



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE PSICOLOGIA

ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES SOCIALES Y SU
IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS
CRONICOS DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A :

SANDRA GUADALUPE IZQUIERDO MONTES

DIRECTORA DE TESIS: NOEMI BARRAGAN TORRES

COMITE DE TESIS: GEORGINA CARDENAS LOPEZ

ISAAC SELIGSON NISENBAUM

FERNANDO VAZQUEZ PINEDA

LETICIA ECHEVERRIA SAN VICENTE



MEXICO, D. F.

MAYO DEL 2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

A mis padres

Este trabajo también es suyo, ya que gracias a ustedes aprendí a ser una triunfadora. Este logro, el más importante, lo dedico enteramente a ustedes. Gracias por siempre confiar en mí, gracias por impulsarme a ser lo que soy y gracias por estar a mi lado siempre. Los amo

A mi hermano

Tú eres una parte esencial en mi vida. Yo sé que siempre has estado ahí para mí, igual confío en que yo estaré para ti. De verdad gracias por todo y por esos 21 años juntos. Te adoro

A mis abuelos

Aunque ya no estén conmigo, estuvieron junto a mí gran parte de mi vida y estoy segura que aún lo están. Sé que tanto ustedes como yo, hubiéramos querido vivir este momento juntos

A mis tíos y primos

Se que siempre podré contar con ustedes. Gracias por su interés cariño y apoyo incondicional. Los quiero mucho

A César, Israel, Melissa, Gerardo S. F., Daniela, Andrea, Rosalba, Luis e Ylia

Hemos estado juntos casi la mitad de nuestra vida y siempre están conmigo en todo momento, en los buenos, malos, en mis locuras, logros y fracasos. Esto también es para ustedes y gracias por todos los momentos juntos. Los adoro

A Eiji y Alejandro

Ustedes hicieron el final de esta tesis más divertido y menos agobiante, igual que las clases de todos los días. Gracias por su apoyo y por su cariño. Los quiero muchísimo

A Gerardo C.

Se que esto también es importante para ti. Gracias por todo.
Te adoro

A Leticia Echeverría y Fernando Vázquez

Sin ustedes, con su tiempo, paciencia, apoyo y conocimiento nunca lo hubiera logrado. De verdad mil gracias

A Francisco Juárez

Además de un gran maestro de el que he aprendido mucho, te has convertido en un gran amigo, de verdad agradezco tu interés, tu tiempo y tu apoyo.

A Georgina Cárdenas

Gracias por confiar en este proyecto desde el principio.

A Lydia Barragán

Gracias por incluirme en tu equipo de trabajo lo que sé ahora es en gran parte gracias a ti

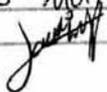
Al comité de tesis

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Sandra Izquierdo

MONTE

FECHA: 28 - MAYO - 04

FIRMA: 

INDICE

Introducción.....	4
Capítulo 1 CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL	26
1.1 Introducción	26
1.2 Factores asociados y causas el Consumo Excesivo de Alcohol	26
1.3 Características del Usuario dependiente de alcohol	31
1.4 Severidad asociada al Consumo Excesivo de Alcohol	33
1.5 Diagnóstico del Consumo Excesivo de Alcohol.....	43
1.6 Búsqueda del tratamiento	47
1.7 Tratamiento.....	49
1.8 Recaídas en usuarios con dependencia al alcohol.....	59
Capítulo 2 HABILIDADES SOCIALES.....	62
2.1 Introducción	62
2.2 Definición	64
2.3 Teorías del aprendizaje social.....	67
2.4 Teoría cognitiva.....	70
2.5 Teoría conductual	74
2.6 Componentes de las habilidades sociales.....	77
2.7 Instrumentos de evaluación en habilidades sociales.....	83
2.8 Entrenamiento en habilidades sociales para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas	86
Capítulo 3 CALIDAD DE VIDA.....	100
3.1 Introducción	100
3.2 Bienestar subjetivo	101
3.3 Evolución del concepto de Calidad de Vida	102
3.4 Concepto de Calidad de Vida.....	105
3.5 Áreas de Calidad de Vida	109

3.6 Medición de calidad de vida.....	110
Capítulo 4 Modelo de tratamiento para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas CRA (Programa de Reforzamiento Comunitario.)	116
4.1 Introducción	116
4.2 Características del modelo.....	117
4.3 Componentes del programa.....	118
Capítulo 5 METODO.....	125
JUSTIFICACIÓN.....	125
OBJETIVO	127
PREGUNTA DE INVESTIGACION	127
HIPOTESIS DE INVESTIGACION.....	127
MUESTRA	128
ESCENARIO.....	128
PROCEDIMIENTO	128
INSTRUMENTO	130
Discusión.....	138
Conclusión, limitaciones y sugerencias.....	145
Bibliografía.....	147

Introducción

El objetivo principal de realizar esta investigación, es identificar el impacto que tiene el entrenamiento en habilidades de comunicación, en la calidad de vida de los usuarios crónicos de alcohol.

El consumo de bebidas alcohólicas en México se practica desde la época precolombina. Actualmente ha habido un crecimiento importante en hombres, adolescentes y en la población femenina. Este uso está relacionado de manera importante con festividades de todo tipo además de las cívicas y religiosas, cuyo patrón de consumo es episódico y explosivo, ya que se observa con poca frecuencia pero en grandes cantidades consumidas por ocasión. Se estima que el abuso de alcohol por si solo representa el 9% del peso total de la enfermedad en México. Los padecimientos asociados al consumo de alcohol que más pérdidas de días de vida saludable provocan son: (Villatoro, Medina-Mora, 2002)

- Cirrosis hepática (39%)
- Lesiones por accidente en vehículo de motor (15%)
- Dependencia alcohólica (18%)
- Homicidios (19%)

El consumo per cápita, estimado en 1997 fue de 5.54 litros de alcohol para la población mayor de 15 años, alcanzó su elevación máxima en 1980 con 6 litros y su punto más bajo se dio en 1986 con 4.48 litros. Actualmente existen en el país 32,315,760 personas entre 12 y 65 años que consumen alcohol y cerca de trece millones más (12'938,679) consumieron alcohol en el pasado, aunque no bebieron en los 12 meses previos a la encuesta. El volumen total de etanol reportado por esta población alcanzó 2.79 litros hablando de la población entre 12 y 65 años y aumentó a 3.484 litros en la población urbana entre 18 y 65 años, y a 7.129 litros cuando sólo se refiere a los varones. En la población rural adulta, el consumo per

cápita se estimó en 2.728 litros. En los varones urbanos el mayor índice de consumo se observa en el grupo ubicado entre 30 y 39 años (8.339 litros) en tanto que entre las mujeres que viven en ciudades, el mayor consumo fue reportado por el grupo de entre 40 y 49 años; en la población rural, el mayor consumo se observó también en este último grupo de edad (ENA, 2002. Instituto Nacional de Psiquiatría)

De acuerdo con la Encuesta Nacional de adicciones del 2002 el 72.2% (13, 581,107) de hombres y el 42.7% (10, 314, 325) de mujeres han consumido alcohol alguna vez en su vida. Otros datos revelan que el 4.6% de la población mexicana es dependiente del alcohol. De esta población dependiente la prevalencia es de 9.6% varones y 1% mujeres.

Sobre el patrón de consumo en México se encontró que es: explosivo en un 40% de los consumidores, solo beben una vez al mes un 28% de estos, consumen poco pero frecuente un 9% y no consumen un 23% de la población. (ENA, 2002. Instituto Nacional de Psiquiatría)

La edad de inicio de consumo de nuestro país es:

- Mujeres
 - Entre 18 y 29 años
- Hombres
 - Entre los 12 y 15 años
 - al cumplir la mayoría de edad

La cerveza es la bebida de preferencia con un 63%, le siguen los destilados (ron, tequila, brandy) con un 34% y en menor proporción los vinos con 1%. El consumo de esta bebida se ha incrementado más que ningún otro con un porcentaje de

variación de 300% desde 1970, esto se debe a la aparición de los coolers y cocteles, que se comercializan como bebidas refrescantes y cuyo blanco principal es el sector joven de la población. (ENA, 2002. Instituto Nacional de Psiquiatría)

La ENA también nos dice que la entidad estatal con más problemas de dependencia de alcohol es Cd. Juárez, pero que la Ciudad de México cuenta con un mayor número de mujeres dependientes al alcohol.

Hablando de los problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol esta encuesta nos dice que 16 de cada 100 consumidores de más de 5 copas están involucrados en hechos violentos, que en el año 2000 murieron 3 personas diariamente en el DF por accidentes de tránsito u homicidios con alcohol detectado en la sangre y que este exceso se vincula con 5 de las 10 causas de muerte en México. (ENA, 2002. Instituto Nacional de Psiquiatría)

En México el consumo no se distribuye en forma homogénea en la población. Existe una proporción importante de abstemios, principalmente en la población femenina. El alcohol disponible es consumido básicamente por hombres de edad media y el 25% de los bebedores más fuertes consumen el 78% del alcohol disponible.

El precio de las bebidas alcohólicas se ha mantenido por debajo de la tasa de inflación. Esta política de precios ha colocado a la cerveza en las preferencias de la población. Así, por cada peso que se gasta en alcohol, el 64% corresponde a la cerveza y se producen 17 litros de cerveza por cada litro de otros productos. Al analizar la relación entre los días de vida sanos perdidos debido a la mortalidad

prematura y vida vivida con discapacidad (DALYS), debido a los accidentes de tránsito, consumo per cápita y precios de las bebidas, encontraron que los DALYS y los accidentes coinciden con una disminución de los precios de las bebidas, mientras que cuando los precios aumentaron, las pérdidas debidas a accidentes de tránsito disminuyeron. (Villatoro, Medina-Mora, 2002)

Según los datos de la ENA (2002), el aguardiente y el pulque son consumidos con más frecuencia en hogares que carecen de servicio de agua, teléfono y que son de piso de tierra, en tanto que el vino de mesa es la bebida de preferencia entre la población de mayores recursos.

En cuanto a la población dependiente a alcohol, la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, nos dice que los patrones de consumo más característicos de los varones urbanos son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) (16.9% de esta población) y el consuetudinario, que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana (12.4%), en tanto que entre las mujeres es más frecuente el consumo mensual con menos de cinco copas por ocasión (4.8%). Cabe hacer mención que el segundo patrón de consumo fue el moderado alto con 2.7% de las mujeres adultas urbanas consumiendo bajo este patrón.

En las poblaciones rurales se observa la misma preferencia por estos patrones de consumo.

Los problemas más frecuentes entre los varones rurales y urbanos son haber iniciado una discusión o pelea con su esposa o compañera mientras estaban bebiendo (12.9% en la población rural y 11.6% en la población urbana); en segundo lugar, los problemas con las autoridades, sin incluir los de tránsito (8.4% en la zona urbana y 3.7% en la zona rural), y el haber sido arrestados mientras

conducían después de haber tomado, (3.2% y 2.4% respectivamente). Estos problemas son considerablemente menos frecuentes entre las mujeres habiendo sido reportados por menos del 3% de las bebedoras. En cuanto a los índices de dependencia propiamente dicha, el primer lugar lo ocuparon los hombres rurales con 10.5% de la población total que vive en este tipo de comunidades, en segundo lugar, los hombres urbanos con 9.3%. Los índices en las mujeres son muy inferiores, 0.7% entre aquellas que viven en comunidades urbanas y 0.4% entre quienes viven en comunidades rurales.

El consumo global de alcohol se relaciona con el poder adquisitivo de la población. El 30% de quienes perciben más ingresos consumen el 53% del alcohol disponible. Sin embargo también queda claro que el gasto de alcohol en proporción al ingreso es mayor entre al sector más desfavorecido, y este no modifica sus hábitos de consumo, lo que sugiere la necesidad de considerar el impacto de las políticas de precio en este sector de la población.

El consumo de bebidas alcohólicas en nuestro país es una práctica más común en la población masculina, pues el 77% de los varones reportó haber bebido en los 12 meses anteriores a la encuesta, en tanto que esta conducta solo se observó en el 44% de las mujeres. Es también una práctica común entre los grupos jóvenes de la población, que alcanza su punto máximo entre los 30 y 39 años y desciende a partir de lo 50 años. (ENA, 2002. Instituto Nacional de Psiquiatría)

Las mujeres presentan una doble vulnerabilidad: biológica, al desarrollar problemas con menos dosis y tiempos de consumo que el varón; social, al ser objeto de un mayor rechazo de los demás cuando desarrolla este problema. A pesar de las diferencias, la mayor parte de los programas de atención están diseñados para atender los problemas de los varones. (Natera y Tiburcio, 2001)

Junto con las mujeres, los adolescentes se suman al grupo de consumidores que copian los modelos que casi siempre son masculinos adultos, en los se asocia con frecuencia el consumo y la embriaguez. Para los adolescentes de hoy en día parecen no existir normas claras que limiten el consumo en este grupo de edad, ni en la familia ni en los establecimientos comerciales. El 67% de los varones y el 77.3% de las mujeres han bebido una copa completa de alcohol antes de cumplir los 18 años de edad. El índice de consumo de 5 copas o mas por ocasión de consumo, al menos una vez por mes, es alto y alcanza al 3.6% de los varones y el 1.5% de las mujeres entre 12 y 17 años de edad, con índices mas elevados en el centro y norte del país. Sin embargo, solo el 3.2% de los adolescentes presenta síndrome de dependencia.

Los jóvenes son más susceptibles de ser víctimas de muerte por accidentes que la población adulta. De hecho, en el 10% del total de las muertes en accidentes de tránsito, relacionadas con el consumo de alcohol, ocurridos en el país, las victimas tenían entre 14 y 19 de edad. (ENA, 2002. Instituto Nacional de Psiquiatría)

Si hablamos de si la historia familiar influye en el consumo de alcohol, se dice que la mayoría de los estudios concuerdan en que los individuos que cuentan con historia familiar de alcoholismo (HF+) son más vulnerables a padecer cuadros severos de dependencia.

Algunos factores que afectan la gravedad de esta adicción son: (Natera, 2000)

- el sexo del descendiente
- la presencia de consumo en ambos padres
- inicio temprano de consumo

Light estudió la HF+ biológica y medioambiental por medio de la encuesta nacional representativa, donde encontró mayor influencia de los factores genéticos en hombres que en mujeres.

Otros autores notifican que el 26% de las personas expuestas al alcoholismo paternal presentan después este problema, mientras 9% de las personas sin historia familiar de alcoholismo lo presentan. Otras estimaciones indican que en una de cada cuatro familias con HF+ al menos uno de los descendientes será alcohólico

La proporción de personas con dependencia al alcohol expuestas al alcoholismo paternal en México es de 3.9%, un número mayor de mujeres que de hombres dependientes la alcohol, tienen antecedentes familiares de alcohol.

Se observó que el consumo de la madre representa un mayor riesgo tanto para hombres como para mujeres de representar dependencia al consumo de alcohol. (ENA, 2002. Instituto Nacional de Psiquiatría)

La dependencia al alcohol también se relaciona con la violencia marital, un estudio con mujeres golpeadas reporta, que del 35 al 90% de estas mujeres viven con una pareja que tiene problemas con el alcohol (Leonard, 1992)

En México, la relación violencia-alcohol es un problema muy severo.

En una encuesta de opinión pública sobre violencia familiar, con una muestra de 3300 respondientes de entre 18 y 65 años de edad, de todos los niveles socioeconómicos y de varios estados de la república, se encontró que el 20.9% de los respondientes piensan que las esposas sufren más maltrato físico y mental que otros miembros de la familia. El 35% reportó la ocurrencia de eventos violentos en

sus familias durante los seis meses anteriores, el 74% de estos reportaron que en tales eventos estaban mujeres. Sumando a esto el alcoholismo y el uso de drogas era mencionado como el obstáculo más importante para parar la violencia familiar. (Covac, 1996)

Las denuncias de violencia familiar incrementaron considerablemente en 1990 con la apertura del Centro de Atención para la Violencia Intra familiar (CAVI). Esta institución es responsable de proveer de cuidados médicos de emergencia a víctimas, se les ofrece asesoría psicológica, social y legal. Además de brindar también atención a los agresores. Entre 1991 y 1994 este centro reportó un total de 80, 000 consultas, pero solo menos del 50% reportaron que el agresor era un consumidor regular.

Los resultados encontrados nos hacen pensar sobre la epidemiología de la violencia en México. Un estudio muestra que el 14% de las mujeres son golpeadas por sus parejas, más del 38% de ellas han sufrido alguna forma de violencia.

Indican que el consumo excesivo de alcohol es un indicador asociado con los actos de violencia mas que con los de amenaza, lo cual implica grandes riesgos físicos para la mujer, que las amenazas no siempre se llevan a cabo, aunque estas están ligadas con consecuencias emocionales, principalmente la depresión.

Los resultados son consistentes con otros de México y sugieren que la asociación de la violencia familiar y el uso de alcohol generalmente conduce a la violencia sexual. (García y Oliveira, 1994)

El abuso de alcohol y otras drogas tiene consecuencias muy importantes para la salud del individuo y para su interacción social, uno de los grupos que se ven afectados por el uso y abuso de sustancias es la familia y en especial las mujeres.

Vivir cerca de un consumidor excesivo tiene severas implicaciones en la salud psicológica de sus familiares y problemas relacionados como: discusiones, mala comunicación, depresión y un estado de malestar general que son el resultado de vivir en continua tensión al hacer frente a este tipo de problemas. (Natera y Tiburcio, 2001)

Los niños y niñas que viven con familias consumidoras sufren dificultades físicas, emocionales, neurológicas, en la conducta y el aprendizaje, esto en la etapa adulta puede conducirlos a tener mayores riesgos de ser consumidores excesivos de alcohol.

El alcohol puede ser un precipitante de la violencia, lo que no ha llegado a aclararse es porque esta generalmente esta dirigida a la mujer y en especial a la esposa.

En nuestro país aun no se ha cuantificado a nivel nacional, ero en una encuesta de hogares realizada al sur de la Cd. de México se encontró una prevalencia de 38% de incidentes violentos dirigidos a las esposas por parte de sus cónyuges, en los que el consumo excesivo de alcohol fue un indicador de violencia asociado estrechamente con los actos físicos. (Natera, Tiburcio, 2001)

Los incidentes de violencia física y psicológica por parte del consumidor hacia algún familiar eran dirigidos principalmente a la madre y a la esposa.

También fue común que los padres y hermanos mayores recurrieran a acciones violentas en un afán por controlar al consumidor, sin embargo esto más que ayudar puede agravar la situación al poner en riesgo a otros miembros de la familia. Estas actitudes afectan gravemente a las madres, quienes prefieren

enfrentar en silencio los problemas inherentes al consumo para evitar conflictos mayores. (Natera, Medina-Mora, 2001)

En México existe menor aceptación para el consumo de drogas que de alcohol, ya que las drogas se perciben más como un problema ilegal y se tiene mayor conciencia de los daños que puede producir el consumo a corto plazo.

Esta percepción hace que la mujer recurra en búsqueda de ayuda más rápidamente, cuando algún familiar consume drogas, esta ayuda la busca primero con los familiares y después con instituciones de salud. (Natera y Tiburcio, 2001)

Ya que en México actualmente la fármaco-dependencia representa un problema grave de salud pública que va en aumento, las instituciones tanto del sector público como del privado, han enfocado su atención en crear programas y generar acciones tanto para prevenir, como para tratar este importante problema.

SECRETARÍA DE SALUD

Cuenta con 199 unidades de servicio especializado en todo el país. Estas unidades están abiertas a todos los trastornos mentales y cuentan con recursos para atender adicciones. En estos centros se da atención con diferentes tipos de psicoterapia, servicio ambulatorio y de internamiento.

En el hospital psiquiátrico infantil Dr. Juan N. Navarro, se lleva a cabo el programa PAIDEIA para la atención de menores inhaladores.

Centros de Atención Toxicológica Jóvenes por la Salud de algunas delegaciones del DF cuentan con servicios de internamiento de corta estancia, desintoxicación y apoyo psicológico.

