapport que resulta muy importante porque a veces los usuarios son consumidores de sustancias adictivas y acuden al Centro por petición de la escuela a la que asisten y los tutores no están enterados de su consumo, entonces resulta conveniente para poder indagar la información requerida en la entrevista.

A continuación enumero l@s 44 usuari@s a los que les realice la entrevista inicial, el diagnóstico y el tratamiento que les asigne.

Núm. de atendidos	Diagnóstico (CIE-10 y DSM- IV)	Tratamiento
5	Uso de múltiples sustancias u otras sustancias psicoactivas F.19.1 Dependencia de polisustancias 304.80	1.Programa de satisfactores cotidianos
2	En remisión parcial. Uso nocivo de múltiples sustancias u otras sustancias psicoactivas F19.1 Abuso de otras sustancias 305.90	2. Programa de prevención de recaídas
15	Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares Z63 Problemas relacionados con dificultades con el modo de vida Z73	3. Tratamiento para adolescentes en riesgo NO consumidores.
8	Uso, dependencia o abuso de cualquier sustancia. Uso nocivo de múltiples sustancias u otras sustancias psicoactivas F19.1 Dependencia de polisustancias 304.80	4. Programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. (PIBA)
2	Uso nocivo de cocaína F14.1 Dependencia de cocaína 304.20	5. Intervención breve para usuarios de cocaína.
10	Uso de tabaco F17.1 Dependencia de nicotina 305.10	6. Intervención breve motivacional para fumadores.
1	Uso nocivo de alcohol F10.1 Dependencia de alcohol 303.90	7. Tratamiento breve para bebedores en riesgo.
1	Uso nocivo de cannabis F12.1 Dependencia de cannabis 304.30	8. Tratamiento breve para el consumo de marihuana.

5.2.2 Aplicación del Tamizaje POSIT

En la aplicación del Tamizaje en adolescentes afiliados al programa de Oportunidades. Puse en práctica la habilidad para dirigir a grupos y mantener centrada su atención en la información que se requería, para ello había que orientarles cómo realizar el instrumento, estar al pendiente de que contesten a la par las preguntas, para agilizar el tiempo de culminación de éste, cuando se concluye hay que checar que tenga escritos los datos personales de los adolescentes que faciliten la captura del instrumento. El número de adolescentes a las que se les aplicó el instrumento fue de 55. Una vez que se calificó el cuestionario, si el puntaje obtenido los coloca en factor de riesgo preventivo, se les invita a participar en el “Taller de Habilidades para la Vida”; si los coloca en factor de riesgo alto, se les agenda una cita para realizarles entrevista inicial, haciéndoles énfasis en que es

necesario que acudan con su padre, madre o tutor en caso de ser menores de edad, todo con la finalidad de que le den seguimiento al tratamiento que les brindará CAPA Pirules.

5.2.3 Periódicos Murales con los temas:

Violencia en el noviazgo y Consecuencias del consumo de las drogas.

Dichos periódicos se quedaron dentro de CAPA Pirules, estando a la vista de las personas que visitaban el Centro, tenían como fin informar sobre estos temas. Con respecto a la violencia en el noviazgo, en el Centro se trata el problema solo como factor de riesgo que lleva a los adolescentes a que haya algún tipo de consumo, pero solo se enfoca en la prevención de adicciones, así que se colocó la dirección del Hospital Regional La Perla que cuenta con un Programa de Violencia hacia la mujer, en el cual tratan el problema de manera más amplia y detallada.

Con respecto al periódico de las consecuencias del consumo de las drogas estaba dirigido a todo público, regularmente eran los tutores de los usuarios los que se detenían a leerlo y cuando los usuarios salían de consulta los invitaban a que lo leyeran.

5.2.4 Captura de información en plataformas:

La captura de información en las plataformas, servía para que las psicólogas que laboran en el Centro de Atención Primaria a las adicciones reporten las actividades que realizan durante el periodo que les establece cada plataforma, además como terapeutas el avance que tienen los usuarios a los cuales atienden.

En estos puntos puse en práctica competencias digitales reuniendo un conjunto de conocimientos, capacidades, destrezas y habilidades, en conjunción con valores y actitudes, para la utilización estratégica de la información.