La Secretaría de salud en el campo de las adicciones, tiene como objetivos principales:

1. Formular y proponer la política nacional en materia de atención a los problemas de adicciones, mediante la formulación de estrategias y programas específicos;
2. Coordinar la elaboración y aplicación de los programas contra el Tabaquismo, el Alcoholismo y Abuso de Bebidas Alcohólicas, la Fármaco-dependencia, así como dictar medidas para su adecuada ejecución, en coordinación con dependencias del sector público, gobiernos de las entidades federativas, organizaciones privadas y sociales, y los integrantes del Consejo;
3. Favorecer el desarrollo de normas oficiales mexicanas en materia de prevención, control y rehabilitación de las adicciones, así como proponer reformas a las disposiciones legales sobre la producción, comercialización y consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y otras sustancias psicoactivas;
4. Proponer el establecimiento de medidas y mecanismos de coordinación entre las autoridades de la Federación, estados y municipios, para la ejecución de los programas de adicciones y salud mental;
5. Mantener actualizado y difundir el diagnóstico sobre la situación prevalente del uso y abuso de sustancias psicoactivas, así como de la atención preventiva y rehabilitatoria de los adictos;
6. Impulsar el desarrollo de acciones en materia de investigación, formación y actualización de recursos humanos, para apoyar el diseño de los programas en materia de adicciones.

7. Recomendar políticas con criterios de salud pública para el control de la oferta de bebidas alcohólicas y tabaco, incluyendo los aspectos de control de la publicidad;
8. Promover la participación comunitaria y de los diferentes sectores de la sociedad en la difusión de conocimientos y recursos que apoyen la prevención, detección temprana, canalización y rehabilitación de los problemas de abuso de sustancias y de conductas adictivas;
9. Promover la cooperación con organizaciones nacionales e internacionales para favorecer el intercambio técnico y académico, la elaboración de proyectos preventivos y de atención, así como participar en las negociaciones y acuerdos de cooperación binacional y multinacional sobre adicciones;
10. Fomentar campañas y acciones permanentes para obtener recursos financieros que permitan apoyar proyectos que impulsen los programas de adicciones;
11. Contar con un sistema estadístico nacional e internacional sobre adicciones, en el que se contenga el diagnóstico sobre la situación prevalente del uso y abuso de sustancias psicoactivas, así como de la atención preventiva y rehabilitación de adictos;
12. Difundir el resultado de las acciones que lleve a cabo, así como de los acuerdos del Consejo Nacional Contra las Adicciones

CENTROS DE INTEGRACIÓN JUVENIL

Atiende problemas con el consumo de drogas ilegales. Trabaja con el usuario de drogas y su familia, promoviendo la rehabilitación y la inserción del paciente a la sociedad. El tratamiento impartido en el CIJ se podría resumir en:

PREVENCIÓN

El Programa Preventivo Institucional tiene como línea estratégica la Educación para la Salud, cuya premisa principal es la promoción de estilos de vida saludables, es decir, la adicción no es el foco de atención sino la conservación de la salud.

El Programa en sus niveles de Información, Orientación y Capacitación, está dirigido a niños, adolescentes y adultos y llega a los diferentes escenarios naturales como la escuela, la familia y la comunidad, incorporando factores protectores como: autoestima, asertividad, apego escolar, afrontamiento de estrés y habilidades sociales para implementarse en los proyectos preventivos.

TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN

La Institución cuenta con el Programa Atención Curativa que apoya al usuario de sustancias tóxicas y a su familia. Las acciones se proporcionan a través de dos subprogramas: Consulta Externa y Tratamiento Residencial.

La consulta externa representa la alternativa de servicio más frecuente en nuestra institución, promueve una atención especializada con modalidades terapéuticas acordes a la particularidad de cada paciente.

El abordaje terapéutico integral del usuario de sustancias tóxicas, considera la psicoterapia, de corte breve, multimodal, con objetivos y tiempo limitados, la cual se desarrolla de manera individual, familiar y grupal. Dependiendo de las condiciones clínicas de cada caso se considera la prescripción farmacológica para manejar alteraciones psiquiátricas, o el síndrome de abstinencia. El tratamiento promueve la inclusión de la familia en sesiones de orientación, como medida de apoyo y reforzador.

El tratamiento residencial se dispone de tres unidades que proporcionan servicios a pacientes cuyas condiciones de fármaco-dependencia hacen necesario este tipo de atención; atienden cuadros de intoxicación por drogas, síndrome de abstinencia, y un tratamiento residencial para suprimir el consumo de drogas.

Constituyen también una alternativa a la hospitalización tradicional. En su funcionamiento contemplan la ejecución de actividades basadas en los postulados de la Comunidad Terapéutica, donde el uso de la estructura social funciona como una variedad de tratamiento en un medio ambiente concebido para producir el cambio deseado en los pacientes que ingresan a él.

También el CIJ se dedica a formar y guiar a profesionales y voluntarios que operan esos programas, dándoles elementos teóricos y técnicos para obtener y mantener el interés de la población, de tal forma que al participar en la atención de la fármaco-dependencia, se constituyan en promotores de salud al interior de su colonia, escuela, club e instituciones, donde viven, estudian, se divierten o trabajan, lo que es posible siendo voluntarios de CIJ.

FUNDACIÓN OCEÁNICA

El tratamiento está basado en el modelo Betty Ford Center, pero adaptado a la cultura mexicana. Una de sus metas es educar sobre la dependencia de sustancias en nuestro país.

Promover un cambio de cultura hacia estilos de vida saludables y brindar alternativas de solución en el campo de las adicciones y de los trastornos emocionales y de conducta que apoyen el sano desarrollo de la sociedad mexicana.

Los programas con los que esta fundación cuenta son:

PREVENCIÓN / PROGRAMA ESCOLAR DE PREVENCIÓN

Sus objetivos principales son:

- Prevenir el consumo de sustancias adictivas en la comunidad educativa a través de diversas acciones encaminadas a educación, el desarrollo de habilidades y la atención emocional.
- Ofrecer factores de protección a los niños y jóvenes, mediante el reforzamiento de valores y la información adecuada respecto a las sustancias.
- Ofrecer a Padres de familia y maestros las herramientas para la detección oportuna y la información adecuada respecto a las sustancias.
- Ofrecer apoyo emocional a la comunidad educativa a través de orientaciones, terapia breve e intervención en crisis.

PREVENCIÓN / PLAN NACIONAL

Lo que este programa busca es apoyar en el mejoramiento de los niveles de bienestar de la población, a través del desarrollo de estilos de vida saludables, así como sensibilización, y asesoría técnica de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, aportando información adecuada sobre el uso, abuso y consecuencias del consumo.

Esto lo hace a través de proporcionar talleres de:

- Prevención de Adicciones
- Detección Oportuna
- Desarrollo Humano para la prevención
- Prevención de Adicciones y Productividad
- Información básica en adicciones
- Formación para Terapeutas en Adicciones

TRATAMIENTO, PREVENCIÓN E INVESTIGACIÓN / INSTITUTO INFANTIL DE ADICCIONES

Aquí el objetivo principal es ofrecer diversos servicios de salud integral con calidez y calidad basados en Prevención, Tratamiento e investigación para la niñez, juventud y sus familias en riesgo y o situación de calle por el uso, abuso y dependencia de sustancias adictivas, que logren una sana reinserción social.

Programa de tratamiento

Capacidad para 200 pacientes internos

Duración: 2 meses

Características: Desarrollo y refuerzo de Plan de Vida Sano, Desarrollo espiritual, potencialización e inserción escolar y/o laboral, reintegración familiar y social.

Programa Prevención

Características: Atención familiar, Grupos de crecimiento, apoyo comunitario y Red Social.

Programa de Investigación

Características: protocolos de investigación y elaboración de materiales científicos.

Población beneficiada directa anualmente: 251,200 sujetos

Población beneficiada indirecta anualmente: 753,600 sujetos

MONTE FÉNIX

Atiende casos de alcoholismo y drogadicción. Durante el Programa el paciente participa en terapia individual y grupal, actividades terapéuticas y familiares. Simultáneamente la familia también recibe apoyo psicológico para ayudar a prevenir las recaídas y favorecer la recuperación. Posteriormente el paciente

participa en sesiones de prevención de recaídas durante un año y con la familia otros seis meses

Monte Fénix es una clínica especializada en la de rehabilitación de personas que tienen problemas con el alcohol u drogas. Desde 1980 a la fecha, han contribuido en la recuperación de más de cuatro mil adictos y alrededor de 12 mil familiares.

En Monte Fénix tienen la consigna de que el problema de la adicción no radica exclusivamente en el consumo de sustancias, sino en la imposibilidad de tener una vida útil y feliz sin ellas. Por eso, en el Centro de Integración para Adictos y Familiares, Monte Fénix A.C., hay un modelo de tratamiento que pone énfasis en las potencialidades del ser humano para tener una nueva vida: el "Modelo Las Flores".

Para ofrecer la máxima calidad en el tratamiento, Monte Fénix forma parte de reconocidos organismos internacionales como la National Association of Addiction Treatment Providers, el National Adolescent Treatment Consortium, y de la ONU, como Organismo no Gubernamental.

Cuentan también con la asesoría de profesionales reconocidos internacionalmente como David Deitch, Ph.D, asesor de los secretarios de salud del gobierno de los Estados Unidos de América y de la Organización para las Naciones Unidas (ONU), implementando programas de prevención para los gobiernos de Hungría y Perú, entre otros. Tenemos la asesoría de Marc Shuckitt Ph.D, reconocido por su importante investigación genética en adicciones y por ser uno de los supervisores del DSMIV a nivel mundial, ambos de la Universidad de San Diego, California.

Monte Fénix ha asesorado a diversas empresas mexicanas comprometidas con el desarrollo integral de sus empleados, en las que destacan los trabajos de asesoramiento en los programas de orientación y tratamiento de adicciones a los empleados de empresas como: Telmex, Dupont, MVS, Cooperativa Cruz Azul, Grupo Modelo, Ericsson entre otras.

GRUPOS DE AYUDA MUTUA

Tienen programas especializados en la atención de problemas con alcohol o adicción a otras drogas. Estos grupos tienen albergues y granjas que brindan servicio las 24 hrs. del día.

Los diferentes grupos o centros con los que cuenta son:

- Alcohólicos Anónimos
- Drogadictos Anónimos
- Narcóticos Anónimos
- Comunidad Terapéutica
- Al Anon

Alcohólicos Anónimos® es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.

El único requisito para ser miembro de A.A. es el deseo de dejar la bebida. Para ser miembro de A.A. no se pagan honorarios ni cuotas; ellos mantienen la institución con sus propias contribuciones

A.A. no está afiliada a ninguna secta, religión, partido político, organización o institución.

El objetivo principal de AA es mantenerse sobrios y ayudar a otros alcohólicos a alcanzar el estado de sobriedad.

Están inspirados en el programa de doce pasos de Alcohólicos Anónimos, y estos son:

1. Admitir que se es impotente ante el alcohol, que sus vidas se han vuelto ingobernables.
2. Llegar al convencimiento de que un Poder Superior les podrá devolver el sano juicio.
3. Decidir poner sus voluntades y sus vidas al cuidado de Dios, como lo conciben.
4. hacer un minucioso inventario moral de ellos mismos.
5. Admitir ante Dios, ante ellos mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de sus defectos.
6. Estar enteramente dispuestos a dejar que Dios los libere de todos los defectos de carácter.
7. Humildemente le piden que los libere de sus defectos.
8. Hacer una lista de todas aquellas personas a quienes habían ofendido y estar dispuestos a reparar el daño causado
9. Reparar directamente a cuantos es posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implica perjuicio para ellos o para otros.
10. Continuar haciendo un inventario personal y cuando están equivocados lo admiten inmediatamente.
11. Buscar, a través de la oración y la meditación, mejorar el contacto consciente con Dios, como lo conciben, pidiéndole solamente que los deje conocer su voluntad para con nosotros y les dé la fortaleza para cumplirla.
12. Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratan de llevar este mensaje a los alcohólicos y practicar estos principios en todos sus asuntos.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

Desde hace varios años la UNAM está desarrollando programas diseñados para trabajar en adicciones. En ellos el enfoque que predomina es el Cognitivo-Conductual con una modalidad de la terapia breve. Estos tratamientos se están desarrollando principalmente en la Facultad de Psicología

Los modelos que se manejan son:

- Modelo de detección temprana e intervención breve para adolescentes de comunidades urbanas y rurales que se inician en el consumo de alcohol y/o drogas (Martínez, 2003)
- Modelo de detección temprana e intervención breve para bebedores problema (Ayala y Echeverría, 2001)
- Modelo de detección temprana e intervención breve para usuarios de cocaína (Oropeza, 2000)
- Programa de Reforzamiento Comunitario (Barragán y Ayala, 2002)

Este último es para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas y es en cual este trabajo se desarrolla.

El Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) fue desarrollado como un tratamiento para desordenes en el abuso de alcohol (Azrin, 1976; Hunt y Azrin, 1973).

Es una aproximación que se basa en los principios del aprendizaje operante. Ha sido desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado, resultando una metodología de intervención costo efectiva en prevención terciaria.

Es una terapia breve que busca reestablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean a los usuarios (Meyers y Smith, 1995; Smith y Meyers, 1995).

La meta consiste en que los reforzadores sean operacionales y de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinentemente de drogas, además de ser retirados o no estar disponibles si los individuos beben.

Este programa se basa en:

CONDICIONAMIENTO OPERANTE

- Efecto reforzante de su consumo (Goldberg y Stolerman, 1986).
- Organizar y estructurar reforzadores alternativos para conductas incompatibles al consumo (Bickel, DeGrandpre y Higgins, 1993; Carroll, 1993; Goldberg, 1976; Griffiths, Bigelow, y Henningfield, 1980; Higgins, 1997; Pickens, Meisch y Thompson, 1978)

LA TEORÍA DEL APRENDIZAJE SOCIAL

- Esta teoría forma parte de las bases del CRA y se basa en:
- Modelamiento (Marlatt y Caudill, 1975 referido en Ayala, V; 1998);
- Estudio del Género (Cooper, Waterhouse y Sobell, 1979),
- Historia previa de consumo (Lied y Marlatt, 1979)
- Interacción con pares consumidores (Collins, Parks y Marlatt, 1985).
- Habilidades alternativas de afrontamiento al consumo
- Expectativas del bebedor frente a los efectos del alcohol (Marlatt y Gordon, 1985).

MODELO DE INTERVENCIÓN DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO (CRA)

Recomendado por el NIDA-NIAAA (Allen et al., 1995).

El filtro de selección para los usuarios del CRA sigue los siguientes aspectos:

- Nivel de dependencia: Media y severa (EDA)
- Cantidad de consumo: 14 ó más copas promedio por ocasión de consumo, 20 ó mas tragos promedio a la semana (LIBARE)
- Recaídas: 1 ó más (Entrevista Conductual)
- Tratamientos previos : 1 o más (Entrevista Conductual)
- Pérdidas en diferentes áreas de vida Cotidiana: Escolar, Social, legal, económica, física, cognitiva, personal, emocional, recreativa. (Entrevista Conductual).

La evaluación de este programa se hace con base en:

Patrón de consumo: Línea Base Retrospectiva (Sobell y Sobell, 1992)

Nivel de dependencia: Cuestionario de abuso en el consumo de drogas (Skinner, 1982)

Escala de dependencia al alcohol (Skinner, Horn, Wanberg, FASTER, 1984)

Autoeficacia: Escala de confianza situacional (Annis y Graham, 1988)

Situaciones de riesgo: Inventario de situaciones de consumo de drogas (Annis y Martin, 1985)

Satisfacción de vida cotidiana: Escala de satisfacción (Teichner, De Cato, Donohue, Azrin y Howell, 1988)

Validez social: Cuestionario de validez social (Morales y Ayala, 2001)

Capítulo 1

CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL

1.1 Introducción

Tradicionalmente se creía que el consumo excesivo de alcohol era una enfermedad crónica, progresiva y a menudo mortal; es un trastorno primario y no un síntoma de otras enfermedades o problemas emocionales, pero actualmente existen también estudios que nos dicen que estas conductas del consumo de alcohol y drogas son conductas adictivas y no son una enfermedad incurable y progresiva. Por lo tanto se adquieren a través del aprendizaje de patrones de conductas no adaptativas, por lo que pueden ser modificadas por nuevos patrones de aprendizaje.

La química del alcohol le permite afectar casi todo tipo de célula en el cuerpo, incluyendo las que se encuentran en el sistema nervioso central. En el cerebro, el alcohol interactúa con centros responsables del placer y otras sensaciones deseables; después de la exposición prolongada al alcohol, el cerebro se adapta a los cambios producidos por el alcohol y se vuelve dependiente a ellos. Para las personas que sufren de alcoholismo, el tomar se convierte en el medio principal a través del cual pueden interactuar con personas, trabajo y vida. El alcohol domina su pensamiento, emociones y acciones.

1.2 Factores asociados y causas el Consumo Excesivo de Alcohol

El consumo de alcohol en forma regular y consistente durante un transcurso de tiempo puede ocasionar una sensación de dependencia y síntomas de supresión

durante los períodos de abstinencia; esta dependencia física, sin embargo, no es la única causa del consumo excesivo de alcohol

Los estudios con personas que sufren enfermedades crónicas que han tomado medicamentos contra el dolor por mucho tiempo, han mostrado que una vez la persona resiste el proceso de supresión física, a menudo pierde el deseo por las drogas que estaba tomando. Para que una persona se vuelva dependiente del alcohol, por lo general se deberán tener en cuenta otros factores biológicos, genéticos, culturales y psicológicos. (Flankel, 1991)

LA QUÍMICA CEREBRAL

El deseo de alcohol durante la abstinencia, el dolor asociado con la supresión y la alta tasa de recaída se deben a la adaptación del cerebro y a la dependencia en los cambios químicos [cerebrales] causados por el uso de alcohol a largo plazo. El alcohol causa relajación y euforia pero a la vez también actúa como un depresivo en el sistema nervioso central. Inclusive después de años de investigación, los expertos todavía no saben exactamente cómo el alcohol afecta el cerebro. Parece ejercer efectos mayores en el hipocampo, un área en el cerebro asociada no sólo con el aprendizaje y la memoria sino también con la regulación de la emoción, el procesamiento sensorial, el apetito y el estrés. Un estudio reciente encontró que productos mayores descompuestos del alcohol, ésteres de etilo de ácido graso, estimulan el flujo de potasio en las células del hipocampo, el cual inhibe neurotransmisores importantes (mensajeros químicos). De especial importancia para los investigadores de consumo excesivo son los neurotransmisores ácido gamma-aminobutírico (GABA), dopamina y serotonina, los cuales están muy asociados con, entre otras funciones, el comportamiento emocional y los antojos. El consumo excesivo de alcohol crónico causa depleción de la materia gris, tejido crucial en el sistema nervioso central.

LOS FACTORES GENÉTICOS

Algunos investigadores coincidieron en remarcar el hecho de que algunas familias presentan patrones similares de ingesta alcohólica.

Gran parte de los consumidores crónicos tienen al menos un familiar de primer grado afectado, lo cual se clasifica como HF+.

Los familiares de primer grado de individuos dependientes tienen un riesgo 7 veces mayor de desarrollar este patrón de consumo excesivo.

Los estudios en gemelos permiten detectar la existencia de un componente genético asociado a un trastorno particular, aún cuando este sea complejo y heterogéneo como el alcoholismo.

Se ha sugerido que los resultados pueden deberse a la tendencia de los gemelos monocigóticos a ser socialmente más cercanos entre sí y por lo tanto más imitativos que los gemelos dicigóticos, sin embargo se ha mostrado que a pesar que la cohabitación o el contacto social son muy frecuentes entre gemelos idénticos en la edad adulta, no son factores que expliquen por sí mismos la gran similitud de sus hábitos de consumo.

Los análisis de estudios de adopción se basan en la premisa de que en la infancia son separados de sus padres biológicos para ser adoptados por otras familias pueden tener mas tendencia de desarrollar dependencia al alcohol, siempre y cuando hubieran heredado genes que los hicieran más vulnerables.

Los hijos de consumidores dependientes presentan una mayor tasa de alcoholismo, aún cuando no fueron criados por sus padres biológicos. El uso moderado o el abuso de alcohol por parte de los padres adoptivos no

incrementa el riesgo en los hijos adoptivos con padres biológicos que son consumidores crónicos de alcohol.

Posible modo de herencia

Las investigaciones dan elementos para suponer que en el caso del alcoholismo existe un componente genético y posiblemente heredable, los resultados coinciden en que la idea que existe un gen único que se transmite siguiendo un patrón de herencia Mendeliana y que causa el alcoholismo no es aplicable en la mayoría de familias afectadas.

Algunos de los marcadores genéticos más promisorios son:

- **Electrofisiológicos:** el electroencefalograma en reposo de los alcohólicos, así como el de sus hijos adolescentes que aun no beben, presentan una menor actividad de la onda alfa, alteración que suele normalizarse con la ingestión del alcohol.
- **Sensibilidad al alcohol:** se ha reportado una relación entre una menor sensibilidad a los efectos intoxicantes del etanol y la presencia de antecedentes heredo familiares de alcoholismo, con el riesgo de desarrollar problemas futuros con la bebida.
- **Alteraciones en la actividad de proteínas y enzimas:** las proteínas que funcionan en los mecanismos de comunicación intracelular son sitios potenciales de variación genética asociada a una posible sensibilidad diferencial al alcohol. Otros estudios han indicado que los alcohólicos, sus familiares y los individuos con una HF+ muestran una actividad reducida de la enzima monoaminoxidasa.
- **Otros datos bioquímicos y neuroendocrinos** que se han asociado con el alcoholismo son los bajos niveles en el líquido cerebro espinal del metabolito de serotonina.

Estudios con el gen DRD2

Una conducta importante en la iniciación y mantenimiento de consumo de alcohol es la de reforzamiento y recompensa que probablemente esta bajo el control y regulación de diversos sistemas de neurotransmisión.

El gen DRD2 en particular ha sido objeto de muchos estudios relacionados con el alcoholismo.

A principio de la década de los 90's se reportó que uno de los alelos del gen se presentaba en el 77% de una muestra de alcohólicos, mientras que solo el 28% de los no alcohólicos también lo tenían.

La asociación entre estas variantes moleculares del gen DRD2 con el alcoholismo ha sido observada en otros estudios, particularmente cuando se han analizado los casos más severos, o aquellos que presentan una edad de inicio más temprana.

En México se encontró que la frecuencia del alelo A1 en una población de alcohólicos no fue observada en sujetos no alcohólicos.

No existen datos positivos de enlace génico entre alelos del DRD2 con el alcoholismo ni se han podido detectar en pacientes alcohólicos mutaciones en el gen que alteren la estructura y función del receptor, es interesante hacer notar que los hijos adolescentes de padreas alcohólicos activos que aun no beben alcohol muestran una frecuencia elevada de A1.

1.3 Características del Usuario dependiente de alcohol

EL GÉNERO

Según la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002, la mayoría de los bebedores dependientes son hombres, pero, no obstante, la incidencia de alcoholismo entre las mujeres ha estado aumentando durante los últimos 30 años. Cerca del 77% de los hombres entrevistados durante la encuesta, reportaron haber bebido dentro de los últimos 12 meses y esto solo se reportó en el 44% de las mujeres; 22.8% de los hombres toman hasta embriagarse comparado con 8.7% de las mujeres. (Villatoro, 2002, ENA, INP)

Las mujeres tienden a volverse dependientes del alcohol más tarde en la vida que los hombres; el 35% de los varones y el 27% de las mujeres bebieron su primera copa completa de alcohol antes de cumplir los 18 años de edad, en ambos sexos la edad más frecuente para iniciar el consumo es entre los 18 y 29 años de edad en tanto que en los varones se encuentran dos puntos muy importantes para iniciar el consumo entre los 12 y los 15 años y al llegar a la mayoría de edad. (Villatoro, 2002, ENA, INP)

Sin embargo, los problemas médicos que desarrollan debido al trastorno ocurren casi a la misma edad que los hombres. Además de poseer una doble vulnerabilidad, biológica: al desarrollar mas problemas con menos dosis de consumo; y social: al ser objeto de un mayor rechazo al presentar problemas asociados a su consumo. (Villatoro, 2002, ENA, INP)

Otro estudio hecho en México, realizado por el CONADIC (Consejo Nacional de las Adicciones) con bebedores, nos dice que en la población masculina es poco visto el consumo frecuente pero consumen en grandes cantidades por ocasión, es decir que el 40% tienen un patrón de consumo explosivo, el 28% consumen una

vez al mes, el 9% consumen poco pero frecuentemente y el 23% no consumen (CONADIC, 2002)

RASGOS DE PERSONALIDAD Y LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

Las personas severamente deprimidas o ansiosas presentan un riesgo mayor de desarrollar conductas de consumo excesivo de alcohol, tabaquismo y otras formas de adicción.

Este problema en estos casos puede deberse a que utilizan al alcohol u otras sustancias como una "automedicación" para la ansiedad o la depresión. Debe tomarse nota de que estos trastornos de estado de ánimo son a menudo causados por el consumo excesivo de alcohol y pueden reducirse después de la supresión del alcohol. (Alonso Fernández, F. 1992)

FACTORES SOCIOECONÓMICOS

Se ha pensado por mucho tiempo que las conductas de consumo excesivo de alcohol son más prevalentes en las personas con niveles educativos inferiores y en los desempleados. Según datos de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares del INEGI, dice que el aguardiente y el pulque son consumidos con más frecuencia en los hogares que carecen de servicio de agua, teléfono y con pisos de tierra, en tanto que el vino de mesa es la bebida de preferencia entre la población con mayores recursos.

El consumo global de alcohol se relaciona con el poder adquisitivo de la población. El 30% de quienes perciben más ingresos consumen el 53% del alcohol disponible. Sin embargo también queda claro, que el gasto de alcohol en proporción al ingreso es mayor entre el sector más desfavorecido y este sector no modifica sus hábitos de consumo. (Villatoro, 2002, ENA, INP)

1.4 Severidad asociada al Consumo Excesivo de Alcohol

¿Cuáles son los riesgos y los beneficios de tomar moderadamente?

Las personas que no deben beber bajo ninguna circunstancia son aquellas menores de 21 años, que son dependientes del alcohol o tienen otros problemas médicos, que están tomando medicamentos que interactúan con el alcohol y las mujeres que están embarazadas. Las personas no deben beber antes de conducir u ocuparse en actividades que requieren habilidad y atención. El beber entre leve y moderadamente parece tener ciertos beneficios en los niveles de colesterol, incluyendo niveles ascendentes de colesterol de HDL y en la reducción del riesgo de cardiopatía. En los ancianos, puede estimular el apetito, ayudar a promover la función intestinal regular y mejorar el estado de ánimo. Puede reducir el riesgo de accidentes cerebro-vasculares causados por el endurecimiento de las arterias (aunque aumenta el riesgo del tipo menos común de accidente cerebro vascular que es causado por hemorragia.)

¿Qué pasa cuando el consumo ya es excesivo?

5 de las 10 causas de muerte al año en nuestro país pueden ser atribuidas al consumo de alcohol. Aunque las personas que sólo toman de dos a cuatro bebidas a la semana presentan las tasas de mortalidad más bajas, comparadas con los no bebedores y los bebedores crónicos, el beber dos o más bebidas alcohólicas al día aumenta el riesgo de muerte en un 50%. Además, el consumo excesivo de alcohol en sí reduce el promedio de vida en 10 a 12 años. Entre más temprano empiece a beber de manera exagerada una persona, mayor es el riesgo que corre de contraer enfermedades serias más adelante. El consumo excesivo de alcohol puede matar de muchas maneras diferentes.

Las principales causas son:

- traumatismo y envenenamiento.
- enfermedades del aparato circulatorio
- enfermedades del aparato digestivo
- cáncer

LA SOBREDOSIS

El alcohol es una droga y las personas pueden morir por una sobredosis. Esto es un peligro especialmente entre los adolescentes que pueden querer impresionar a sus amigos con su capacidad para beber alcohol pero que todavía no pueden medir los efectos.

LOS ACCIDENTES Y LA VIOLENCIA

El alcohol juega un papel importante en más de la mitad de todas las muertes por accidente de automóvil. El tomar menos de dos bebidas puede deteriorar la capacidad para conducir. El alcohol también aumenta el riesgo de lesiones accidentales por varias otras causas.

En la Encuesta Nacional de las Adicciones en 1998, se encontró que 16 de cada 100 de los que consumen 5 o más copas por ocasión tienden a verse involucrados en actos violentos: problemas con amigos 8.4%, con policías 4.6% y en bares 2.6%.

El Servicio Médico Forense del Distrito Federal dio a conocer, que en el año 200, en la Ciudad de México murieron diariamente tres personas en accidentes de tránsito u homicidios, en cuya sangre se detecta la presencia de alcohol.

La evidencia revisada sugiere que los jóvenes son más susceptibles de ser víctimas de muerte por accidentes que la población adulta. De hecho en el 10% del total

de las defunciones en accidentes de tránsito ocurridos en el país en 1994, las víctimas tenían entre 15 y 19 años de edad. (INEGI, 1994)

Según la Encuesta Nacional de las Adicciones de 2002, los problemas de accidentes relacionados con el consumo, en nuestro país se explica con la forma en que se consume (poca frecuencia, pero en grandes cantidades por ocasión). Los problemas que se asocian con el abuso de alcohol son más frecuentes entre los bebedores no dependientes, ya que solamente 18% de las personas que han sufrido algún accidente automovilístico en el que el alcohol ha estado involucrado, eran bebedores dependientes, con lo que se confirma lo observado, en los estudios en salas de emergencia, en el sentido de los accidentes sucedidos con presencia del alcohol, están más relacionados con la ingesta aguda que con el consumo crónico. (Villatoro, 2002, ENA, INP)

LOS PROBLEMAS MÉDICOS

Las conductas de consumo excesivo de alcohol puede lesionar el cuerpo de tantas maneras que es imposible tratar estos problemas por entero en un informe corto. Los siguientes son tan sólo algunos de los trastornos causados por el consumo crónico de alcohol:

La cardiopatía. Aunque el consumo moderado de alcohol parece reducir el riesgo de ataques cardíacos mejorando los niveles de colesterol, las dosis más grandes de alcohol pueden desencadenar ritmos cardíacos anormales y aumentar la presión arterial inclusive entre las personas que no tienen un historial de cardiopatía. Las personas que consumen más de tres bebidas alcohólicas al día tienen una presión sanguínea más alta que los abstemios, con un aumento de la presión sanguínea a medida que incrementa el consumo de alcohol. Las personas que beben hasta la embriaguez tienen una presión sanguínea más alta inclusive que las personas que beben con regularidad. Un estudio realizado por

Schuller en 1990, encontró que las personas que bebían hasta embriagarse (las personas que toman nueve o más bebidas una vez o dos veces a la semana) tenían un riesgo de correr una emergencia cardiaca dos veces y medio mayor a la de los no bebedores. Un estimado 11% de todos los casos de hipertensión son causados por la ingestión excesiva de alcohol. El abuso crónico de alcohol también puede lesionar el músculo del corazón lo cual conduce a la insuficiencia cardiaca; las mujeres son particularmente vulnerables a este trastorno. (Schuller, 1991)

El cáncer. El alcohol quizás no cause cáncer, pero probablemente puede aumentar los efectos carcinogénicos de otras sustancias, como el humo del cigarrillo. El beber a diario aumenta el riesgo de contraer cánceres del pulmón, esófago, estómago, páncreas, colon y recto, cánceres de las vías urinarias, tumores cerebrales, linfomas y leucemias. Cerca del 75% de los cánceres del esófago y 50% de los cánceres de la boca, la garganta y la laringe se atribuyen al alcoholismo. El tabaquismo combinado con la bebida alcohólica aumenta de manera extraordinaria los riesgos de contraer la mayoría de estos cánceres. El riesgo de contraer cáncer del hígado aumenta en los bebedores dependientes, y aún en la persona que toma de manera moderada –tres a nueve bebidas a la semana– puede aumentar la probabilidad de desarrollar cáncer de la mama en las mujeres. (Schuller, 1991)

Problemas gastrointestinales y hepáticos. El alcohol pone en particular peligro al hígado. Aquí, el alcohol se convierte en una sustancia aún más tóxica, acetaldehído, que puede causar un daño sustancial, incluyendo cirrosis en 10% de las personas que inciden en conductas de consumo excesivo de alcohol. El daño hepático es más común y se desarrolla más rápidamente en las mujeres que en los hombres con historias similares de abuso de alcohol. Dentro del tracto gastrointestinal, el alcohol puede contribuir a la formación de úlceras y al

desarrollo de pancreatitis, una infección grave del páncreas. En una escala menor, puede causar diarrea y hemorroides. (Schuller, A., 1991)

La neumonía y otras infecciones. El alcohol suprime el sistema inmunitario y las personas que consumen alcohol de forma excesiva están propensas a las infecciones. Este consumo excesivo agudo en particular se asocia con una forma grave de neumonía, la cual puede deberse a factores diferentes al deterioro del sistema inmunitario. Un estudio en animales indica que el alcohol daña específicamente la capacidad que tienen las células del pulmón de combatir bacterias. (Schuller, 1991)

Los trastornos mentales y neurológicos. En el mismo estudio realizado por Schuller en los años 90's, se encontró que el alcohol ejerce efectos en el cerebro. Parece suprimir la actividad en las partes del cerebro donde se realizan el aprendizaje y la memoria e incrementa la actividad en las áreas relacionadas con la emoción, las respuestas sensoriales y el estrés. El uso habitual de alcohol deprime el sistema nervioso central, produciendo depresión clínica y confusión. En los casos crónicos, la materia gris se destruye, posiblemente conduciendo a la psicosis y los trastornos mentales. El alcohol también puede causar problemas neurológicos más leves, incluyendo insomnio y dolor de cabeza (especialmente después de tomar vino tinto). Excepto en los casos graves, el daño neurológico no es permanente y la abstinencia casi siempre conduce a la recuperación de la función mental normal. (Schuller, 1991)

Los trastornos de la piel, músculos y huesos. El consumo de alcohol severo está asociado con la osteoporosis, adelgazamiento muscular con hinchazón y dolor, heridas de la piel y comezón. Además, las mujeres dependientes del alcohol parecen enfrentar un mayor riesgo de daño muscular, incluyendo los músculos del

corazón, esto como una consecuencia de los efectos tóxicos del alcohol. (Schuller, 1991)

Los efectos hormonales. El consumo excesivo de alcohol aumenta los niveles de la hormona femenina conocida como estrógeno y reduce los niveles de la hormona masculina conocida como testosterona, factores que contribuyen a la impotencia en los hombres. (Schuller, 1991)

El tabaquismo. Un estudio reciente concluye que los bebedores dependientes que fuman corren un riesgo mayor debido al tabaco, que del que corren debido al alcohol. El tabaquismo es dos a tres veces más prevalente entre las personas que abusan de las drogas que entre la población en general; se cree que los bebedores dependientes de alcohol constituyen un cuarto de todos los fumadores. Más de estos bebedores mueren de las enfermedades relacionadas con el tabaco, como la cardiopatía o el cáncer, que de la enfermedad hepática crónica, la cirrosis u otras enfermedades relacionadas con el consumo excesivo de alcohol. (Schuller, 1991)

La diabetes. El alcohol puede causar hipoglucemia, una disminución en el azúcar sanguíneo, que es especialmente peligroso entre las personas con diabetes que toman insulina. Los diabéticos que están ebrios quizás no pueden reconocer los síntomas de la hipoglucemia, una enfermedad particularmente peligrosa.

La malnutrición y el síndrome de Wernicke-Korsakoff. Una copa estándar de whiskey proporciona cerca de la mitad de las calorías diarias que necesita un adulto, pero no tiene valor nutritivo. Además de reemplazar los alimentos, el alcohol también puede interferir en la absorción de las proteínas, vitaminas y otros nutrientes. La malnutrición puede causar muchos problemas en las personas que sufren de alcoholismo, pero la carencia de la vitamina B tiamina es un riesgo

específico. Puede dar lugar a una grave enfermedad, el síndrome de Wernicke-Korsakoff, el cual puede causar un daño cerebral permanente y la muerte. En un estudio de persona bajo tratamiento para disminuir o eliminar la conducta de beber en forma excesiva alcohol, el 40% de las que sufrían de este síndrome murieron. Los síntomas consisten en una severa confusión y pérdida de la memoria. Otro problema nutricional grave es la carencia de ácido fólico de vitamina B, lo cual puede causar anemia severa. (Schuller, 1991)

Síndrome de dificultad respiratoria agudo. El síndrome de dificultad respiratoria agudo (ARDS, según siglas en inglés) es una forma a veces mortal de insuficiencia pulmonar que puede ser causado por varias afecciones médicas (incluyendo cirugía de desvío del corazón y el pulmón, infección severa, trauma, transfusiones de sangre, neumonía y otras infecciones del pulmón). Un estudio indica que los pacientes en cuidados intensivos con antecedentes de abuso de alcohol corren un riesgo significativamente mayor de desarrollar ARDS durante la hospitalización. (Schuller, 1991)

LAS INTERACCIONES CON LAS DROGAS.

Los efectos de varias drogas son fortalecidos por el alcohol, mientras que otros son inhibidos. De especial importancia es su efecto de refuerzo en los medicamentos que también deprimen el sistema nervioso central, incluyendo medicamentos contra la ansiedad, sedativos, antidepresivos y antipsicóticos. El alcohol interactúa con varias drogas consumidas por los diabéticos. Interfiere con los medicamentos que previenen las crisis convulsivas y con los que se emplean para prevenir la coagulación de la sangre. Aumenta el riesgo de sangrado gastrointestinal en las personas que toman aspirina u otros medicamentos inflamatorios sin esteroides. En otras palabras, el estar tomando casi cualquier medicación debería impedir el tomar alcohol.

EL EMBARAZO Y DESARROLLO INFANTIL

Inclusive las cantidades moderadas de alcohol pueden ejercer efectos dañinos en el feto en desarrollo, incluyendo bajo peso al nacer y un mayor riesgo de aborto espontáneo. Las cantidades altas pueden causar síndrome de alcohol fetal, lo cual puede dar lugar a retardo mental y de crecimiento. Un estudio indica un riesgo significativamente mayor de leucemia entre los lactantes de mujeres que beben cualquier tipo de alcohol durante el embarazo.

LOS PROBLEMAS ENTRE LAS PERSONAS MAYORES

A medida que envejecen las personas, el cuerpo metaboliza el alcohol de otra manera. Toma menos bebidas para embriagarse, y los órganos pueden ser lesionados por cantidades más pequeñas de alcohol. En un estudio entre personas que sufrían de cirrosis alcohólica, la tasa de mortalidad en las personas mayores de 60 años de edad fue de 50% comparado con sólo 7% entre las personas jóvenes. Además, hasta la mitad de los 100 medicamentos más prescritos entre las personas mayores reaccionan negativamente con el alcohol. Los médicos pueden pasar por alto el alcoholismo cuando evalúan a los pacientes ancianos, atribuyéndoles equivocadamente las señales de abuso de alcohol a los efectos normales del proceso de envejecimiento.

LOS EFECTOS PSICOLÓGICOS EN LOS NIÑOS Y VIOLENCIA FAMILIAR

Millones de niños viven en hogares donde hay por lo menos un padre bebedor dependiente del alcohol. El consumo excesivo aumenta el riesgo de comportamiento violento y abuso hacia el niño. En recientes entrevistas realizadas por Saucedo en 1997 a directores de salas de emergencia, ellos opinan que la violencia familiar siempre o casi siempre esta ligada al uso de alcohol.

En una encuesta de opinión pública realizada en 1996 por Covac sobre el uso de violencia familiar, con una muestra de 3300 respondientes de entre 18 y 65 años

de edad, de todos los niveles socioeconómicos y de varios estados de la república, se encontró que el 20.9% de los respondientes piensan que las esposas sufren más maltrato físico y mental que otros miembros de la familia. El 35% reportó la ocurrencia de eventos violentos en sus familias durante los seis meses anteriores, el 74% de estos reportaron que en tales eventos estaban mujeres. Sumando a esto el alcoholismo y el uso de drogas era mencionado como el obstáculo más importante para parar la violencia familiar. (Natera y Tiburcio, 1997)

Las denuncias de violencia familiar incrementaron considerablemente en 1990 con la apertura del Centro de Atención para la Violencia Intra familiar (CAVI). Esta institución es responsable de proveer de cuidados médicos de emergencia a víctimas, se les ofrece asesoría psicológica, social y legal. Además de brindar también atención a los agresores. Entre 1991 y 1994 este centro reportó un total de 80, 000 consultas, pero solo menos del 50% reportaron que el agresor era un consumidor regular. (Natera y Tiburcio, 1997)

La violencia familiar es un complejo fenómeno que involucra respuestas al contexto o a la situación.