SICECA: Registro de expedientes de usuarios de primeras veces, capturando sus datos personales, como sexo, fecha de nacimiento, edad, tipo(s) de sustancia(s) de consumo, nota psicológica, diagnóstico, programa con el cual llevara su tratamiento, etc. Para usuarios que ya tenían un registro, buscar sus expedientes y colocarles las notas psicológicas consecutivas algunos mediante la interpretación de familiogramas y a los usuarios que terminaron su tratamiento hacer el cierre de su expediente (registrando breves resúmenes).

SICEPO: Captura del trabajo que realizan las psicólogas durante el mes, experiencia que después ponía en práctica cuando tenía que capturar mi propia información en plataformas similares.

Captura del POSIT: CAPA Pirules trabaja en acciones de detección en población de riesgo (escuelas a nivel básico, medio, medio superior y superior). Mediante aplicación de

instrumentos de detección como el POSIT. En la captura hay que ir clasificando, si los resultados que arrojan dichos tamizajes son de factor de riesgo preventivo o alto para los grupos de alumnos, en consecuencia la psicóloga encargada del trabajo en esa escuela trabajará con ese grupo de alumnos.

5.2.5 Reportes mensuales para CAPA Pirules:

Realización de 6 reportes mensuales para el CENADIC, SIS y para CAPA Pirules, con los cuales se informa al supervisor el trabajo que se realizó cada mes, dentro y fuera del Centro.

5.3 Actividades extramuros.

5.3.1 Platicas:

Las habilidades obtenidas durante el desarrollo de las platicas, las ferias de salud y los eventos masivos que realice para CAPA Pirules son las de comunicación, relacionarme con las personas, de escucha, porque como estudiante aprendí a preocuparme por los pacientes sin involucrarse emocionalmente con ellos. La población a la que se dirigieron dichos eventos fue de sexo indistinto y de edades que fluctuaron entre 8 a 80 años.

Tema	Lugar	Núm. De asistentes
10 recomendaciones para prevenir que tus hijos usen sustancias adictivas.	Centro de Salud Pirules. Comunidad en general.	43
Acciones Preventivas.	Instituto Universitario Nezahualcóyotl. Telesecundaria Antonio Álzate	70
Mitos y Realidades	Conalep III	51
Factores de riesgo y de protección.	Primaria Vicente Guerrero. Comunidad en general	98
Habilidades para la vida	Colegio Patria. Centro de Salud Metropolitana. Secundaria Xicoténcatl. Secundaria Calpulli Secundaria Xicoténcatl. Comunidad en general	128
Estilos de Crianza	Casa de día Metropolitana.	28
Violencia intrafamiliar	Comunidad en general	6
Proyecto de vida	Colegio Patria	106

5.3.2 Feria de Salud:

Actividad	Lugar	Núm. de asistentes
Dar información sobre los bebés uno con síndrome de abstinencia y otro nacido de una mamá alcohólica.	Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM).	29
Distribución de folletería y aclarar dudas sobre algunas sustancias adictivas.	Primaria Vicente Guerrero	26
Distribución de folletería y aclarar dudas sobre algunas sustancias adictivas.	Secundaria Xicotécatl.	30

5.3.3 Eventos preventivos masivos:

Actividad	Lugar	Tema	Núm. de asistentes
Apoyo en la organización de los asistentes a la función	Cinépolis	“Adictos a la Vida”	80

5.3.4 Vinculación institucional (contactos institucionales para llegar a acuerdos, o planes de trabajo) para desarrollar con la población asignada.

Los contactos institucionales tienen como fin presentar el Plan de Trabajo del Centro, el cual tiene como objetivo abrir un canal de comunicación entre los facilitadores de CAPA Pirules y los Directivos, Profesores y área administrativa, para intervenir y prevenir cualquier tipo de adicción en la comunidad estudiantil. Proporcionando la información adecuada sobre la naturaleza de las adicciones, resaltando la importancia de la función del ámbito educativo como factor de protección. Los contactos en que apoye fueron en la Primaria Benito Juárez, el Instituto Universitario Emiliano Zapata y la Casa de Día de la 3ª. Edad.