Leonard (1992) reporta en un estudio con mujeres golpeadas, que del 35 al 90% de estas mujeres viven con una pareja que tiene problemas con el alcohol.

Aunque en muchas culturas el alcohol ha sido relacionado con conductas violentas, ha sido demostrado que el alcohol no siempre se relaciona con violencia, en un estudio transcultural, Levinson (1989), encontró que el alcohol estuvo presente en actos violentos en solo el 9% de 90 comunidades estudiadas. (Natera y Tiburcio, 1997)

En México, la relación violencia-alcohol es un problema muy severo. Es necesario estudiar el lazo entre el uso de alcohol y la violencia.

Muchos estudios dan una vista amplia de la violencia en México, la ENA de 1993 encontró que el 41.6% de los consumidores de alcohol que tomaron 5 o más copas por ocasión durante en año que pasó reportaron uno o más problemas relacionados con el alcohol, ya sea con a familia, amigos, la policía y en bares. Natera y Tiburcio, 1997)

Las estadísticas nos dicen que en las salas de emergencias, agencias de tratamiento y organizaciones no gubernamentales indican que uno de cuatro homicidios y uno de cada tres suicidios envuelven al uso de alcohol. Hajar (1990) concluye que los actos violentos en contra de mujeres y niños toman lugar en sus viviendas o en las calles donde hay violencia entre hombres.

En México el Instituto Nacional de Psiquiatría realizó un estudio donde la muestra consistió en 544 mujeres que vivían con su pareja Los resultados encontrados nos hacen pensar sobre la epidemiología de la violencia en México. El estudio muestra que el 14% de las mujeres son golpeadas por sus parejas, más del 38% de ellas han sufrido alguna forma de violencia.

Indican que el consumo excesivo de alcohol es un indicador asociado con los actos de violencia mas que con los de amenaza, lo cual implica grandes riesgos físicos para la mujer, que las amenazas no siempre se llevan a cabo, aunque estas están ligadas con consecuencias emocionales, principalmente la depresión.

Los resultados son consistentes con otros de México y sugieren que la asociación de la violencia familiar y el uso de alcohol, generalmente conduce a la violencia sexual. García y Oliveira (1994) describen que la sexualidad en México es un área

por excelencia del ejercicio del poder masculino y de represión de la autonomía femenina. Natera y Tiburcio, 1997)

1.5 Diagnóstico del Consumo Excesivo de Alcohol

Un problema relacionado al alcohol puede desarrollarse en gente joven. Cualquiera de estas características es indicativo de un problema potencial.

Existe un problema si la persona quien sospechamos sufre de alcoholismo:

TOMA PARA SOPORTAR presiones de la escuela, la vida o escapar de los problemas.

MANEJA en estado de ebriedad.

TOMA MÁS Y MÁS para obtener él mismo niveles de ebriedad.

EXPERIMENTA FRECUENTE DEPRESIÓN, irritación y enojo sin tener una causa aparente.

TOMA SEGUIDO hasta el punto de intoxicación.

ES HERIDO como resultado de tomar alcohol.

NIEGA la posibilidad de tener un problema con la bebida.

TIENE PROBLEMAS FÍSICOS relacionados al alcohol como son la fatiga, cambio de peso, etc.

VA A CLASES o al trabajo estando ebrio.

TIENE PROBLEMAS con la ley como resultado de tomar alcohol.

EXPERIMENTA OLVIDOS o pérdida de memoria.

DEPENDE DEL ALCOHOL para aliviar el dolor, la tensión, etc.

Lo mejor que se puede hacer por es admitir que se necesita ayuda y buscarla lo más rápido posible.

Lo mejor que puede hacer un amigo de algún posible alcohólico es hablarle acerca del problema y conseguirle ayuda profesional.

A menudo, las primeras indicaciones de este consumo excesivo y en ocasiones crónico son las respuestas físicas desagradables a la supresión que ocurren durante los períodos aún breves de abstinencia. Inclusive con síntomas de supresión, sin embargo, las personas que inciden en estas conductas casi siempre niegan el problema, dejando que los colegas, amigos o parientes reconozcan los síntomas y tomen las primeras medidas hacia el tratamiento.

Estas conductas pueden desarrollarse insidiosamente; a menudo no existe una línea clara entre el beber problemático y consumo excesivo y crónico de alcohol. A veces las personas presentan depresión a largo plazo o ansiedad, insomnio, dolor crónico o estrés personal o de trabajo que conducen al uso de alcohol para conseguir alivio; sin embargo, a menudo ningún suceso extraordinario ha ocurrido al cual se le pudiera responsabilizar por el problema de alcohol. Las personas que son bebedores dependientes tienen poco o ningún control sobre la cantidad que beben o la duración o frecuencia con la que toman alcohol. Están preocupados por beber, niegan su propia adicción y siguen bebiendo aunque sean conscientes de los peligros. Con el transcurso del tiempo, algunas personas desarrollan el síndrome de tolerancia habiendo de efectos del alcohol y requieren de más para embriagarse, creando la ilusión de que ellos "tienen muy buena resistencia". Tienen lagunas después de tomar y resacas (crudas) frecuentes lo cual les causa que falten al trabajo. Pueden beber solos y también pueden empezar a beber temprano en el transcurso del día. Dejan de beber por períodos o cambian de un licor fuerte a cerveza o vino, pero estos períodos a menudo no duran. Los bebedores dependientes severos a menudo tienen una historia de accidentes, inestabilidad matrimonial y laboral y problemas de salud relacionados con el alcohol. Los incidentes episódicos violentos y de abuso contra los cónyuges

y los hijos y una historia de accidentes sin explicación o frecuentes son a menudo señales de abuso de drogas o alcohol.

Los miembros de la familia no pueden siempre depender de un médico para hacer un diagnóstico inicial, aunque se vean señales de consumo excesivo de alcohol durante un examen físico. Aunque del 15% al 30% de los pacientes que se hospitalizan sufren de dependencia al alcohol, los médicos a menudo no llevan a cabo exámenes para detectar el problema. Los médicos quizás no reconocen los síntomas o no quieren confrontar a los pacientes. Es particularmente difícil diagnosticar el alcoholismo en los ancianos, donde los síntomas de confusión, pérdida de memoria o decrepitud pueden atribuirse al proceso de envejecimiento. Aunque se identifique el consumo excesivo, los pacientes a menudo no reciben tratamiento contra la adicción. En un estudio al 23% de los pacientes en un hospital se les encontró que tenían un problema de alcohol, pero sólo al 7.4% se les dio un diagnóstico que podía haber conducido a tratamiento.

LAS PRUEBAS DE DETECCIÓN.

Existen varias pruebas de detección para identificar las conductas de consumo excesivo o dependencia de alcohol. Por lo general, consisten en cuestionarios estandarizados que el paciente puede tomar por su propia cuenta o entrevistas llevadas a cabo por el médico. Dado que las personas que son bebedores dependientes a menudo niegan su problema o mienten al respecto, las pruebas están diseñadas para producir respuestas relacionadas con los problemas asociados con el beber, en lugar de las cantidades de alcohol consumidas o los hábitos de tomar específicos. La prueba más rápida toma sólo un minuto; se denomina la prueba CAGE. Las siglas en inglés denota las siguientes preguntas: (C) intentos de reducir la bebida; (A) molestia por las críticas acerca de la bebida; (G) sentimiento de culpa debido a la bebida; y (E) uso del alcohol para despejar de la mente. En un estudio, el 75% de las personas que contestó "sí" a dos

o más de las preguntas se identificaron correctamente como alcohólicos. Esta prueba puede ser menos confiable y puede identificar menos problemas relacionados con el alcohol en las personas mayores de 60 años. Para realizarles una prueba a las mujeres embarazadas con el fin de detectar algún problema relacionado con el alcohol, los médicos pueden emplear la prueba de CAGE sustituyendo una "T" por "G", en la que la "T" quiere decir tolerancia; a la mujer se le pregunta cuántas bebidas puede tolerar antes de que sienta los efectos. Una respuesta de más de dos bebidas indica un problema de salud potencial para la madre y su bebé. Otras pruebas cortas de detección son la Prueba de Detección para el Alcoholismo de Michigan (MAST, siglas en inglés) La Prueba Auto-administrada de Detección para el Alcoholismo (SAAST, siglas en inglés) y la Escala de Dependencia de Alcohol (ADS). Las pruebas más largas se emplean para medir las consecuencias de la bebida y el nivel de auto-conocimiento del paciente. Los adolescentes pueden requerir diferentes tipos de pruebas de aquéllas dadas a los adultos. En general, estas pruebas son igualmente precisas, y aunque ninguna prueba de detección ofrece un diagnóstico perfecto, son beneficiosas de varias maneras. Las pruebas de detección a menudo descubren comportamientos de los cuales los mismos pacientes no están conscientes, y pueden ayudar a promover el auto-conocimiento. Son útiles en determinar la gravedad de la aflicción y el tipo de tratamiento que puede ser más efectivo.

LAS PRUEBAS DE LABORATORIO Y OTRAS PRUEBAS.

Las pruebas para detectar los niveles de alcohol en la sangre no siempre son útiles para diagnosticar cuando el consumo de alcohol es excesivo o crónico ya que algunas reflejan sólo un momento y no el uso a largo plazo. Un análisis de sangre de volumen corpuscular medio (MCV, siglas en inglés) a veces se emplea para medir el tamaño de los glóbulos rojos, el cual aumenta con el uso de alcohol. Otro tipo de análisis de sangre puede mostrar elevaciones de ciertas enzimas hepáticas que se asocian con el abuso de alcohol. Un examen físico y otras

pruebas deberán realizarse para descubrir cualquier problema médico. A veces los resultados de estas pruebas pueden ayudar a convencer a un paciente de que busque tratamiento, particularmente si revelan problemas severos, como una exploración computarizada de tomografía (CT) que muestre atrofia cerebral, un análisis de sangre que muestre daño hepático o niveles de testosterona bajos que indiquen riesgo de impotencia.

1.6 Búsqueda del tratamiento

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA

El tratamiento de las personas con una adicción al alcohol empieza por el reconocimiento del problema.

El alcoholismo está asociado con la negación, lo que permite al paciente creer que no necesita tratamiento. La mayoría de las personas con una dependencia del alcohol acceden al tratamiento bajo presión de otros. Es muy rara la aceptación voluntaria de la necesidad de tratamiento. Es difícil conocer los mecanismos de defensa que han permitido seguir bebiendo a la persona con dependencia del alcohol y se requiere un enfrentamiento con la familia y personas allegadas.

Se debe convencer a la persona cuando está sobria, y no cuando está bebida o con resaca. Una vez que ha reconocido el problema, la abstinencia del alcohol es el único tratamiento. Además se pueden dar programas de soporte, rehabilitación, seguimiento etc. También suele ser necesario el tratamiento de la familia, porque el alcoholismo crea víctimas entre la gente allegada.

BÚSQUEDA DEL TRATAMIENTO

Una vez que se hace un diagnóstico, el próximo paso principal es conseguir que el paciente busque tratamiento. Un estudio informó que las razones principales por las cuales los alcohólicos no buscan tratamiento son: falta de confianza en terapias exitosas, negación de su propio alcoholismo y el estigma social que acompaña al tratamiento.

A menudo se necesita un esfuerzo colaborativo de los médicos, los miembros de la familia, los amigos y los empleadores, aunque si esto no es posible, este estudio encontró que inclusive una intervención breve de parte de un médico puede ser útil en reducir la bebida. Reuniones entre el paciente y los amigos y los miembros de la familia que han sido afectados por el comportamiento alcohólico son las mejores. Este enfoque de intervención deberá ser compasivo pero directo y honesto de parte de cada persona, describiendo específicamente cómo han sido heridos de manera individual debido al consumo excesivo de alcohol. (Conde López, Macías, F. 1991)

Inclusive los niños pueden participar en este proceso, dependiendo de su nivel de madurez y su capacidad de manejar la situación. La familia y los amigos deberán expresar su afecto para con el paciente y su compromiso completo y su apoyo en busca de una recuperación, pero deberán exigir de manera firme y consistente que el paciente busque tratamiento. La familia y el bebedor también deberán comprender que el tratamiento es difícil y a veces doloroso, al igual que los tratamientos contra otras conductas potencialmente mortales, son dolorosos, pero que es la única esperanza para reducir o eliminar dichas conductas.

Los empleadores pueden ser particularmente eficaces. Su enfoque también deberá ser compasivo pero fuerte, amenazando al empleado con pérdida de

trabajo si el empleado no busca ayuda. algunas empresas grandes proporcionan acceso a programas de tratamiento a bajo costo o gratis para sus trabajadores.

1.7 Tratamiento

¿En qué consiste el tratamiento contra la supresión por alcohol?

Cuando una persona que es bebedor dependiente cesa de beber, los síntomas de supresión empiezan entre seis y 48 horas y el punto máximo es entre las 24 y 35 horas después de la última bebida. Durante este período la inhibición de la actividad cerebral causada por el alcohol se revierte bruscamente. Se sobre producen hormonas de estrés y el sistema nervioso central se sobreexcita. Una vez el paciente esté en el hospital se le deberá administrar un examen físico para detectar cualquier lesión o afección médica, y se le deberá tratar cualquier problema que tenga un potencial serio, como presión arterial alta o un latido del corazón irregular. La meta inmediata es calmar lo más pronto posible al paciente. A los pacientes por lo general se les da uno de los medicamentos contra la ansiedad conocidos como benzodíacepinas, los cuales alivian los síntomas por supresión y ayudan a prevenir la progresión al delirium tremens. Una inyección de la vitamina tiamina B puede darse para prevenir el Síndrome de Wernicke-Korsakof. Los pacientes deberán ser observados por lo menos durante dos horas para determinar la gravedad de los síntomas por supresión. Los médicos pueden emplear pruebas de evaluación, como la Clinical Institute Withdrawal Assessment Scale (CIWA) para ayudar a determinar el tratamiento y proyectar si los síntomas aumentaron en gravedad.

EL TRATAMIENTO CONTRA LOS SÍNTOMAS LEVES Y MODERADOS PRODUCIDOS POR LA SUPRESIÓN

Cerca del 95% de las personas presentan síntomas por supresión leves y moderados, incluyendo agitación, tembladera, perturbaciones del sueño y falta

de apetito. En un 15% a un 20% de las personas con síntomas moderados, pueden ocurrir crisis convulsivas y alucinaciones, pero no progresan a delirium tremens por completo. A estos pacientes casi siempre se les puede tratar como pacientes ambulatorios. Después de ser examinados y observados, al paciente por lo general se le envía a la casa con un suministro de cuatro días de medicamentos contra la ansiedad, un programa de seguimiento y rehabilitación y se le recomienda el que regrese a la sala de urgencias si los síntomas por supresión se tornan severos. Si es posible, un miembro de la familia o amigo deberá apoyar al paciente durante los próximos días de ocurrida la supresión.

EL TRATAMIENTO INICIAL CONTRA EL DELIRIUM TREMENS.

Cerca del 5% de los pacientes alcohólicos experimentan delirium tremens, el cual se desarrolla por lo general entre dos a cuatro días después de la última bebida. Los síntomas incluyen fiebre, latido del corazón rápido, presión arterial alta o baja, comportamiento sumamente agresivo, alucinaciones y otros trastornos mentales. La tasa de letalidad puede llegar a un 20% entre las personas que sufren de delirium tremens que no son tratadas. Se les administran medicamentos contra la ansiedad por vía intravenosa y se estabiliza su condición física. Es importante la administración de líquidos. Podrán ser necesarios métodos de restricción para evitar que se hieran a sí mismos o a otros.

LA FARMACOTERAPIA CONTRA LA SUPRESIÓN.

Las benzodiazepinas. Las benzodiazepinas son medicamentos contra la ansiedad que inhiben la excitabilidad nerviosa celular en el cerebro.

Alivian los síntomas de abstinencia y les facilita a los pacientes el que permanezcan en el tratamiento. El medicamento puede ser administrado por vía intravenosa o por vía oral, dependiendo de la gravedad de los síntomas. Para la mayoría de los adultos que sufren de alcoholismo por lo general se recetan

medicamentos que tienen un efecto más largo, como el diazepam (Valium) o el clordiazepóxido (Librium). Para prevenir las crisis convulsivas, el médico puede darle al paciente una dosis inicial o cargada de diazepam de acción prolongada con dosis adicionales entre cada hora o dos horas posteriormente durante el período de supresión. Este régimen puede causar sedación muy pesada, y a las personas con problemas médicos graves, en particular trastornos respiratorios, se les pueden administrar dosis repetidas de benzodiazepinas de acción corta, como lorazepam (Ativan) y oxazepam (Serax), las cuales pueden detenerse de inmediato en el momento en que se dé cualquier señal de dificultad. Algunos médicos cuestionan el uso de cualquier medicamento contra la ansiedad para tratar los síntomas por supresión. Otros creen que los episodios repetidos de supresión, aún las formas leves, que se tratan inadecuadamente pueden dar lugar a episodios progresivamente más severos con crisis convulsivas y posible daño cerebral.

Las benzodiazepinas por lo general no se recetan por más de dos semanas y no se administran por más de tres noches a la semana con el fin de evitar la tolerancia, la cual puede desarrollarse después de tan sólo cuatro semanas de uso diario. La dependencia física puede desarrollarse después de precisamente tres meses de dosificación normal. Las personas que descontinúan las benzodiazepinas después de tomarlas durante períodos largos pueden presentar síntomas de repercusión –trastornos del sueño y ansiedad– los cuales pueden desarrollarse dentro de un período de algunas horas o días después de detener el medicamento. Algunos pacientes presentan síntomas por supresión por los medicamentos, incluyendo dificultad estomacal, transpiración e insomnio, que pueden durar de una a tres semanas. Los efectos colaterales comunes son somnolencia durante el día y una sensación de resaca (guayabo, ratón). Los problemas respiratorios pueden ser exacerbados. Las benzodiazepinas son potencialmente peligrosas cuando se emplean en combinación con alcohol. No

deberán ser empleados por las mujeres embarazadas o madres lactantes a menos que sea del todo necesario.

Otros medicamentos contra la supresión leve y moderada. Los bloqueadores beta, como el propanolol (Inderal) y el atenolol (Tenormin), a veces pueden emplearse en combinación con una benzodiazepina. Esta clase de medicamentos es eficaz en desacelerar el ritmo cardíaco y reducir la tembladera. Cuando se emplean por sí mismos, no alivian otros síntomas del alcoholismo, incluyendo las crisis convulsivas. Otros medicamentos que están siendo investigados son clonidina (Catapres), bloqueadores de canal de calcio, bromocriptina y carbamacepina (Tegretol). Algunos estudios han encontrado que la carbamacepina, empleada normalmente para la epilepsia, es tan eficaz como una benzodiazepina en aliviar los síntomas por supresión y puede ser aun más eficaz contra los síntomas psiquiátricos.

La farmacoterapia contra las crisis convulsivas y los síntomas severos. Las crisis convulsivas son por lo general autolimitadas y tratadas sólo con una benzodiazepina. La fenitoína intravenosa (Dilantin) junto con una benzodiazepina puede emplearse en los pacientes que tienen antecedentes de crisis convulsivas, que sufren de epilepsia o cuyas crisis convulsivas no pueden controlarse. Dado que la fenitoína puede bajar la presión arterial, deberá vigilarse el corazón del paciente. Para las alucinaciones o el comportamiento sumamente agresivo, pueden ser administrados medicamentos antipsicóticos, en particular el haloperidol (Haldol). Puede administrarse lidocaína (Xylocaína) a las personas con ritmos de corazón perturbados.

¿En qué consiste el tratamiento a largo plazo contra conductas de consumo excesivo de alcohol?

Las dos metas principales del tratamiento a largo plazo contra el consumo excesivo y crónico de alcohol consisten en la abstinencia y el reemplazo total de los modelos adictivos a través de comportamientos satisfactorios, que requieren de tiempo y que pueden llenar el vacío que sucede cuando se ha cesado de beber. Algunos estudios han mostrado que algunas personas que habían sido dependientes del alcohol, con el tiempo pueden llegar a aprender a controlar la bebida, y les puede ir tan bien como a los que se mantienen abstemios. No hay manera de determinar, sin embargo, qué personas pueden parar [de tomar] después de una bebida y qué personas no pueden. (Conde López, Macías, F. 1991)

Los Alcohólicos Anónimos y otros grupos de tratamiento contra estas conductas adictivas cuya meta es la abstinencia estricta, se preocupan bastante por la publicidad en lo que respecta a estos estudios, ya que muchas personas que son bebedores dependientes de alcohol están ansiosas de encontrar una excusa para empezar a beber de nuevo. En este momento, la abstinencia es la única manera segura.