VI

RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

6.1 Recomendaciones:

En ocasiones por falta de tiempo, al equipo no le es posible seguir dando capacitaciones que son necesarias para un mejor contacto con el usuario, por ejemplo temas relacionados con los tratamientos que se realizan dentro del CAPA Pirules, es cuando como practicante me siento a la deriva, pero como la intención es aprender, entonces pregunto a los que ya tienen más tiempo en el Servicio para poder concluir con mi tarea dentro del Centro. El cambio que se podría hacer es que cuando las psicólogas no tengan tiempo de realizar dichas capacitaciones entonces se lo permitan a los practicantes que ya tienen más tiempo en el Servicio. Ya que al final es en ellos en quien nos apoyamos.

Aunque recibimos capacitaciones para aprender manejar la mayoría de las actividades que se realizan en CAPA, se podría complementar la información en un pequeño manual para los nuevos prestadores de Servicio Social, con los tipos de tratamientos que se brindan dentro del Centro, sobre los diagnósticos que aunque vienen incluidos en DSM IV y el CIE 10, ellos ya tienen los que más se utilizan, serviría de guía cuando el equipo de trabajo está laborando en campo o dando consulta.

El trabajo de la calificación de los tamizajes es arduo, así que resultaría provechoso que se buscara una capacitación en EXCEL, para aprender a manejar dicho programa y además que sea más fácil la captura y la calificación del Cuestionario de Tamizaje.

Cundo se trabaja en actividades extramuros, hay que transportarse a los lugares a donde hay que desarrollar las pláticas, algunas veces cuando el horario es posterior al horario del CAPA Pirules, hay que invertir en comida y pasajes, aunque desde un inicio quedo establecido que no habría remuneración económica, el Centro podría hacer una petición de recursos para poder solventar dicha situación.

Me siento satisfecha con las labores que desempeñe en CAPA Pirules, tanto que si lo recomendaría a futuros prestadores para que realicen su Servicio Social.

Antes de pasar a la propuesta de trabajo deseo hacer énfasis en que si bien algunos fumadores pueden eliminar el consumo de tabaco por sus propios medios, la mayoría, sobre todo cuando el grado de dependencia es mayor, necesita ayuda y apoyo psicológico, como

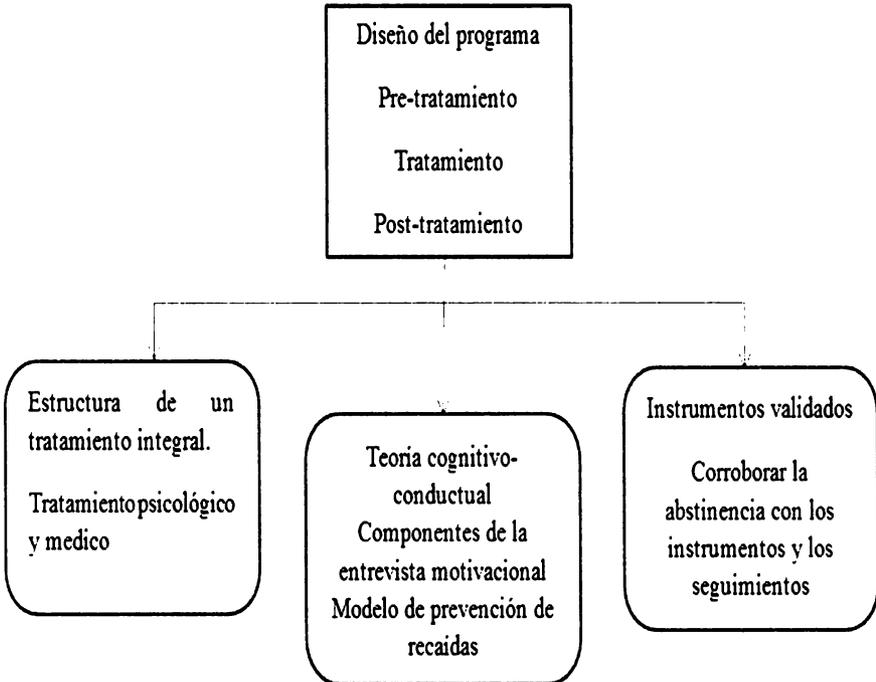
lo mencionaba antes la terapia grupal cognitivo conductual ha mostrado tener grandes beneficios. Este apoyo eleva sustancialmente las oportunidades de éxito.