EL TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL CONTRA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO.

Las personas que sufren de síntomas por supresión, leves y moderados, se tratan por lo general como pacientes ambulatorios y se les asigna a grupos de apoyo, orientación o ambos. El tratamiento en un hospital general o psiquiátrico o en un centro especializado en el tratamiento contra el alcohol y el abuso de sustancias, se recomienda para los pacientes que sufren de delirium tremens. Un régimen de hospitalización típico incluye un examen físico y psiquiátrico, desintoxicación, tratamiento con psicoterapia o terapia conductual y la introducción a Alcohólicos Anónimos. Debido al alto costo de la atención en el hospital, las

ventajas que tiene éste sobre el tratamiento ambulatorio, están cuestionándose en la actualidad. Un estudio comparó a los alcohólicos empleados que se encontraban hospitalizados; a los que estaban siendo tratados como pacientes ambulatorios y cuya asistencia a las reuniones de AA era obligatoria; y a los que se les había permitido elegir su propio tratamiento –incluyendo ningún tratamiento en absoluto. Después de dos años, todos experimentaron menos problemas de trabajo, pero los que se encontraban en el grupo del hospital presentaron menores niveles significativos de re-hospitalizaciones y permanecieron abstemios por más tiempo que las personas en los otros dos grupos. Otro estudio que analizó programas de tratamientos contra la drogadicción y el alcoholismo encontró que el 75% de los enfermos hospitalizados completaron la terapia comparado con tan sólo el 18% de los pacientes ambulatorios. Otros estudios, sin embargo, no han revelado ninguna diferencia en los resultados entre los programas de enfermos hospitalizados y pacientes ambulatorios. Los estudios han intentado revelar características que podrían incrementar las posibilidades de que las personas se salgan de los programas en el hospital o ambulatorios. Un estudio encontró que las personas que abandonan el tratamiento ambulatorio tienden a ser mujeres jóvenes, no calificadas, y tener más de una adicción. Otro estudio encontró que los que abandonan el tratamiento en el hospital contra la voluntad del médico, tienden a tener trabajos, ser universitarios y haber tenido una historia de abandono del tratamiento. (Conde López, Macías, F. 1991)

LA PSICOTERAPIA Y LA TERAPIA CONDUCTUAL.

Las dos formas usuales de terapia son la psicoterapia de grupo interactiva y la terapia cognoscitiva conductual. Todos los enfoques de tratamiento muestran ser igualmente eficaces en promedio, siempre y cuando el programa individual se ejecutara competentemente. Se dice que para las personas que no presentan comorbilidad psiquiátrica, sin embargo, les es más efectivo un tratamiento de AA.

Esto confirma un estudio anterior realizado por Conde y Macías en 1990 en el que los investigadores categorizaron a los bebedores dependientes como tipo A o tipo B. Los individuos en el tipo A se volvieron bebedores dependientes a una edad posterior, presentaron síntomas menos severos o problemas psiquiátricos, y mejores perspectivas que las personas en tipo B. Las personas en el grupo de tipo A respondieron bien al enfoque de 12 pasos.

No les fue tan bien con la terapia conductual. Las personas en tipo B se convirtieron en bebedores dependientes una edad temprana, presentaban un riesgo familiar alto de alcoholismo, síntomas más severos y peores perspectivas. A este grupo le fue peor con terapia de grupo interactiva, pero le tendió a ir mejor con terapia conductual. Esta diferencia en respuesta a los dos tratamientos siguió prevaleciendo después de dos años. (Conde López, Macías, F. 1991)

La psicoterapia de grupo interactiva (Programa de 12 pasos). Los Alcohólicos Anónimos (AA), fundados en 1935, es un ejemplo excelente de psicoterapia de grupo interactiva y continúa siendo el programa más conocido en la ayuda de personas que tienen conductas de consumo excesivo de alcohol. Ofrece una red de apoyo bastante sólida que emplea reuniones de grupo abiertas siete días a la semana en sitios en todo el mundo. Un sistema de compañeros, un grupo de comprensión del alcoholismo y el perdón por las recaídas son los métodos estándar de AA para aumentar la autoestima y aliviar la sensación de aislamiento. El enfoque de 12 pasos de AA en la recuperación incluye un componente espiritual que puede disuadir a las personas que carecen de convicciones religiosas. Se sabe que el rezar y la meditación, sin embargo, tienen un gran valor en el proceso de curación de varias enfermedades, inclusive entre las personas que no profesan una creencia religiosa específica. Programas de afiliación asociada, Alanon y Alateen, les ofrecen ayuda a los miembros de la familia y los amigos.

LA TERAPIA COGNOSCITIVA-CONDUCTUAL

La terapia cognoscitiva conductual utiliza un enfoque didáctico estructurado. A las personas que tienen conductas adictivas se les da instrucción y tareas cuya intención es mejorar su capacidad para hacerles frente a las situaciones de vida básicas, controlar el comportamiento y cambiar la manera en que ellos piensan acerca de la bebida. Por ejemplo, a los pacientes se les puede pedir que escriban una historia sobre sus experiencias tomando alcohol en las que describan lo que consideran ser situaciones arriesgadas. Luego se les asigna actividades para ayudarles a hacerles frente a situaciones que los exponen a las "señales" –lugares o experiencias que desencadenan el deseo de beber. A los usuarios también se les puede asignar tareas diseñadas para reemplazar la bebida. Un ejemplo interesante y exitoso de tal programa es el de uno en el que se reclutaron pacientes para un equipo de softball, lo cual les dio la oportunidad de practicar habilidades para hacerle frente al problema, desarrollar relaciones de apoyo y ocuparse de las actividades alternativas saludables.

LOS MEDICAMENTOS PARA MANTENER LA ABSTINENCIA.

El disulfiram. El disulfiram (Antabuse) causa síntomas aflictivos, incluyendo rubor, dolor de cabeza, náusea y vómitos si una persona bebe alcohol mientras está tomando el medicamento. Los síntomas pueden provocarse después de beber la mitad de una copa de vino o la mitad de un trago de licor, y pueden durar de media hora a dos horas, según el nivel de dosis del medicamento y la cantidad de alcohol consumida. Una dosis de disulfiram es por lo general eficaz por un período de entre una y dos semanas. La sobredosis de drogas puede ser peligrosa, causando presión arterial baja, dolor de tórax, disnea e inclusive la muerte. Los estudios no han revelado que el uso del disulfiram ejerza algún efecto en las personas que tomaron el medicamento. El medicamento también puede ser más

eficaz entre los pacientes casados cuando sus cónyuges se aseguran de que el paciente los tome.

Naltrexone. El naltrexone (ReVia) por mucho tiempo se ha empleado para tratar la adicción narcótica y ha sido empleado ahora para tratar el alcoholismo. El medicamento parece bloquear los efectos placenteros del alcohol. Cuando se emplea conjuntamente con la orientación en adicciones, el naltrexone reduce el antojo de alcohol y les ayuda a algunos alcohólicos a que logren la abstinencia y eviten la recaída. En un estudio pequeño realizado entre hombres dependientes de alcohol, sólo un 23% de los que tomaron naltrexone recayó comparado con un 54% de los que no tomaron el medicamento. El efecto colateral más común es la náusea, la cual es por lo general leve y temporal. Las dosis altas causan daño hepático. La droga no deberá ser administrada a nadie que haya abusado de narcóticos en un período de entre una semana y 10 días.

Acamprosate. El acamprosate, un medicamento que bloquea los efectos placenteros del alcohol inhibiendo la transmisión del neurotransmisor del ácido gamma-aminobutírico (GABA) ha probado ser eficaz en mantener la abstinencia en combinación con la terapia de adicción. El acamprosate es plenamente eficaz después de cerca de una semana de tratamiento. Puede causar diarrea ocasional.

Los medicamentos depresivos y contra la ansiedad. La depresión es común entre las personas dependientes del alcohol y puede conducir a una tasa mayor de recaída. Un estudio pequeño reciente encontró que las personas a quienes se les administró el antidepresivo desipramina (Norpramine, Pertofrane) --estuvieran o no deprimidas-- tenían menos días en los que bebían y un tiempo más largo entre las recaídas que aquellos que no tomaron el medicamento. Un medicamento contra la ansiedad que es único, busprione (BuSpar), también puede ser beneficioso

para los alcohólicos, en particular si también sufren de ansiedad. La droga tiene pocos efectos colaterales y un potencial bajo de abuso. No sólo reduce la ansiedad, sino que también parece ejercer efectos moderados en los antojos de alcohol. En un estudio, los alcohólicos que lo tomaron presentaron un retorno lento al consumo de alcohol y menos días de consumo de alcohol que aquéllos que no tomaron el medicamento.

La desintoxicación

Es común que se lleve a cabo una desintoxicación previa a comenzar un tratamiento. Se establece una supervisión. Se recetan tranquilizantes y sedantes para aliviar y controlar los efectos de la abstinencia.

La desintoxicación puede durar de 5 a 7 días. Es necesario el examen médico para detectar si el paciente presenta otros problemas de salud asociados o no al consumo de alcohol. Son frecuentes los problemas del hígado y otros problemas en la sangre. Es muy importante seguir una dieta con suplementos vitamínicos. Pueden aparecer complicaciones asociadas a los síntomas físicos agudos, como depresión y otros problemas que deben ser tratados.

Programas de rehabilitación

Los programas de rehabilitación están diseñados para ayudar a las personas afectadas, después de la desintoxicación, para mantenerse en la abstinencia del consumo de alcohol. Estos programas incluyen diversos consejos, soporte psicológico, cuidados de enfermería y cuidados médicos. La educación sobre la conducta del consumo excesivo del alcohol así como sus causas y consecuencias es parte de la terapia.

TERAPIAS DE AVERSIÓN / REPUGNANCIA

También hay terapias de aversión / repugnancia en las que se utilizan drogas que interfieren en el metabolismo del alcohol y producen efectos muy desagradables, aún cuando se ingiera una pequeña cantidad de alcohol en las 2 semanas después del tratamiento. Esta terapia no se utiliza en mujeres embarazadas ni en personas con otras enfermedades. Este tipo de terapia debe ser utilizada con consejos de soporte y su efectividad varía en cada caso.

1. 8 Recaídas en usuarios con dependencia al alcohol

Entre un 80% y un 90% de las personas en tratamiento recaen inclusive después de años de abstinencia. Los usuarios deben entender que las recaídas de alcoholismo son análogas a las erupciones recurrentes de las enfermedades físicas crónicas.

El tratamiento de las recaídas, sin embargo, no siempre requiere el comenzar desde el principio con desintoxicación o admisión a un entorno de hospitalización; a menudo, la abstinencia puede empezar el próximo día. El auto-perdón y la persistencia son rasgos esenciales para alcanzar una recuperación permanente.

Algunos bebedores dependientes copian imágenes de supervivencia o de manejo del comportamiento difícil de sus parejas y encuentran el significado de la vida amenazado por la abstinencia. Los amigos quizás no acepten fácilmente al sobrio, quizás más subyugado camarada. En tales casos, si las parejas o amigos no pueden cambiar, entonces quizás la separación sea necesaria para alcanzar la supervivencia. No es nada extraño que, cuando se enfrenta con tales pérdidas, una persona vuelva a beber. El mejor plan de acción en estos casos es

recomendarles a los amigos y a los miembros de la familia cercanos que busquen ayuda también. Afortunadamente, los grupos como el Al-Anon existen con esta finalidad.

EL ESTRÉS MENTAL Y EMOCIONAL.

El alcohol bloquea el dolor emocional y a menudo se percibe como un amigo fiel cuando las relaciones humanas fracasan. También se asocia con libertad y una pérdida de inhibición que compensa las rutinas diarias. Cuando el alcohólico trata de dejar de beber, el cerebro busca restaurar lo que percibe como equilibrio propio. Las mejores armas del cerebro contra la abstinencia son la depresión y la ansiedad (los equivalentes emocionales al dolor físico) las cuales continúan atrayendo al alcohólico a la bebida un buen tiempo después de que los síntomas por supresión se han detenido. Inclusive la inteligencia no es una aliada en este proceso, ya que el cerebro empleará todos sus poderes de racionalización para persuadir al paciente a que empiece a beber de nuevo. Es importante darse cuenta de que cualquier cambio en la vida puede causar aflicción y ansiedad temporales, inclusive los cambios para bien. Con el tiempo y la sustitución de otros placeres saludables, esta combinación se debilita y puede superarse.

LAS RELACIONES SOCIALES Y LA CODEPENDENCIA.

Uno de los problemas más difíciles a los que se enfrentan las personas que sufren de alcoholismo es el estar alrededor de personas que pueden beber socialmente sin peligro. Una sensación de aislamiento, una pérdida de goce y la creencia del ex bebedor de que la lástima –no el respeto– está guiando la actitud de una amigo, puede conducir a la soledad, la autoestima baja y un deseo fuerte de beber. Los amigos cercanos e inclusive las parejas íntimas pueden tener dificultad en cambiar su respuesta a esta nueva relación sobria y, aún peor, promover un retorno a la bebida. Los medios de comunicación representan los placeres y el

humor en el tomar en sus publicaciones y programación. Los beneficios médicos de beber entre leve y moderadamente con frecuencia se publican dándoles a los bebedores la excusa falsa de volver a tomar alcohol por su salud.

De acuerdo a todo lo revisado en este capítulo acerca del consumo crónico de alcohol y con la definición de la OMS de calidad de vida en la que considera que la calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida, en su contexto cultural y sistema de valores en los cuales vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses. Aspectos que se ven afectados por la salud física de la persona, su estado psicológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y las relaciones características sobresalientes con su ambiente. (WHOQOL Group, 1993), Calidad de Vida puede considerarse como la percepción de satisfacción y bienestar que tenga uno mismo a lo largo de la vida, tomando en cuenta tanto aspectos objetivos como subjetivos. En dicha percepción influyen aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos; podemos darnos cuenta que esta se ve seriamente afectada debido a este consumo. Por lo tanto la propuesta que se hace en esta investigación es que a partir de un Entrenamiento en Habilidades Sociales de Comunicación pueda y a la propuesta del Programa de Reforzamiento Comunitario de llegar a la abstinencia, esta calidad de vida se mejore.

Capítulo 2

HABILIDADES SOCIALES

2.1 Introducción

A lo largo de la vida de los individuos las relaciones interpersonales constituyen un factor muy importante para su desarrollo. A pesar de esto, las habilidades que nos permiten tener satisfactorias relaciones interpersonales se aprenden a través de un largo proceso que a veces se da por ensayo y error. (Caballo, 1996)

Los orígenes del estudio de las Habilidades Sociales (HHSS) se atribuyen a Salter (1949), autor que dio la primera descripción de conducta asertiva y a Wolpe (1958), quien retomó las ideas de Salter y acuñó el término "conducta asertiva" y fue el precursor del Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS) dentro del marco de referencia de la Modificación de Conducta. (Méndez, 1988).

El tema de las HHSS tuvo gran apogeo desde la mitad de la década de los 70 y gran parte de los 80 especialmente en los Estados Unidos. Se escribieron numerosos libros sobre este tema, los cuales ayudaron a crear el mito de la asertividad (sinónimo en aquel momento de lo que ahora se conoce como habilidad social) (Caballo, 1993)

Dado que la conducta se da en función de la interacción entre las presiones externas o situacionales y los factores personales, la adquisición de las HHSS se puede dar a través de mecanismos como reforzamiento directo, experiencia observacionales, retroalimentación interpersonal y de las expectativas cognitivas acerca de situaciones interpersonales (León y Medina, 1998)

La importancia de la enseñanza de las HHSS abarca dos áreas principales que están relacionadas con la salud mental del individuo: el tratamiento de los déficits existentes y la prevención de futuros déficits. Históricamente los programas de enseñanza de los comportamientos sociales iban dirigidos a adultos y tendían a centrarse en los déficits de HHSS ya existentes y en aspectos selectivos de trastornos psiquiátricos. Más recientemente los investigadores han demostrado la eficacia de la enseñanza de las HHSS como un modelo preventivo con programas ideados para estimular y ampliar el desarrollo de la madurez social.

El término HHSS denota dos conceptos básicos de gran importancia. En primer lugar el término sociales implica un proceso interpersonal. La naturaleza de la interacción puede variar de la más simple a la más elevada complejidad. Sin embargo los fenómenos sociales son bastante intrincados y comprenden respuestas verbales y no verbales que son procesos mediadores de la cognición. En segundo lugar el uso de la palabra habilidades es deliberado y necesario. Específicamente como seres sociales, adquirimos la inmensa mayoría de nuestros repertorios sociales a través del aprendizaje, típicamente por imitación, ensayo, instrucción, información correctiva, etc. (Michelson, 1987)

La palabra social significa cómo nos llevamos con los demás, incluidos los amigos, hermanos, padres, maestros, compañeros, implica un proceso interpersonal. La palabra habilidades significa la capacidad o talento que se ha prendido o desarrollado al practicar hacer algo cada vez mejor. Por lo tanto las habilidades sociales se refieren a nuestra habilidad para congeniar con los demás.

2.2 Definición

A la hora de definir que es una HHSS ha habido grandes problemas. Se han dado numerosas definiciones, no habiéndose llegado todavía a un acuerdo explícito sobre lo que constituye una conducta socialmente habilidosa. (Caballo, 1993)

La habilidad social debe considerarse dentro de un marco cultural determinado y los patrones de comunicación varían ampliamente entre culturas y dentro de una misma cultura, dependiendo de factores tales como la edad, sexo, clase social, y la educación. Además el grado de efectividad mostrado por una persona dependerá de lo que deseé lograr en la situación particular en la que se encuentre. La conducta considerada apropiada en una situación puede ser inapropiada en otra. El individuo trae también a la situación sus propias actitudes, valores, creencias, capacidades cognitivas y el estilo propio y único de interacción. Claramente no puede haber un criterio absoluto de HHSS, sin embargo, todos parecemos saber qué es una habilidad social de forma intuitiva. (Caballo, 1993)

Caballo definió la conducta socialmente habilidosa como "ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de esa persona de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas".

Kelly, 1987 define habilidades sociales como "aquellas conductas aprendidas que ponen en juego las personas en situaciones interpersonales para obtener y mantener reforzamiento del ambiente".

Phillips en 1978 definió la habilidad social como "el grado en que una persona se puede comunicar con los demás de manera que satisfaga los propios derechos, necesidades, placeres u obligaciones hasta un grado razonable sin dañar los derechos, necesidades, placeres u obligaciones similares de la otra persona y comparta estos con los demás en un intercambio libre y abierto".

León y Medina, 1998 definen la habilidad social como "la capacidad de ejecutar aquellas conductas aprendidas que cubren nuestras necesidades de comunicación interpersonal y/o responden a las exigencias y demandas de las situaciones sociales de forma efectiva".

Méndez, 1998 definen las habilidades sociales como "el conjunto de conductas emitidas por un individuo en una situación interpersonales que expresa y describe opiniones, sentimientos y deseos, que conversa, que defiende y respeta los derechos personales de un modo adecuado, aumentando la probabilidad de reforzamiento y disminuyendo la probabilidad de problemas en las interacciones sociales"

Las habilidades sociales comprenden habitualmente un serie de clases de respuestas, tales como iniciar y mantener conversaciones, hacer y rechazar peticiones, expresar opiniones personales, manifestar amor, agrado, afecto, expresar sentimientos negativos, etc. que se dirigen a diferentes tipos de personas como padres, amigos, superiores, niños, etc. y que se dan en un contexto determinado como el trabajo, la casa, un lugar público. Todos estos factores serán esenciales a la hora de evaluar una conducta como socialmente adecuada.

Una historia individual predominante marcada por interacciones exitosas con el medios social, conduciría a individuo hacia un afianzamiento de su

comportamiento social y por el contrario quien acumule experiencias de frustración, impotencia y fracaso se volverá vulnerable a las ulteriores presiones de su medio social con el consiguiente riesgo desestabilizador. (White, 1979)

Algunas personas parecen haber desarrollado un estilo social que les permite alcanzar resultados interpersonales reforzantes, logrando al mismo tiempo que los demás se formen una opinión favorable de ellos.

La forma como se entiende y concibe a las HHSS, depende obviamente de la formulación teórica a la que se inscribe el modelo respectivo. Por lo anteriormente expuesto no es raro encontrar una infinidad de definiciones que brindan en apariencia un completo desorden del objeto de estudio de las HHSS.

Definir las habilidades sociales se ha convertido en una cuestión de valoración en sí misma. Aunque todavía no se ha concebido una definición de las HHSS que sea aceptada, Michelson presenta su definición operacional, en donde los siguientes componentes son considerados esenciales para la comprensión de las habilidades sociales:

1. Las HHSS se adquieren principalmente a través del aprendizaje (imitación, observación, ensayo, información)
2. Las HHSS incluyen comportamientos verbales y no verbales, específicos y discretos,
3. Las HHSS suponen iniciativas y respuestas efectivas y apropiadas
4. Las HHSS acrecientan el reforzamiento social (respuestas positivas del propio medio social)
5. Las HHSS son recíprocas por naturaleza y suponen una correspondencia efectiva y apropiada (la reciprocidad y coordinación de comportamientos específicos)

6. La práctica de las HHSS está influida por las características del medio. Es decir factores tales como la edad, el sexo, y el status del receptor afectan la conducta social del sujeto.
7. Los déficits y excesos de la conducta social pueden ser especificados a fin de intervenir.

2.3 Teorías del aprendizaje social

Desde la teoría del aprendizaje social, las HHSS se entienden como conductas aprendidas. Se postula que el desarrollo de la conducta, incluso el estilo interpersonal de un individuo, puede describirse, explicarse y predecirse con precisión partiendo de los principios de la teoría del aprendizaje. Si se puede especificar la historia de aprendizaje de un individuo, también comprenderemos su forma de manejar las situaciones, entre las que se encuentran aquellas que requieren respuestas socialmente eficientes. (Kelly, 1990)

La teoría del aprendizaje social aplicada al desarrollo de HHSS se basa en los principios del condicionamiento operante o instrumental. El enfoque operante enfatiza la importancia de los antecedentes ambientales y sus consecuencias en el desarrollo y mantenimiento de la conducta. Sin embargo teóricos como Bandura y Rotter entre otros han elaborado principios de aprendizaje para referirse a los efectos del aprendizaje vicario (modelado), las expectativas cognitivas, el valor subjetivo del reforzamiento, situación específica de la conducta y el papel de las conductas cognitivas.

Desde esta perspectiva, las habilidades sociales se adquieren como consecuencia de varios mecanismos básicos del aprendizaje:

1. **Reforzamiento positivo directo:** Se adquiere desde la primera infancia, los niños aprenden rápidamente conductas adecuadas que favorecen conductas positivas en su ambiente. Con el tiempo el repertorio de conductas va siendo más elaborado, variado y verbal, así mismo aquellos sucesos que adquieren propiedades reforzantes se van desviando progresivamente de las funciones primarias diversificándose y extendiéndose en el ámbito social. Para poder predecir la probabilidad de que ocurra la conducta concreta se debe tener en cuenta el valor subjetivo reforzante que tenga para el sujeto. (Rotter, 1986). Si una conducta social se intenta repetidamente sin conducir a ninguna consecuencia positiva, sobre todo en las primeras fases del aprendizaje, puede ser extinguida y dejar de emitirse.

2. **Experiencias del aprendizaje vicario u observacional:** Bandura en 1969 describió la influencia del aprendizaje observacional o vicario en la conducta social y demostró su efecto a lo largo de un extenso número de estudios. La exposición a un modelo puede conllevar alguno de estos tres efectos:
 - a) Efecto de modelado: el observador por el hecho de observar, adquiere una conducta que antes no emitía
 - b) Efecto de desinhibición: la exposición al modelo hace que el observador emita con mas frecuencia una conducta que ya existía
 - c) Efecto de inhibición: el observador reduce la frecuencia de emisión de una conducta que era frecuente antes del modelado. (Bandura y Walters, 1963)

Por lo que respecta a las HHSS, los efectos de modelado y desinhibición son los más importantes.

Hay factores que parecen facilitar en aprendizaje social: (Bandura y Huston, 1961; Bandura y Kupers, 1964; Bandura, Ross y Ross, 1963)

- a) Edad del modelo: los niños tienden a imitar la conducta de un modelo de edad similar o ligeramente superior
- b) Sexo del modelo: con modelos del mismo sexo que el observador, la influencia es mayor que con los del sexo opuesto
- c) Amabilidad del modelo: los modelos que se manifiestan más cálidos y afectuosos influyen más que los de apariencia fría y distante.
- d) Similitud percibida con el observador: si hay cierto parecido con el modelo, se tendrá un nivel de aprendizaje superior.
- e) Consecuencias observadas de la conducta social del modelo: cuando se observa que el resultado de la conducta social del modelo es positivo, se incrementa la posibilidad de que se imite su conducta.
- f) La historia de aprendizaje particular del observador respecto de situaciones parecidas a las que se observa en el modelo

Aunque los modelos vivos constituyen la principal fuente de aprendizaje observacional, otras formas de modelado también contribuyen a la adquisición de habilidades sociales durante el desarrollo, por ejemplo mediante imágenes (cine, TV) dibujos, caricaturas, etc.

3. Retroalimentación interpersonal: un mecanismo importante para el ajuste y refinamiento de las HHSS es el feedback. Desde el punto de vista social, el feedback es la información por medio de la cual otra persona nos comunica su reacción ante nuestra conducta. El feedback puede ser de naturaleza positiva o negativa. El positivo fortalecerá ciertos aspectos de una conducta social y el negativo actúa debilitando aspectos particulares de la conducta. La idea de esto es que sea directo y que aporte a la

persona información específica a la persona que se dirige y que se asocie con elementos específicos de la conducta.

- 4. Desarrollo de expectativas cognitivas respecto a las situaciones interpersonales:** Rotter en 1954 introdujo la noción de que el valor subjetivo de un reforzador debe tenerse en cuenta para predecir correctamente si un individuo emitirá la conducta que conduzca a él, es decir que las habilidades sociales asumirán mayor importancia y significado si conducen a resultados que la persona valora especialmente. Las expectativas cognitivas son creencias o predicciones sobre la probabilidad percibida de afrontar con éxito una determinada situación.

2.4 Teoría cognitiva

Las expectativas cognitivas son creencias o predicciones sobre la probabilidad percibida de afrontar con éxito una determinada situación. Según Rotter, 1954 las expectativas se desarrollan como resultado de las experiencias de esa situación o en otras similares. (Kelly, 1987)

Según Caballo encontró que los sujetos con una baja habilidad social tienen más auto-verbalizaciones negativas y menos positivas, más ideas irracionales, mayor conciencia de sí mismos, mayor recuerdo de la retroalimentación negativa que de la positiva, etc. comparados con sujetos de alta habilidad social. (Caballo, 1993)

La teoría cognitiva social ha acentuado la importancia del aprendizaje por observación. En todas las culturas los niños adquieren y modifican patrones complejos de comportamientos, conocimientos y actitudes a través de la observación de los adultos. (Riviere, 1992)

El aprendizaje observacional acelera y posibilita el desarrollo de mecanismos complejos y pautas de acción social.

Existen actualmente dos enfoques generales en el estudio de las HHSS, están marcados por identidades teóricas bien conocidas que son antagónicas en sus postulados: el enfoque cognitivo el conductual. Ambos han servido de receptáculo para la formulación de diferentes modelos-guía en la investigación de competencia social.

Existen otros modelos que comparten el mismo enfoque teórico (cognitivo o conductual) pero que poseen grandes diferencias:

Modelo antropomórfico: según este modelo, una habilidad social se inscribe en el proceso general de la interacción. Dicho episodio no consiste en componentes fraccionados sino en actos que poseen un significado preciso. La secuencia de actos constituye la acción y representa la estructura del episodio. El significado del episodio está íntimamente relacionado con el sistema de reglas; estas contribuyen a definir el significado personal y social del episodio. Argumentan que debería estudiarse la estructura y génesis de los "episodios sociales formales" como modelos, para comprender la naturaleza de los "episodios informales" Estos autores asumen que para ser competentes o para realizar hábilmente una tarea, debe poseerse una representación cognitiva.

Modelo de los scripts: es muy cercano al antropomórfico, en el se afirma que una habilidad supone el procesamiento de la información almacenada en la estructura de la memoria de la persona. Propone que parte de nuestro conocimiento está organizado alrededor de una infinidad de situaciones estereotípicas que implican actividades rutinarias. Se argumenta que a través de

experiencias directas y vicarias, cada persona adquiere centenares de estereotipos culturales.

Modelo de aprendizaje social: dentro de la versión de la teoría cognoscitiva de la interacción social, se apoyó en las formulaciones del aprendizaje social, contribuyendo a cinco sugerencias para el claro entendimiento del proceso interactivo:

1. Todo individuo adquiere información relevante a través del aprendizaje Observacional y es mediante este proceso como se presenta la posibilidad de la organización conductual.
2. Enfatiza los constructos personales y las estrategias de codificación como variables cognoscitivas que influyen sobre la respuesta del individuo, su atención y su interpretación de la situación social.
3. Recalca la importancia de la variable expectativa. Estas determinan la selección de las conductas de la persona entre muchas posibilidades disponibles para una situación determinada.
4. Se funda en los valores subjetivos de la persona. La emisión de su conducta puede depender grandemente del juicio valorativo que el individuo haga sobre el producto de esta, lo cual lleva a prestar más atención a sus preferencias.
5. Advierte la existencia de un sistema regulatorio de la conducta a través del cual la persona es capaz de reaccionar ante su propio comportamiento con crítica o aprobación.

Modelo generativo: define a las HHSS como la confluencia de variables cognitivas, aunque organizadas a la manera de un sistema cibernético. Las variables más importantes que considera este modelo son:

- a) Capacidad de monitoreo
- b) Capacidad de ejecución

- c) Metas y propósitos
- d) Representaciones cognitivas
- e) Funciones lógicas

Este modelo propone que cada vez que la atención se dirige hacia el ambiente exterior, la naturaleza de la información proveniente del mismo es procesada con el fin de establecer una clasificación de entrada o esquema. Dicho esquema constituye el conocimiento existente que contextualiza la información. El individuo entonces realiza comparaciones de la información de entrada con aquella ya existente en el esquema que tiene como fin, producir la conducta que se adecue a ella y a las reglas y roles específicos.

Como este modelo de las HHSS las concibe también como fruto de las influencias medioambientales, supone que las inferencias sobre tales influencias deben ser empíricas y racionales, por lo que Trower, cree que la generación de la competencia social debe lograrse a través de la terapia racional-emotiva de Ellis. (Snyder, 1974)

Análisis de tarea: define a las HHSS como destrezas que permiten a la persona realizar competentemente una tarea social en particular. Establece distinciones concretas entre competencia, habilidad y tarea. (McFall, 1982)

Competencia es un término evaluativo que designa la calidad de la ejecución de una persona en una tarea particular habilidad es una destreza específica necesaria para ejecutar competentemente una tarea y tarea es la condición necesaria para juzgar la competencia de la ejecución. El modelo establece una jerarquía de tareas, desde las más generales y globales hasta las más particulares y específicas.

El modelo del análisis de tarea sostiene la importancia de evaluar dos aspectos vinculados con la persona: las tareas críticas en la vida de una persona o grupo y las muestras representativas de la ejecución de los sujetos en cada tarea. Apoyado en la teoría de la información intenta también analizar la ejecución con base en la acción unitaria e integrada de los sistemas fisiológico, cognitivo y conductual.

Este modelo indica que la identificación de una ejecución socialmente competente es prerequisite indispensable para el análisis de las HHSS. El análisis de los componentes fisiológicos, cognitivos y conductuales es necesario para una ejecución competente de la tarea conductual previamente designada.

2.5 Teoría conductual

Las habilidades sociales desde el punto de vista del modelo conductual enfatiza:

- La capacidad de respuesta tiene que adquirirse.
- Consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas.

Además dice que la probabilidad de ocurrencia de cualquier habilidad en cualquier situación crítica está determinada por factores ambientales variable de la persona y la interacción entre ambos. Por lo tanto una conceptualización adecuada de la conducta socialmente habilidosa implica la especificación de tres componentes de la habilidad social:

1. Una dimensión conductual (tipo de habilidad)
2. Una dimensión personal (las variables cognitivas)
3. Una dimensión situacional (el contexto ambiental)

Desde este punto de vista la HHSS es el término genérico que designa el grado de éxito que puede lograr una persona en situaciones de interacción o traslación

que tiene lugar en un contexto interpersonal, independientemente del lugar, los objetivos personales o los participantes implicados. (Conger y Conger, 1982)

Una habilidad social es un repertorio de conductas cuya emisión depende de la operabilidad de ciertas condiciones medioambientales específicas y de un bagaje histórico anterior, al que se tiene acceso a través del aprendizaje sociocultural.

En esta teoría se encuentran tres modelos:

Modelo etológico: enfatiza más que cualquier otro los aspectos conductuales en su concepción de la competencia social, aunque acusan importantes divergencias de la noción medular de la aproximación conductista.

Los beneficios que el estudio de las HHSS puede obtener de este modelo son varios, el más importante está relacionado con el aprovechamiento de los sistemas de medida de la interacción social en escenarios conductuales.

Los etólogos conciben generalmente la conducta social desde el punto de vista darwiniano de la selección sexual, según la cual los roles sociales están influidos directamente por las características sexuales.

Debido a la experiencia de los teólogos en el estudio de la conducta animal y a su consecuente conocimiento de la comunicación no verbal, están en inmejorables condiciones de hacer aportaciones significativas en todo cuanto se refiere a la expresión de la efectividad.

Modelo de los rasgos: analiza las HHSS como un constructo hipotético que refleja características subyacentes de personalidad. Conforme a esto las HHSS solo son burdos indicadores una determinada personalidad.

Este modelo es circular, puesto que cuando se observa la ejecución satisfactoria de una persona en una situación interpersonal, se requiere de un buen nivel de destreza social y posteriormente se afirma que la conducta de la persona es la adecuada debido a que posee un buen nivel de habilidad social. (McFall, 1982)

Con este modelo se proliferaron los cuestionarios de asertividad, ansiedad social y otros que intentaban medir características de personalidad. Este modelo convierte la noción de habilidad social en una abstracción diseñada para integrar diversas ejecuciones observables a través de estas medidas, que en última instancia constituyen los indicadores del rasgo.

Modelo molécula: se interesa en unidades conductuales observables, específicas y muy concretas, cuya totalidad estructurada integra una destreza particular. Estas unidades se conocen con el nombre de componentes y pueden variar de habilidad en habilidad. Son ejemplos de componentes el contacto visual, tono de voz, etc.

Este enfoque no se interesa en los rasgos ni considera a las HHSS como elementos hipotéticos de amplia generalidad, las ve como conductas aprendidas en contextos y situaciones muy específicos. Las HHSS constituyen un atributo conductual de la situación específica de una persona y no de la persona en su misma. No es que la persona posea una cierta dosis de habilidad social si no que se comporta más o menos hábilmente en una situación particular y en un tiempo particular. (McFall, 1982)

Alberti en 1997 menciona que habilidad social es: (Michelson, 1998)

- Una característica de la conducta, no de las personas
- Una característica específica a la persona y a la situación, no universal
- Debe contemplarse en el contexto cultural del individuo, así como en términos de las situaciones variables que se le presenten
- Está basada en la capacidad de un individuo de escoger libremente su acción
- Es una característica de la conducta socialmente efectiva, no dañina

2.6 Componentes de las habilidades sociales

En este trabajo vamos a revisar 3 componentes de las HHSS, los componentes conductuales, los cognitivos y los fisiológicos.

El énfasis en la conducta observable también la literatura sobre HHSS se ha enfocado mucho en este sentido, no obstante desde hace muchos años se a dado un auge en la consideración de la conducta encubierta, es decir, pensamientos, creencias, procesos cognitivos del os individuos. (Kendall, 1983. cit. en Caballo)

Los componentes cognitivos de la conducta habilidosa están por establecerse, aunque en este momento ya son muy frecuentes las investigaciones en este campo. (Dow y Craighead, 1983, citados en Caballo)

El trabajo realizado en la investigación de los componentes fisiológicos es mínimo y al contrario que está sucediendo con los componentes cognitivos, no se observa una proliferación de los estudios dedicados a los componentes fisiológicos de las HHSS

Componentes conductuales

Gran parte de la investigación sobre los componentes conductuales de las HHSS ha seleccionado estos basándose solo en la especulación intuitiva en vez de una relación empíricamente demostrada entre esas conductas y los juicios externos sobre la habilidad.

Estudios recientes han comprobado a los siguientes elementos como componentes fundamentales de las habilidades sociales, son los más tomados en cuenta para clasificar una conducta como socialmente habilidosa: (Caballo, 1995)

- a) Mirada/ contacto ocular
- b) La conversación en general
 - b.1. El contenido y la fluidez
 - b.2. La duración
- c) La calidad de voz
- d) Gestos con las manos

Gran parte de la literatura sobre las HHSS ha evaluado los elementos conductuales según la cantidad o frecuencia con que el individuo los emite. Este método de evaluación cuantitativo tiene la desventaja de ignorar la naturaleza recíproca de las interacciones, principalmente la sincronización de las respuestas a las señales comportamentales de los compañeros. (Brice, 1982, citado en Caballo)

La conducta tanto verbal como no verbal, es el medio por el que la gente se comunica con los demás y constituyen elementos básicos de las HHSS

Los elementos conductuales más importantes son: (Caballo, 1995)

La mirada: la mirada aparece en el 78% de los estudios que han empleado componentes conductuales y es fundamental en la evaluación conductual de la habilidad social.

Expresión facial: existe una gran evidencia de que la cara es el principal sistema de señales para mostrar las emociones, además de ser el área más importante y compleja de la comunicación no verbal y la parte del cuerpo que más de cerca se observa durante la interacción

Las sonrisas: el hombre emplea la sonrisa como una acción defensiva, como gesto de pacificación. También es la emoción más habitualmente utilizada para tapar otra. Sirve también para transmitir el hecho de que a una persona le gusta otra.

La postura corporal: hay tres principales posturas humanas

1. de pie
2. sentado, agachado o arrodillado
3. echado

Los gestos: su función principal es la de ilustradores, acompañando al habla, enfatizando o ilustrando las ideas principales presentadas por medio de palabras. En ocasiones pueden sustituir al habla, como el lenguaje de los sordomudos. Dentro de los gestos están:

1. movimientos de piernas y pies
2. movimientos de cabeza
3. auto manipulaciones

Distancia: la conducta espacial se ha investigado en relación de cuatro fenómenos básicos:

1. Retiro. Satisface cuatro funciones: autonomía personal, liberación emocional, auto evaluación y limitación y protección frente a la comunicación.
2. Espacio personal. Área a la que no pueden entrar los intrusos, es un territorio portable, que va con el individuo a donde quiera que va.
3. Territorialidad. Conjunto de conductas en las que un organismo delimita un área y la defiende de miembros de su propia especie
4. Hacinamiento. Existe para el individuo cuando sus demandas de espacio exigen la oferta disponible.

Contacto físico: es el tipo más básico de la conducta social, la forma más íntima de comunicación. El tacto es el que se encuentra más cuidadosamente vigilado y reservado, es el más fuerte pero e menos utilizado y la más primitiva, directa e intensa forma de comunicación.

Componentes paralingüísticos: la comunicación humana por medio del habla depende del empleo especial del canal audiovisual algunas señales vocales dan un mensaje por si mismas como: llorar, reír, silbar, bostezar, suspirar, etc., otras vocalizaciones se encuentran muy relacionadas con el contenido verbal, incluyendo el volumen, el tono, el timbre, la claridad, la velocidad, el énfasis, los umhs y ehs, las pausas y las vacilaciones (Wilkinson y Carter, 1982)

Componentes del habla: el habla se emplea para una variedad de propósitos: comunicar ideas, describir sentimientos, razonar y argumentar. Las palabras empleadas dependerán de la situación en la que se encuentre la persona, su papel en esa situación y lo que quiere lograr.