6.2 Sugerencia de la propuesta de trabajo:

“TERAPIA GRUPAL PARA ELIMINAR EL CONSUMO DE TABACO”

El diseño de la terapia grupal fue implementado en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, tomando algunos puntos de su bosquejo y ajustando otros del Tratamiento de Intervención Breve Motivacional para Fumadores, sirvieron de referencia para formar esta propuesta.

Estructura de la terapia grupal:



PRE-TRATAMIENTO.

Conforme al INER (2012) consiste en realizar una valoración integral:

Médica

- Historia personal y familiar.
- Conocer los daños a la salud
- Índice de tabaquismo

Psicológica

- Instrumentos: Beck ansiedad y depresión.
- Situaciones de consumo.
- Escala de disposición al cambio.
- Entrevista psicológica.

Historia de tabaquismo

- Historia del consumo.
- Patrón de consumo: Paquetes/año.
- Nivel de dependencia: Cuestionario Fagerström.

INICIO DEL PROCESO

Admisión

Entrevista psicológica:

- Rapport
- Empatía

Herramientas de la entrevista Motivacional:

- Disonancia cognoscitiva.
- Dar un giro a la resistencia.
- Fomentar su autoeficacia.

Evaluar su etapa de motivación al Cambio:

- Motivar al paciente al cambio.

Estudio socioeconómico:

- Ficha de identificación
- Selección de grupo y fecha de inicio

TRATAMIENTO.

1ª. Consulta. Entendiendo mi consumo de tabaco. (Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor, 2012)

Se le entrega al usuario:

- Hoja de registro de consumo de cigarros (Anexo 1).
- Hoja de registro de síntomas de abstinencia (Anexo2).
- Folleto no. 1. Primer paso. Tomando la decisión de dejar de fumar.

2ª. Consulta: Análisis funcional de mi conducta de fumar (Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor, 2012).

1. Revisar y analizar con el usuario la hoja de registro de consumo de cigarros y la hoja de registro de síntomas de abstinencia.

2. Revisar y analizar el folleto No. 1

3. Entregar el formato de entrega de resultados:

- Test de Fagerström de dependencia de la nicotina (Anexo 3).
- Línea Base Retrospectiva (Anexo 4).
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional (Anexo 5).
- Escala de estados de disposición al cambio y el anhelo de tratamiento (SOCRATES 8D) (Anexo 6).

4. Analizar los resultados con el usuario.

3ª. Consulta: Muestra de abstinencia, “mi mejor decisión” (Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor, 2012)

Aplicar Hoja de Balance Decisional, y revisar y analizar lo que el usuario escriba.

Discutir establecimiento de la meta para la siguiente sesión:

1. Reducción gradual de la nicotina y el alquitrán
2. Abstinencia

Se le entrega al usuario:

- Hoja de registro de consumo de cigarros.
- Hoja de registro de síntomas de abstinencia
- Folleto N° 2. SEGUNDO PASO. Identificación de mis situaciones relacionadas con fumar.

4ª. Consulta: Rehusarse al consumo, apoyo a mi abstinencia. (INER, 2012)

ABSTINENCIA:

De los siguientes tres días de la última sesión, elegir uno para iniciar la abstinencia:

Lunes – Sesión Tomando la....

Martes }
Miércoles }
Jueves }

Viernes Abstinencia

Sábado Abstinencia

Domingo Abstinencia

Lunes- Sesión Identificando.....

* Es importante que las persona señale qué es lo que va a hacer para cumplir la meta de abstinencia, es decir que detalle piensa lograr la meta establecida para la siguiente sesión.

5ª. Consulta: Aprendiendo a solucionar mis problemas (Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor 2012).

Habilidades para la vida de pensamiento: ayudan a identificar diferentes soluciones ante un problema y decidir cuál es la mejor opción. Poniendo en práctica:

- Solución de problemas.
- Pensamiento creativo.
- Pensamiento crítico.

6ª. Consulta: Aprendiendo a controlar mis emociones (INER 2012).

Reflexionar con el grupo de usuarios que todas nuestras emociones pueden ser controladas por nosotros mismos.

Sin embargo, depositamos en el cigarro emociones, pensamientos y sentimientos erróneos.

Aprendemos que el cigarro nos acompaña en situaciones difíciles o agradables.

Nuestros pensamientos se vuelven a favor del cigarro, dando lugar a los pensamientos irracionales:

- Si fumo me sentiré menos triste

- Estoy muy nervioso el cigarro me tranquiliza
- El cigarro me da compañía
- Me merezco un cigarro me ascendieron de puesto.

Para cambiar dichos pensamientos ocupamos la Terapia Cognitiva-conductual que nos ayuda a cambiarlos por pensamientos racionales:

Estimulación —————> Pensamientos —————> Racionales

- Mejor hago ejercicio.
- Si fumo me sentiré más triste
- Estoy muy nervioso, mejor me tranquilizaré haciendo respiraciones profundas.
- El cigarro no me da compañía.
- Me merezco comprarme algo nuevo, me ascendieron de puesto.

7ª. Consulta: Conocer las consecuencias físicas de continuar fumando. (Tavera y Martínez, 2008).

La exposición continua al tabaco está asociada con las siguientes enfermedades:

- Cáncer de pulmón, boca, faringe, esófago, estómago, páncreas, cérvico-uterino, renal y/o vesícula.
- Del sistema respiratorio, como bronquitis crónica, asma y enfisema.
- Del corazón, como deficiencia coronaria (falta de afluencia de sangre al órgano, lo que ocasiona infarto).
- Padecimientos cerebro-vasculares, derrames cerebrales, aneurisma (deformación o incluso rotura de las paredes vasculares) y problemas circulatorios e hipertensión (presión arterial alta).
- Embolias y accidentes cardio y cerebro-vasculares, sobre todo en mujeres que fuman y toman anticonceptivos.
- Resequedad de la piel, arrugas prematuras y pérdida de piezas dentales.
- Molestias vinculadas con la menstruación que se relacionan con menopausia temprana, algunos casos de esterilidad o concepción retardada.
- Disfunción eréctil (impotencia sexual); el consumo de tabaco es una de sus causas más frecuentes.

8ª Consulta: Beneficios de dejar de fumar “un nuevo estilo de vida”. (Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor 2012).

En 24 horas sin fumar, la presión sanguínea y la tasa del pulso se normalizan y el nivel de monóxido de carbono en tu sangre disminuye.

- Después de un mes sin fumar, se tienen pocos síntomas respiratorios.

- Después de un año sin fumar, el riesgo por alguna enfermedad del corazón (por fumar) se reduce a la mitad.
- Después de 10 años sin fumar, el riesgo de padecer cáncer pulmonar disminuye a la mitad con respecto a las personas que siguen fumando.
- Después de 5 a 10 años sin fumar, el riesgo de un paro cardíaco en los ex fumadores es igual que para los no fumadores.
- Se deja de estar sometido a una adicción.
- Mejora su economía.
- Mejorará su aspecto físico.

9ª. Consulta: Previendo no recaer (Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor, 2012).

Estrategias de prevención de la recaída

- Evitar situaciones de riesgo (especialmente durante las primeras semanas)
- Escape (abandonar la situación de riesgo)
- Distracción

Estrategias cognitivas

- Imaginación (asociar fumar con consecuencias aversivas del tabaco).
- Reestructuración cognitiva (cambio de percepción de la situación).
- Auto-instrucciones (darse a uno mismo instrucciones para mantenerse abstinentes).

Estrategias conductuales

- Relajación.
- Actividad física.
- Comportamientos alternativos más adecuados (ej., beber un vaso de agua o de jugo, mascar chicle sin azúcar, dar un paseo, llamar a un amigo/a por teléfono, etc.).
- Habilidades asertivas (rehusar cigarrillos, solicitar apoyo durante una crisis, etc.).
- Retrasar el deseo de fumar.
- Recordar caídas o recaídas que se hayan tenido en el pasado.

10ª. Consulta: Terminando mi tratamiento conclusiones. (Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor 2012).