Algunas clases diferentes de expresiones son:

- habla egocéntrica
- las instrucciones
- las preguntas
- comentarios
- charla informal
- expresiones ejecutivas
- costumbres sociales
- estados emocionales o actitudes
- mensajes latentes

La conversación: la mayoría de la interacción social se vale de la conversación, que consiste normalmente en una mezcla de solución de problemas y transmisión de la información, por una parte, y el mantenimiento de las relaciones sociales y el disfrute de la interacción con los demás, por otra.

Componentes cognitivos

Es claro que las situaciones y los ambientes influyen en los pensamientos, sentimientos y acciones de los individuos. Es de una importancia decisiva de que manera selecciona los estímulos, las situaciones y acontecimientos y como los percibe, construye y evalúa en sus procesos cognitivos.

Dentro de estos componentes cognitivos se tienen: (Caballo, 1995)

Percepciones sobre ambientes de comunicación: las personas se comunican en una serie de lugares muy diversos y a pesar de esa diversidad, cada ambiente posee una configuración particular de rasgos que hace que lo percibamos de una manera determinada. Algunos tipos de percepción son:

1. percepciones de la formalidad

2. percepciones de un ambiente cálido
3. percepciones de un ambiente privado
4. percepciones de familiaridad
5. percepciones de restricción
6. percepciones de la distancia

Los individuos que pertenecen a un grupo, se cría, vive y funciona en un ambiente que es hasta cierto grado, homogéneo en todos los aspectos y compartirán las mismas concepciones el mundo y tendrán cierta varianza común de la percepción de la situación. Por esto mismo hay una investigación dirigida a las diferencias en la percepción de la situación con grupos que se diferencian con respecto a algunas características importantes como son: la edad, el sexo y la cultura. (Magnusson, 1981 cit. en Caballo, 1995)

Variables cognitivas del individuo: la percepción y evaluación por parte de un individuo de las situaciones, estímulos y acontecimientos momentáneos, están determinadas por un sistema persistente, integrado por un sistema persistente, integrado por abstracciones y concepciones del mundo, incluyendo los conceptos que se tiene de si mismo. Mischel (1973-1981) sugirió que los procesos cognitivos en la interacción del individuo con el ambiente, deben discutirse en términos de: competencias cognitivas, estrategias de codificación y constructos personales, expectativas, valores subjetivos de los estímulos y sistemas y planes de autorregulación. (Caballo, 1995)

Componentes fisiológicos

A pesar del volumen de trabajos sobre las HHSS muy pocos estudios han empleado variables fisiológicas. Caballo (1988) encontró tan solo 18 artículos que

han informado haber utilizado algún elemento fisiológico como variable de estudio. Los componentes más investigados son los siguientes: (Caballo, 1995)

- la tasa cardiaca
- la presión sanguínea
- el flujo sanguíneo
- las respuestas electro dermales
- la respuesta electromiográfica
- respiración

2.7 Instrumentos de evaluación en habilidades sociales

A lo largo del estudio sobre HHSS se han utilizado una serie de instrumentos con el fin de evaluar o valorar dichas habilidades. Sin embargo, dichas estrategias de evaluación no han sido del todo eficientes en identificar los déficits o excesos de habilidades sociales específicas, ya que no todos conllevan a la fiabilidad de datos.

Generalmente se han utilizado tres modalidades en la medición de las habilidades sociales:

1. Observación conductual:

Consiste en observar los comportamientos sociales tanto en situaciones naturales como en situaciones simuladas.

La observación conductual en situaciones naturales ha sido considerada como la más idónea en términos de su confiabilidad ya que la información obtenida por medio de esta estrategia es la que refleja de forma más fidedigna el comportamiento social del sujeto. Este tipo de observación se realiza con uno o más observadores que registran la frecuencia, duración y

calidad del comportamiento meta. Dichos comportamientos son definidos conductualmente con una descripción clara y fácil, que permitan una observación confiable. (Michelson, 1987)

No obstante que esta estrategia se considera la más ideal, durante la práctica tiene una serie de limitaciones tanto en términos económicos, como en términos de tiempo, ya que resulta totalmente impráctico el tener que esperar grandes periodos de tiempo para que se presente y abordar la habilidad que se pretende evaluar.

En la observación en situaciones simuladas o test de role play, se presentan un estímulo que se encuentra en el ambiente natural en un escenario clínico restringido y controlado, esta es la situación análoga que mas uso ha tenido.

Una de sus ventajas es que se obtiene registro de las respuestas del sujeto a lo largo del tiempo, cosa que no se obtiene en el ambiente natural, donde existen muchas fuentes de variabilidad.

Su desventaja es en cuanto a validez de contenido, ya que nunca se podrá duplicar con toda exactitud el ambiente natural. El evaluador solo esta limitado por las características del estímulo y los recursos disponibles en el escenario clínico. Este tipo de evaluación se emplea para ahorrar tiempo y sacar mayor información.

Las ventajas con las que cuenta es que tiene flexibilidad en la presentación del estímulo, pueden presentarse las instrucciones por escrito o por audio y utilizarse cuantas veces sea necesario. Pueden obtenerse registros directos o grabar y filmar para después registrar. Entres sus limitaciones existe el

riesgo de que no exista correspondencia entre los estímulos naturales y el simulado.

2. Informes de otras personas

Son valoraciones sumamente útiles ya que estos informes los proporcionan miembros significativos del medio social del individuo y las valoraciones de cuestionarios sociométricos y además se pueden complementar con otros agentes sociales.

Los informes tienen la ventaja de que son fácilmente aplicables. Sin embargo pueden darse valoraciones inconsecuentes y variables. En los procedimientos sociométricos una de sus ventajas es su conexión inherente con la validez social, y sus limitaciones incluyen la falta de fiabilidad demostrada en niños muy pequeños. Además no siempre proporcionan información que defina los déficits y / o excesos conductuales que se puedan manifestar.

3. Medidas de auto informe

Estas medidas representan un método de recogida de datos prácticos, cuantificables y económicos sobre la forma en la que el individuo percibe e informa sobre su comportamiento social, la subjetividad de las respuestas de auto informe junto con la falta validez externa han dado como resultado una limitación en su desarrollo y uso. (Michelson, 1987)

Este tipo de técnica se utiliza preferentemente como parte de una batería de evaluación más global.

Las técnicas anteriores han sido probadas aisladamente obteniendo resultados eficaces, pero ahora se han integrado varias de ellas formando

los llamados “paquetes” de entrenamiento, los cuales son altamente afectivos. (Michelson, 1987)

En una revisión de diferentes autores, se observa la tendencia a formar estos paquetes entre ellos está Marshall (1981) que combina el modelamiento, juego de roles y ensayo conductual. Speas (1979) reunió el modelamiento, juego de roles y retroalimentación filmada. Se supone que el hecho de combinar técnicas alternativas aumenta el impacto de los efectos del tratamiento.

2.8 Entrenamiento en habilidades sociales para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas

El desarrollo de este entrenamiento en habilidades sociales de comunicación, esta basado en la guía de habilidades de afrontamiento (coping) de Peter Monti y cols. (1990)

La teoría de dichos autores acerca de las habilidades sociales de comunicación, como habilidades de afrontamiento a la conducta de beber, se adaptó al Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA). Para dicho entrenamiento se hizo una selección de las habilidades de comunicación que se consideraron más necesarias para el tipo de población que atiende el Programa (CRA)

El principio central de las habilidades de afrontamiento para el tratamiento de la dependencia al alcohol, es que a través de una variedad de técnicas de aprendizaje tales como ensayos conductuales, modelamientos, re estructuración cognitiva e instrucciones didácticas, los individuos y sus redes sociales pueden aprender a usar métodos alternativos de afrontamiento, con la demanda de vivir

sin la conducta maladaptativa de usar sustancias adictivas como el alcohol. (Monti y cols., 1990)

Las habilidades citadas por Monti en este manual y que fueron adaptadas a la población tratada por el CRA, fueron designadas para individuos, que según el DSM III-R, fueron diagnosticados como dependientes al alcohol. Los clientes diagnosticados como abusadores del alcohol o individuos con problemas menos severos de consumo, también pueden beneficiarse de las habilidades presentadas en este trabajo.

Así, se ha encontrado que este modelo de habilidades de comunicación, es muy apropiado para consumidores de alcohol que también abusan de otras sustancias, como cocaína, marihuana, etc.

Sin tener en cuenta un diagnóstico del cliente, la orientación del programa de tratamiento de este modelo, es la abstinencia total del consumo de todas las sustancias de las cuales el individuo abusa, es decir, la meta del tratamiento es la abstinencia, como opción para clientes diagnosticados como dependientes al alcohol y/o otras drogas. (Nathan, 1986, citado en Monti y cols., 1990)

La aplicación de un entrenamiento de habilidades de afrontamiento, dentro de un tratamiento de la dependencia al alcohol, ha crecido fuera de varios programas de tratamiento, y estos están basados en la Teoría del Aprendizaje Social.

En un programa breve, Miller y Mastria (1977), desarrollaron un manual enfocado en los problemas en la vida. Otros programas de tratamiento conductual, descritos por McCrady, Dean y cols., estos autores se enfocan en el análisis funcional de la relación entre antecedentes, conducta y consecuencias.

Raíces históricas del modelo de habilidades de afrontamiento para el alcoholismo

Las técnicas, principios y aproximaciones de la dependencia al alcohol manejadas en este modelo, derivan, en parte, de un modelo que traduce a la conducta adictiva como una habitual y maladaptativa forma de enfrentar el estrés.

Estrés se define como una relación adaptativa entre el individuo y las demandas situacionales, que en este caso sería el estresor. (Marlatt, 1985)

Afrontamiento o coping, es un esfuerzo por satisfacer las demandas, en cierto modo, dando un balance o equilibrio al individuo. Si este individuo no cuenta con habilidades de afrontamiento adecuadas para satisfacer estas demandas, entonces, al alcohol puede ser usado como un intento de encontrar equilibrio.

Más allá de estas raíces históricas, Marlatt (1985) hace un énfasis adicional en dos teorías: la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura y en la terapia cognitivo-conductual de Wilson y O'Leary. El contenido y procesos del material perfilado en este modelo se derivan de una evolución del modelo de la Teoría del aprendizaje Social que asume al uso y abuso del alcohol como una orientación adaptativa.

La Teoría del Aprendizaje Social, se deriva de los principios de la Psicología experimental, social y cognitiva. También llamada por Marlatt y Gordon como Modelo de Conducta Adictiva de uso de alcohol. La cual asume que el cliente puede tomar la responsabilidad de aprender nuevas conductas y puede aprender a manejar mejor su vulnerabilidad genética y sus conductas sociales aprendidas.

Desde su inicio, la Teoría del Aprendizaje Social, ha generado mucha investigación básica y clínica del alcohol y su abuso.

Una revisión realizada por Abrams y Niaura en 1987, de estas investigaciones ha identificado una serie de principios de los que forman una versión comprensiva de la Teoría del Aprendizaje Social del abuso y dependencia al alcohol.

Las técnicas de modelamiento usadas terapéuticamente en el programa de entrenamiento en habilidades de afrontamiento se describen en este modelo. Cada una de las nuevas habilidades son mostradas por el terapeuta en una actuación de cada una de estas.

En un más amplio contexto de la Teoría del Aprendizaje Social del abuso de alcohol, vemos a los déficits en las habilidades de afrontamiento como una mayor predisposición a los factores de riesgo. Estos déficits interactúan con las demandas situacionales y la vulnerabilidad genética y pueden debilitar una habilidad individual de afrontar efectivamente.

Los factores que pueden incrementar el riesgo de abusar del alcohol o una recaída después de la abstinencia son factores interpersonales tales como redes sociales, relaciones familiares y laborales, además de otros factores como percepciones, expectativas, humor y las habilidades para manejar estos.

La teoría del programa de tratamiento, es que los déficits de las habilidades sociales pueden restringir alternativas de acciones ante situaciones sociales, minimizan el control individual sobre las situaciones y decrementar el acceso individual a los recursos deseados. (Bandura, 1979, citado en Monti y cols., 1990)

En suma, cada uno de los déficits pueden impedir al individuo para obtener apoyo social y emocional de otras personas, las cuales son necesarias para

mantener la abstinencia. Por lo tanto estos déficits incrementan los factores de riesgo.

Si los déficits en las habilidades sociales son crónicas en el desarrollo biopsicosocial, pueden incrementarse los potenciales y las tendencias individuales para abusar del alcohol. (Monti, Abrams, Binkoff y Zwick, 1986)

El consumo excesivo en la adolescencia y la adultez también parece coincidir con la dificultad en las relaciones. Lentz reportó que los bebedores fuertes, tienen pocas actividades extracurriculares, es decir, realizan pocas actividades que no tengan establecidas como rutina o que sean de tipo laboral, y más desequilibrio interpersonal. Similar a esto Kalin encontró que en sujetos de edad universitaria que eran bebedores problema había más asertividad antisocial y se veían menos envueltos en relaciones duraderas. Otros datos citados por O'Leary dicen que los consumidores crónicos de alcohol, eran la mayoría solteros, separados o divorciados. O'Leary, concluye que los bebedores problema tienen muchas dificultades para establecer y mantener relaciones sociales. (Monti, 1990)

En suma, se incrementa el apoyo a la teoría de que los déficits de socialización puede predisponer al individuo par abusar del alcohol y de otras sustancias.

Como conclusión Monti afirma que el entrenamiento en habilidades sociales puede ser usado el apoyo social para sobriedad y para sustituir por alternativas más saludables para manejar el stress laboral, familiar y social.

El entrenamiento seleccionado en este trabajo para los usuarios del Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA) se basa principalmente en habilidades de comunicación.

Las habilidades de comunicación son importantes para la rehabilitación de usuarios crónicos de alcohol principalmente por dos razones: (Monti et al., 1990)

1. Pueden reforzar sus habilidades de afrontamiento (Coping) enfrentándose a situaciones de alto riesgo que comúnmente precipitan una recaída, incluyendo también dificultades interpersonales que crean un disconfort, tales como ira o depresión.
2. Les proporcionan medios para obtener apoyo social, el cual es indispensable para mantener la sobriedad.

Las habilidades de comunicación elegidas para este entrenamiento son las que a continuación se presentan, esta incluyen una explicación de porque son importantes y una guía de lo que el usuario debe hacer para aprender a aplicarlas.

1. INICIAR CONVERSACIONES

Las conversaciones son un importante primer paso para establecer relaciones tanto casuales como más íntimas con otras personas. Esta es una habilidad de comunicación básica. Esta habilidad resulta más fácil para unas personas que para otras.

La importancia de que los usuarios adquieran esta habilidad radica en:

1. que algunas personas beben porque ellos se sienten que ayuda que ellos hablen con las personas en fiestas, reuniones, etc., pueden sentir incómoda una reunión conociendo nuevas personas y socializando si no toman una copa antes. Es importante que ellos sean hábiles para iniciar una conversación sin tener que beber antes.

2. Algunas personas tienen dificultad para hacer una conversación, lo que los lleva sentirse solos y aburridos y en ocasiones estos sentimientos son los que pueden llevarlos al consumo.
3. Las personas que son bebedores fuertes, tienen amigos que son también bebedores fuertes. Es especialmente importante que empiecen a conocer gente y a hacer nuevas amistades para reducir las tentaciones de regresar al bar o a algunos escenarios donde comúnmente socializaba.

Guía para aplicar la habilidad

- INICIAR CON TEMAS SENCILLOS
- HABLAR ACERCA DE SÍ MISMO
- ESCUCHAR Y OBSERVAR
- HABLAR SUFICIENTEMENTE ALTO
- USAR PREGUNTAS ABIERTAS PARA FAVORECER LA CONVERSACIÓN
- VERIFICAR SU ATENCIÓN
- TERMINAR LA CONVERSACIÓN AMISTOSAMENTE

2. DAR Y RECIBIR CUMPLIDOS

La satisfacción que nosotros recibimos de las relaciones con otros depende en parte de compartir pensamientos positivos acerca de ellos. Por lo tanto es importante se capaz de decirles a otros estos pensamientos positivos y responderles de igual manera.

Hay diferentes tipos de pensamientos y pueden ser desde decir lo bien que se ven con algún tipo de ropa o con un corte de pelo específico, hasta decir lo confortante que es hablar con ella o lo buen observador que es.

A pesar de la importancia de esta habilidad para mantener una relación no todos lo hacen, ya que asumimos que la otra persona sabe como nos sentimos y lo que

pensamos de ella. También puede darse el caso de personas que saben como dar un cumplido pero no saben como recibirlos.

El tener esta habilidad para los usuarios es importante por:

1. Los problemas en las relaciones frecuentemente acompañan a los problemas de consumo. Como los problemas incrementan, los aspectos positivos de la relación empiezan a quedar cubiertos. Hacer un esfuerzo para compartir comentarios positivos con otros es una de las formas para empezar a cambiar las cosas de la mejor manera.
2. Algunas personas (familia, compañeros de trabajo, amigos) pueden apoyar a los usuarios en sus esfuerzos para mantener la abstinencia. Si los usuarios permiten a estas personas saber que tanto se aprecia este apoyo, compartiendo buenos sentimientos acerca de ellos, aumenta la probabilidad de que estas personas sigan haciendo cosas que pueden ayudarlos.

Guía para aplicar la habilidad

- AL HACER Y DAR UN CUMPLIDO MENCÍONELO EN TÉRMINOS DE SUS PROPIOS SENTIMIENTOS, Y NO EN TÉRMINOS DE HECHOS ABSOLUTOS
- ESTRUCTURE EL CUMPLIDO EN TÉRMINOS DE ALGO ESPECÍFICO QUE LA PERSONA HIZO
- ACEPTE LOS CUMPLIDOS QUE OTROS LE HAGAN SIN NEGARLOS NI MINIMIZARLOS

3. COMUNICACIÓN NO VERBAL

La comunicación no verbal, juega un papel importante en los mensajes que queremos darle a las otras personas. En contraste con la comunicación verbal, la cual consiste en utilizar palabras, la comunicación no verbal se refiere a la manera en la que esas palabras se proyectan.

Las conductas no verbales pueden propiciar o impedir la comunicación con otras personas. Las mismas palabras pueden ser interpretadas de manera muy diferente por la otra persona, dependiendo en cómo esas palabras se entregan. Desarrollando efectivamente la comunicación no verbal, se puede hacer un mundo de diferencias en las relaciones con otras personas.

Las personas a menudo no se interesan en los mensajes no verbales que ellos envían, pueden actuar de la manera automática o habitual, y no es consciente del impacto que estos tienen en la persona que los recibe.

Guía para aplicar la habilidad

Las conductas de comunicación no verbal a las que el usuario debe poner cuidado a la hora de interactuar con otros son:

- POSTURA
- CONTACTO VISUAL
- EXPRESIÓN FACIAL
- TONO DE VOZ
- MOVIMIENTOS DE LAS MANOS Y GESTOS
- ESPACIO PERSONAL
- MOVIMIENTOS DE CABEZA

4. COMPARTIR SENTIMIENTOS CON OTRAS PERSONAS

Los sentimientos son algo que todas las personas tenemos en común. Todos hemos experimentado tristeza, alegría, felicidad, gozo, frustración, alivio, entusiasmo o miedo, en algún momento u otro. Estos sentimientos son experimentados en diferentes situaciones para diferentes personas y algunos sentimientos son mas frecuentes en unos que en otros.

La práctica de esta habilidad puede producir resultados positivos en los usuarios, después de un tiempo ellos pueden ser capaces de usarla mas natural y placenteramente en sus interacciones diarias. También es importante para ellos ya que:

1. Algunos usuarios crónicos usan el alcohol para tratar de expresar sentimientos que no son placenteros, encontrando que si se esta sobrio se empiezan a incrementar estos sentimientos negativos. Si se habla con la familia o amigos acerca de estos sentimientos, los usuarios pueden recibir apoyo y un sentimiento de intimidad como resultado.
2. Los usuarios reportan que usan el alcohol para ayudarse a expresar sentimientos positivos. Para estas personas reforzar estos sentimientos sin el consumo puede ser un paso más para continuar con la abstinencia.
3. Estar intoxicado hace imposible ser un buen oyente, esto interfiere con su habilidad para concentrarse y recordar todo lo que la otra persona le dice.
4. Los usuarios reportan sentirse solos. Ellos aprenden a enfrentar la soledad y esto ayuda a prevenir las recaídas. La habilidad de expresar y escuchar sentimientos, es una forma de sentirse menos solos, esto también ayuda a encontrar nuevas amistades y a sentirse más cercanos con su familia.