1. Revisar y analizar con el usuario la hoja de registro de consumo de cigarrillos y la hoja de registro de síntomas de abstinencia.
2. Discutir sobre la meta de abstinencia
3. Mantenerse sin fumar a partir de la discusión de lo siguiente:

4. Se aplican los siguientes instrumentos:

- Test de Fagerström de dependencia de la nicotina.
- Línea Base Retrospectiva.
- Cuestionario Breve de Confianza Situacional.
- Escala de estados de disposición al cambio y el anhelo de tratamiento (SOCRATES)

5. A partir del formato de retroalimentación y de la gráfica de patrón de consumo se revisan los avances obtenidos a lo largo de programa y se analizan los problemas o dificultades con las que se ha encontrado.

6. A partir de lo analizado se plantea la posibilidad de tener sesiones adicionales para poder llegar a la abstinencia.

Se le entrega al usuario:

- Hoja de registro de consumo de cigarros.
- Hoja de registro de síntomas de abstinencia.

POST-TRATAMIENTO.

Seguimientos (1, 3 y 6 meses) (Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor, 2012)

APLICAR

- Cuestionario Breve de Confianza Situacional
- Escala de estados de disposición al cambio y el anhelo de tratamiento (SOCRATES)
- Entrevista de seguimiento
- Línea Base Retrospectiva (LIBARE)

Por último el abordaje terapéutico grupal en la terapia cognitivo-conductual del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” ha tenido los siguientes resultados:

- El tratamiento para dejar de fumar se realiza con gran éxito de manera grupal.
- Pero, es importante abordar a cada paciente como individuo, considerando sus expectativas personales.
- Es un trabajo de colaboración terapeuta, paciente, basado en la confianza.
- La terapia es completamente activa por las dos partes terapeuta, paciente.
- Basado en gran parte en preguntas dirigidas al problema en específico
- Es altamente estructurado y centrado

También hace resaltar la importancia del terapeuta en el éxito del abordaje cognitivo-conductual, como técnica para dejar de fumar.

- El terapeuta tiene que estar entrenado para poder identificar en cada uno de los pacientes los motivos que los llevan a fumar y cuáles son los pensamientos que deben de ser modificados en cada uno de ellos.
- También debe saber entrenar al paciente para que evalúe y considere las formas en que su pensamiento erróneo produce estrés y angustia (Sansores RH, Espinosa AM. 1999)

VII BIBLIOGRAFÍA:

Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Miller, William R. Rollnick, Stephen (1999). La entrevista motivacional. Preparar para el cambio de conductas adictivas. Ediciones Paidós Ibéricas, S. A.

Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor (2012). Programa de Intervención Breve Motivacional para Fumadores (IBMF).

Lorenzo Fernández (2009), Drogodependencias: Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Editorial Panamericana, 3ª. Edición.

Manual para uso en la atención primaria. Organización Mundial de la Salud, (OMS) 2011 “La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)”

Manual para el capacitador, Mitos y realidades de las drogas (2009). Secretaría de Salud. México.

Martínez-Martínez K. Salazar-Garza M. Ruiz-Torres G. Barrientos Casarrubias V. Ayala-Velázquez H † (2009). Programa de Intervención Breve para Adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA).

Montoya, I. & Muñoz, I. (2009). Habilidades para la vida. Revista de formación del professorat. (4), 1-5.

Pinel John P. J (2001). *Biopsicología*. 4ª Edición. Pearson Educación, S. A. Madrid.

Sansores RH, Espinosa AM. (1999). *Programa Cognitivo-Conductual de la Clínica para dejar de Fumar*. México, D.F.: Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Tavera Romero S., Martínez Ruiz M. J. (2008) Prevención de las Adicciones y Promoción de Conductas Saludables para una Nueva Vida. Guía para el Promotor de "Nueva Vida" www.conadic.gob.mx ISBN: 978-970-721-491-0

7.1 CIBERGRAFÍA:

Encuesta Nacional de Adicciones (2008). www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf

Instituto Mexiquense contra las Adicciones, Secretaria de Salud (2014) <http://salud.edomex.gob.mx/imca/servicios.htm>

OMS (2014) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/es/>

Salud Pública México (2002). http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342002000700017&script=sci_arttext

Centro de Integración Juvenil, A. C. (2012). http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/estudiexploratorio.pdf

Comité Municipal Contra las Adicciones Nezahualcóyotl. C.O.M.C.A (2014) <http://nezasindrogas.org.mx/pirules.html>

Manual de Procedimientos. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias “Ismael Cosío Villegas” (INER) 2012. <http://www.iner.salud.gob.mx/media/85412/tabaquismo.pdf>

Manual de Procedimientos del Centro Nacional para la Prevención y el Control de las Adicciones. CENADIC (2012). http://www.cenadic.salud.gob.mx/PDFS/transparencia/Manual_Procedimientos.pdf

VII ANEXOS:

ANEXO I

AUTOREPORTE DIARIO DE CONSUMO DE CIGARROS

FECHA _____
 Día Mes Año

NOMBRE _____

EDAD _____ SEXO _____ No. EXP _____ GRUPO _____

INTRUCCIONES

Anote antes de encender un cigarrillo, la hora, el lugar, la actividad, el motivo o motivos y el sentimiento que presenta justo en el momento que siente deseos por fumar.

Cantidad	Hora	Lugar	Actividad	Motivo	Emoción
1er. cigarro				123456789	
2o. cigarro				123456789	
3er. cigarro				123456789	
4o. cigarro				123456789	
5o. cigarro				123456789	
6o. cigarro				123456789	
7o. cigarro				123456789	
8o. cigarro				123456789	
9o. cigarro				123456789	
10o. cigarro				123456789	
11o. cigarro				123456789	
12o. cigarro				123456789	
13o. cigarro				123456789	
14o. cigarro				123456789	
15o. cigarro				123456789	
16o. cigarro				123456789	
17o. cigarro				123456789	
18o. cigarro				123456789	
19o. cigarro				123456789	
20o. cigarro				123456789	
Ultimo cigarro del dia				123456789	

ANEXO 2

Hoja de Registro de Síntomas de Abstinencia:

El objetivo de este registro es que el usuario señale si durante el día se presentó algún síntoma de abstinencia y el grado de severidad en una escala que va de nada a severamente (nada, un poco, ligeramente, moderadamente, severamente) (Abrams, et al., 2003 adaptada por Lira, 2005; citado en Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor 2012).

Lea cuidadosamente los incisos y marque un número de acuerdo al grado en que experimentó cada uno de los síntomas: (0= nada, 1= un poco, 2= ligeramente, 3= Moderadamente, 4= Severamente).

• Deprimido (triste)	0	1	2	3	4
• Con insomnio (con problemas para dormir, se despertó durante la noche)	0	1	2	3	4
• Irritado, frustrado, enojado	0	1	2	3	4
• Ansioso	0	1	2	3	4
• Con dificultad para concentrarme	0	1	2	3	4
• Inquieto (impaciente)	0	1	2	3	4
• Se ha incrementado su apetito, siente que ha ganado peso (con hambre)	0	1	2	3	4
• Con deseo de fumar	0	1	2	3	4

ANEXO 3

TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA A LA NICOTINA

(Heatherton, Kozlowski, Frecker & Fagerström, 1991 traducido y adaptado por Lira, 2002; citado en Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor 2012).

Permite conocer si el fumador tiene dependencia baja, media o alta de la nicotina. Una puntuación de 6 o más indica una dependencia alta, de lo contrario la dependencia es media o baja.

1. Consumo de tabaco:

1) Fumo diario 2) Fumo, pero no diario 3) Ex fumador (< de 1 año)

4) Ex fumador (> de 1 año), No. de años: _____

2. ¿Durante cuántos años ha fumado en forma regular? _____ años.

3. Marca de cigarros que fuma regularmente: _____

4. ¿Cuántos cigarros en promedio fuma al día?

1) De 1 a 9 2) De 10 a 19 3) Más de 20

5. Número de minutos que pasan desde que se despierta por las mañanas y enciende su primer cigarro:

0) Más de 60 minutos 1) De 31 a 60 minutos 2) De 5 a 30 minutos 3) Menos de 5 minutos

6. ¿Tiene problemas para dejar de fumar en lugares donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cines, entre otros?

0) No 1) Sí

7. ¿Qué cigarro le molestaría más dejar de fumar, el primero de la mañana todos los demás?

0) Todos los demás 1) El primero de la mañana

8. ¿Fuma más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?

0) No 1) Sí

9. ¿Fuma a pesar de estar tan enfermo que tiene que permanecer en la cama la mayor parte del día?