Guía para aplicar la habilidad

- ES POSITIVO QUE EXPRESSES SENTIMIENTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS, EXPRÉSALOS CON GENTE CON QUIEN TE SIENTAS O DESEES SENTIRTE MAS CERCANO, RECORDANDO SIEMPRE NO AFECTAR AL OTRO.
- VERIFICA TU COMUINICACION NO VERBAL
- VERIFICA LA COMUNICACIÓN NO VERBAL DEL OTRO
- REFUERZA VERBALMENTE, DEMUESTRA EMPATÍA
- COMPARTE EXPERIENCIAS SIMILARES

5. HACER CRÍTICAS

Es importante ser capaz de decirle a otros pensamientos negativos sobre ellos y demandar algún cambio, sin herir sus sentimientos y sin producir peleas innecesarias. No ponerla en práctica adecuadamente, puede limitar la habilidad de actuar exitosamente con otras personas y puede producir serios inconvenientes. Diciéndole a otros sus conductas desagradables se puede estar haciéndoles un favor, señalándoles algo que ellos desconocían.

Si se hace una crítica constructiva se puede evitar el stress en una relación con otra persona., ya que puede traer resultados positivos en la conducta del otro.

Esta habilidad puede ayudar a los usuarios de la siguiente manera:

1. Algunos bebedores reportan que cuando ellos consumen se sienten frustrados o enojados con las personas con quienes conviven. Ellos sienten que no pueden hablar con ellos y hacerles una crítica sin tomar un trago antes.
2. La ira, la frustración y el resentimiento, son comúnmente situaciones de alto riesgo para el consumo.
3. Los usuarios reportan que cuando consumen su temperamento es irritable, así que sobrios pueden hacer una crítica de una forma constructiva más que destructiva.

Guía para aplicar la habilidad

- TRANQUILIZARSE
- ESTABLECER LA CRITICA EN TÉRMINOS PERSONALES Y NO ABSOLUTOS
- CRITICAR LA CONDUCTA Y NO LA PERSONA
- SOLICITAR EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO ESPECÍFICO
- NEGOCIAR UN COMPROMISO
- INICIAR Y TERMINAR LA CONVERSACIÓN EN TÉRMINOS POSITIVOS

- USAR TONO DE VOZ CLARO Y FIRME, NO ENOJADO

6. RECIBIR CRÍTICAS

Las críticas son algo con lo que nos encontramos todos los días de nuestra vida, una de las mayores dificultades en las relaciones es el no saber recibir las críticas gratamente.

Recibir las críticas apropiadamente, nos da oportunidad de aprender las cosas que nos afectan y que afecta a otros.

Otra de las razones para aprender a recibir una crítica, es que nos ayuda a dejar de hacer argumentos innecesarios y deja que el otro vea que sabemos escuchar su punto de vista. En contraste, si la persona reacciona enojado ante la crítica, lleva a los otros a no volver a hablar en un futuro trayendo consecuencias dañinas.

La relación entre esta habilidad y los problemas de consumo es:

1. Los conflictos interpersonales, y el resultado de la ira o de otros sentimientos negativos, son situaciones de alto riesgo para las recaídas. El fracaso para responder efectivamente a una crítica, los puede llevar a tener conflictos interpersonales.
2. Los problemas de consumo rompen de alguna manera las funciones del usuario, y esto los lleva a ser susceptibles a ser criticados por su conducta. El recibir las críticas gratamente incrementa la probabilidad de tener retroalimentación y así ser capaz de responder de forma productiva.

La meta principal de recibir todo tipo de críticas, es prevenir una pelea. Y la segunda meta es cambiar la conducta criticada y ayudar a la otra persona a comunicarse mejor y de manera más productiva con el usuario.

Guía para aplicar la habilidad

- NO PONERSE DEFENSIVO, NO DEBATIR, NO CONTRA-ATACAR
- IDENTIFIQUE ALGO EN LO QUE SE PUDIERA ESTAR DE ACUERDO EN LA CRÍTICA.
- HAGA PREGUNTAS QUE LE PERMITAN ACLARAR Y TENER MÁS INFORMACIÓN ACERCA DE LA CONDUCTA CRITICADA
- PROPONGA UN COMPROMISO

7. ENFRENTAR EL ENOJO

Hay dos efectos del enojo:

Efectos destructivos:

- Causa confusión mental, lleva a acciones impulsivas y a tomar decisiones pobres.
- Lleva a reacciones agresivas que inhiben la comunicación, enmascara otros sentimientos, crea distancia emocional y hostilidad hacia otros.
- La reacción pacífica al enojo, hace sentirse desvalido o deprimido, reduce el autoestima y enmascara sentimientos reales con la indiferencia y hace barreras para la comunicación

Efectos constructivos:

- Los sentimientos de enojo son una señal de situaciones problemáticas y da energía para resolverlos.
- Una respuesta asertiva al enojo incrementa el poder personal ante situaciones difíciles, ayuda a comunicar tus sentimientos negativos y su intensidad, se puede usar para cambiar aspectos negativos de la relación y ayuda a resolver futuros malentendidos y puede fortalecer la relación.

La relación entre el enojo y el problema de consumo es que algunos usuarios reportan que ellos beben cuando se sienten enojados o perturbados. Algunos también dicen que su primer trago del día lo toman cuando están enojados.

Guía para aplicar la habilidad

- IDENTIFICAR LA FUENTE DEL ENOJO
- ACEPTAR QUE ME SIENTO MOLESTA
- IDENTIFICAR CÓMO ME AFECTA
- SI ES NECESARIO DARME TIEMPO FUERA
- RESPIRAR PROFUNDAMENTE
- PENSAR COMOPUEDO HACER FRENTE A LA SITUACIÓN
- TENER PENSAMIENTOS QUE PUEDEN DISMINUÍR LA INTENSIDAD DE MI ENOJO

Según este entrenamiento que Monti propone, y que se adaptará al Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA), uno de los objetivos de este es lograr que el sujeto disminuya su consumo de alcohol al obtener reforzadores sociales; por lo mismo otro de los objetivos del tratamiento es reparar áreas sociales de la vida del individuo. Alcanzando estos objetivos se quiere demostrar que se puede aumentar la calidad de vida en esta población y el bienestar subjetivo, es decir la percepción que el propio sujeto tiene de su calidad de vida

Capítulo 3

CALIDAD DE VIDA

3.1 Introducción

La calidad de vida no es un concepto simple, sino un constructo multidimensional compuesto por diversos factores. El concepto puede tomarse desde 2 enfoques, el objetivo, que consiste en revisar las características, necesidades y formas de vida de los individuos en un contexto colectivo que pretende dar solución a los problemas; con indicadores objetivos (biológicos, psicológicos, conductuales y sociales) (Blanco, 1983).

El segundo enfoque es subjetivo, en el cual cada individuo manifiesta su estado de satisfacción o bienestar en el medio en que se encuentra, interviniendo aquí las diferencias individuales y de percepción.

El bienestar subjetivo se ha convertido en un tema de investigación que ha recibido atención tanto de aspectos teóricos, sociales y privados de la vida, por lo que se ha centrado la atención de diversas áreas de la Psicología (Strack, Argyle, Schwart, 1991; Citado en Galaz, 2000).

En el área de investigación clínico epidemiológica con pacientes que tiene alguna enfermedad crónica o terminal el concepto de calidad de vida ha sido para describir y evaluar las condiciones de sobre vivencia de enfermos a los que se les prolonga a vida, como resultado de la intervención médica y psicológica se buscan alternativas para que esta última etapa los pacientes gocen de una buena "calidad de vida".

La otra forma en que se aborda este tema es en el área laboral enfocada principalmente a aumentar la productividad de la empresa, se preocuparon por la calidad de vida de los trabajadores para que su rendimiento fuera más eficaz.

En 1997 se realizó un seminario multidisciplinario abordando el tema de calidad de vida, donde se consideraron otros aspectos ambientales, demográficos, delincuencia, violencia, genéticos, la calidad de la educación, etc. como forma de mejorar la calidad de vida. Es importante mencionar que la calidad de vida no solo depende de un factor sino que es un concepto multidisciplinario en el que no solo esta el aspecto psicológico, esta el social, económico, cultural, político, familiar, etc., por eso se dice que es un concepto multidimensional, pues es todo un conjunto y no se reduce a un solo aspecto. (Palomar, 1995)

En el campo de la psicología de la salud, la calidad de vida es descrita primero como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción o un sentimiento de bienestar personal constituida socialmente, responde a una manera de leer la realidad y de construir a partir de códigos simbólicos la realidad humana, dentro de una determinada cultura que de esta manera la procrea y continúa (Jaidar, 1998; citado en Galaz 2000).

3.2 Bienestar subjetivo

Es el sentir del estado de vida de un individuo, constituido por la parte cognitiva y afectiva del curso de la vida de un individuo.

El bienestar subjetivo primeramente fue definido en función de un factor externo, tal como la virtud o la santidad, una segunda categoría esta relacionada en la búsqueda del saber que es lo que lleva a los individuos a evaluar positivamente a su vida. Esta definición ha sido llamada "satisfacción con la vida" y se basa en los

estándares que el mismo sujeto pone para lo que es vivir de buena manera. En el último tipo se encuentran las definiciones, que se refieren a la forma en que el constructo es utilizado en el discurso diario, en donde se encuentra una supremacía del afecto positivo sobre el afecto negativo. Esta definición enfatiza la existencia de una experiencia emocional placentera, lo cual puede significar que la persona experimenta situaciones placenteras o está en disposición de aprenderlas. (García, 1999)

Algunos investigadores han realizado estudios del bienestar subjetivo dentro del contexto de la personalidad, en el entorno de variables demográficas, de clasificación social y de aspectos específicos de la vida, relacionado por ejemplo con el bienestar subjetivo con la calidad de vida en pacientes esquizofrénicos, con cáncer, usuarios de alcohol y drogas, etc.

A través de la investigación documental se observa que no existen datos donde reacciones la variable de calidad de vida con la asertividad, únicamente en la Facultad de Psicología Gutiérrez (1994) realizó tesis planteando a la asertividad como una herramienta para mejorar la calidad de vida.

3.3 Evolución del concepto de Calidad de Vida

La referencia más antigua sobre el término calidad de vida, parece remontarse al año 50 d. C. con la obra de Séneca *Sobre una vida feliz*, en la cual habla de "qualitas vitae".

Pero ya al concepto actual hay que buscarle el origen en el periodo del Renacimiento cuando el hombre comenzó a tomar nueva conciencia de los determinantes de su existencia, donde se proponía una sociedad perfecta, donde se cuidaba fundamentalmente las actividades del modo de vida, como el

trabajo, nutrición, ejercicio, recreación, actividad sexual, etc. como objetivo para lograr una vida con calidad, bienestar y salud. (Quintero y González, 1997)

El concepto toma importancia en los años 70's como un intento de distintos investigadores sociales por superar el estrecho marco del análisis de bienestar imperante en ese momento que básicamente se refería a cuestiones económicas.

A partir de autores como *Bauer y Gross* a mediados de los 60's empiezan a cuestionar esta situación y consideran que se deben incluir una serie de medidas no económicas sobre las condiciones en las que viven los individuos. (Prior y De la Poza, 1990)

En su teoría *Maslow* menciona que el hombre es un ser que requiere satisfacer diferentes necesidades a lo largo de su vida. Dichas necesidades se clasifican de mas a menos urgentes para la supervivencia, coincidiendo este orden con su aparición cronológica. De aquí *Maslow* identificó 5 sistemas de necesidades: (García y Moya, 1993)

- **Fisiológicas:** hambre, sed, oxígeno, sexo, calor.
- **Seguridad:** interna y externa.
- **Amor:** afiliación, aceptación y pertenencia.
- **Estima:** éxito, aprobación, reconocimiento.
- **Autorrealización.**

La satisfacción de necesidades de la especie humana es lo que condiciona la calidad de vida y esta a su vez es el fundamento concreto del concepto de bienestar social, el cual se usa para indicar la satisfacción global de los individuos y la sociedad en conjunto. (San Martín y Pastor, 1990)

Otros autores han dado también su propio concepto de calidad de vida:

Cella y Cherin la definen como la apreciación y satisfacción del nivel de funcionamiento actual, comparado con lo que se percibe como lo posible o lo ideal. De acuerdo a esta definición, dos factores determinan la calidad de vida: el nivel actual de disfunción y la habilidad del individuo para tolerarlo. (Lindley, 1992)

Young y Longman la definen como el grado en de satisfacción en que son percibidas las circunstancias de la vida cotidiana. (Padilla y Grant, 1985)

Lewis la considera como el grado en que un individuo posee autoestima, un propósito en la vida y un mínimo de ansiedad (Padilla y Grant, 1985)

Burckhardt dice que la calidad de vida es el grado en que un individuo percibe que su vida es buena y satisfactoria; que goce de bienestar físico y material así como, de buenas relaciones interpersonales; que participe en actividades sociales y alcance un desarrollo óptimo a nivel personal. (Padilla y Grant, 1985)

Horley y Little la definen como el grado percibido de excelencia en general.

Wiklund menciona que una definición amplia del concepto incluye la capacidad del individuo para funcionar dentro de un contexto laboral, de rol social y familiar así como de su capacidad física, emocional mental e intelectual

3.4 Concepto de Calidad de Vida

La OMS considera que la calidad de vida es la percepción del individuo de su posición en la vida, en su contexto cultural y sistema de valores en los cuales vive y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses. Aspectos que se ven afectados por la salud física de la persona, su estado psicológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y las relaciones características sobresalientes con su ambiente. (WHOQOL Group, 1993)

Por todo lo anterior, Calidad de Vida puede considerarse como la percepción de satisfacción y bienestar que tenga uno mismo a lo largo de la vida, tomando en cuenta tanto aspectos objetivos como subjetivos. En dicha percepción influyen aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos.

Tomando la teoría de las Discrepancias de Michalos, (1985) (citado en Palomar, 1995) la satisfacción es una función de dos o más discrepancias donde se manejan una serie de variables que tienen un foco interno:

- a) las discrepancias entre lo que uno tiene y lo que quiere
- b) lo que uno merece y necesita
- c) lo que se tiene en relación a lo que se tuvo

y otro grupo de variables que tienen un foco externo:

- a) la discrepancia entre lo que uno tiene y los que otros tienen.

Una discrepancia es la diferencia entre el nivel de aspiraciones y el nivel de logro, donde la aspiración es mayor que los logros y que mientras mayor sea la diferencia más alto será el bienestar. Por lo tanto la satisfacción neta es la discrepancia entre lo que se tiene y lo que se quiere o con lo que se tiene y lo que los otros tienen. Las personas que obtienen menos de lo que piensan que se merecen están insatisfechas.

Díaz Guerrero (1986) menciona que la calidad de vida es la apreciación subjetiva de un individuo acerca de su percepción de cómo se vive a partir de la interrelación e impacto de variables antropoculturales, económicos, de salud, física, psicológica, personales y sociales soportado por un ecosistema sociocultural determinado.

Secchi (1996) analiza el concepto de calidad de vida como un fenómeno transcultural y subjetivo, sostiene que no existe mucha o poca calidad, sino que sencillamente se tiene o no, la vida tiene calidad cuando se vive con la vida.

De acuerdo a la investigación realizada por Abbey y Andrews (1985) relacionan variables psicológicas y sociales y concluyen que los conceptos psicológicos si se relacionan a la calidad de vida, sobre todo trastornos como el estrés y la depresión si se relacionan fuertemente de manera negativa a las percepciones de calidad de vida, es decir, evalúan su vida menos favorable que las personas que viven felices y sin estrés. El control interno, el desempeño y el apoyo social se relacionan moderadamente de manera positiva a la percepción de calidad de vida. (Palomar 1995)

Algunas variables de personalidad y psicosociales están fuertemente relacionadas con la calidad de vida. Se encontró que lo más importante en la vida de los sujetos es su familia en general; y en una proporción relativamente menor el trabajo, el bienestar económico y el desarrollo personal. Otro hallazgo indica que el factor que en mayor medida explica la calidad de vida es la sociabilidad y los amigos cercanos (Palomar, 1995). Lo cual afirma que para los sujetos lo que contribuye a su bienestar subjetivo está relacionado con la aceptación y apoyo emocional que recibe de los demás.

El segundo factor en importancia que explica la calidad de vida es la familia, lo cual reitera la importancia de las redes sociales para satisfacer las necesidades afectivas del individuo. (Palomar, 1995)

Díaz Guerrero (1993) menciona que en nuestra cultura lo que mejor explica la calidad de vida son las redes sociales y afirma que somos una cultura colectivista, enfocada a las relaciones que evalúa como importantes (la familia nuclear) y necesarias para su adecuado desarrollo personal.

Palomar (1998) relaciona la calidad de vida y el funcionamiento familiar comparando individuos consumidores crónicos de alcohol e individuos no consumidores de alcohol. En términos generales se pudo observar que en la muestra de individuos consumidores crónicos de alcohol son mucho más los factores del funcionamiento familiar, relacionados con la calidad de vida, enfocándose sobre todo en aspectos materiales. El bienestar subjetivo de este grupo está menos generalizado a todas las áreas de su vida, en comparación con la muestra de individuos no consumidores de alcohol en donde la calidad de vida es mejor.

Díaz Guerrero realizó una investigación con madres mexicanas y con madres México-Norteamericanas, en donde encontró que cuando se tiene una mayor red de apoyo la calidad de vida se incrementa, al igual que con el significado afectivo de la familia.

Puede existir una gran variedad de conceptos acerca de la calidad de vida, pero la mayoría están enfocadas a la satisfacción de una persona, abarcando todos los ámbitos del ser humano, abordada desde la subjetividad, por lo que es posible que cada persona de su definición de calidad de vida, ya que cada uno tendrá

diferentes valores, expectativas, motivaciones, necesidades, concepto de felicidad y satisfacción. (Monsalvo, 1998)

Monsalvo menciona que en la calidad de vida se busca el saber vivir, el vivir bien, el grado de realización como seres humanos, la manera en que los recursos satisfacen las necesidades elementales y necesidades de formación y realización como seres humanos.

El concepto de calidad de vida, resulta sumamente difícil de comprender, considerando, las múltiples facetas de una situación tan compleja y amplia como esta ya que es necesario considerar. Por un lado, la sensación y percepción que cada individuo tiene del grado de satisfacción que le proporciona su propia vida, y por el otro lado, el análisis real de un conjunto de factores que condicionan su existencia. (Monsalvo, 1998)

La vida cotidiana en la ciudad, la insatisfacción del transporte, el tráfico, el ambulante, la contaminación, etc., hacen que la percepción de nuestras vidas sea bastante desalentadora. Todos quisieran estar en algún lugar en que no existieran estos problemas que nos afectan continuamente. La calidad de vida y la vida cotidiana están relacionadas íntimamente. (Donoso, 1997)

Aunque en todo lo mencionado anteriormente se vislumbre mejorar la calidad de vida como algo complejo, es importante abordar primeramente al individuo, dándole las condiciones necesarias para su óptimo desarrollo.

3.5 Áreas de Calidad de Vida

La calidad de vida incluye áreas como salud, matrimonio, vida, trabajo, vivienda, situación económica, oportunidades educativas, autoestima, creatividad, competitividad, pertenencia y confianza en otros (Levy y Anderson, 1975).

De acuerdo con la ONU (Levy y Anderson, 1975) el concepto calidad de vida comprende los nueve siguientes componentes:

1. Salud
2. Alimentación
3. Educación
4. Ocupación, condiciones de trabajo
5. Condiciones de vivienda
6. Seguridad social
7. Vestido
8. Recreación
9. Derechos humanos

Desde un punto de vista psicológico el concepto calidad de vida puede dividirse en 5 áreas básicas para su utilización (San Martín y Pastor, 1990):

- a) Capacidad funcional: para desarrollar actividades diarias, capacidad para desempeñar el puesto de trabajo y al participar en actividades recreativas.
- b) Funciones sociales: relación con los amigos, la familia y la comunidad.
- c) Funciones intelectuales: capacidad de atención, memoria y habilidad para tomar decisiones.
- d) Estado emocional: bienestar general, incluyendo evaluación del nivel de ansiedad, depresión, sentimiento de falta de adecuación, temor y cólera.
- e) Situación económica: la capacidad para mantener su