0) No 1) Sí

10. Desde que fuma regularmente, ¿cuántos intentos serios ha tenido para dejar de fumar?
(por ejemplo de 7 a 10) _____

11. En el año pasado, ¿dejó de fumar por lo menos un día?

0) Escriba el número de días: _____ 1) No

12. ¿Está planeando seriamente dejar de fumar en los próximos 30 días?

1) No 2) Sí

13. En la siguiente escala del 1 al 5 ¿qué número refleja que tan listo está para dejar de fumar?:

- 1) No estoy listo para dejar de fumar. 2) Algo inseguro para dejar de fumar.
3) Inseguro para dejar de fumar. 4) Un poco seguro para dejar de fumar.
5) Estoy listo para dejar de fumar.

14. Si dejara de fumar, ¿qué efectos secundarios tendría y por qué?

Baja	< 4 Puntos
Media	5- 6 Puntos
Alta	< 7 Puntos

ANEXO 4

Línea Base Retrospectiva

(LIBARE 60 días)

(Sobell, et al., 1980 adaptado por Lira, 2002; citado en Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor 2012).

A través de este instrumento se conoce el patrón de consumo en función del número total de días de consumo, número total de cigarros consumidos, promedio de consumo por día, porcentaje de días de abstinencia en los últimos 60 días.

Instrucciones: Con este instrumento se debe registrar de forma retrospectiva el consumo día por día iniciando con el día anterior al día de la evaluación hasta completar sesenta días. Inicie preguntando “¿fumó ayer?, ¿cuántos cigarros?, es importante que llene cada uno de los días del calendario identificando días festivos, días en los que asistió a alguna fiesta o celebró algo, o le sucedió algo que hiciera que se incrementara el consumo en ese periodo de tiempo.

Línea Base Retrospectiva

Nombre: _____

Fecha: _____

Mes 1						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

Mes 2						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

Mes 3						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29				

Mes 4						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

Mes 5						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

Mes 6						
Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ANEXO 6

Escala de Estados de Disposición al Cambio y al Anhelo de Tratamiento (Sócrates 8D)

Con este instrumento se evalúa la disposición al cambio, en función de tres indicadores: Reconocimiento, Ambivalencia y Acción (Miller, 1999 validado por Cuevas, Luna, Vital & Lira, 2005; citado en Lira-Mandujano Jennifer. Cruz-Morales Sara E. Ayala-Velázquez Héctor 2012).

Instrucciones: Por favor lea las siguientes frases cuidadosamente. Cada una describe la forma en que usted puede (o no) sentirse acerca de su manera de fumar. Para cada una de las frases, señale con una X la respuesta que representa su mejor opción, indicando que tan de acuerdo o en desacuerdo está usted con la frase. Por favor solamente señale una opción en cada frase.

1. Realmente quiero hacer cambios en mi manera de fumar	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
2. Algunas veces me pregunto si soy un adicto al tabaco	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
3. Si no cambio pronto mi manera de fumar, mis problemas empeorarán	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
4. Ya empecé a hacer algunos cambios en mi manera de fumar	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
5. Estaba fumando demasiado, pero me las arreglé para cambiar mi manera de fumar	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
6. Algunas veces me pregunto si mi manera de fumar está afectando a otras personas	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
7. Yo tengo un problema con el hábito de fumar Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
8. No solo estoy pensando cambiar mi manera de fumar, sino que ya estoy haciendo algo al respecto	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
9. Ya he cambiado mi manera de fumar, y ahora estoy buscando formas para evitar recaer en mi viejo patrón de consumo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
10. Tengo serios problemas con mi manera de fumar Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
11. Algunas veces me pregunto si tengo el control sobre mi manera de fumar	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
12. Mi manera de fumar me está causando mucho daño Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

13. Estoy trabajando activamente para interrumpir o cambiar mi manera de fumar	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
14. Necesito ayuda para no volver a tener los problemas que tuve por mi manera de fumar	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
15. Sé que tengo un problema con mi manera de fumar Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
16. En ocasiones me pregunto si fumo demasiado Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
17. Soy un adicto al tabaco Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
18. Estoy trabajando duro para cambiar mi manera de fumar Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
19. He hecho algunos cambios en mi manera de fumar, y quiero ayuda para no caer en la manera en que solía hacerlo	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo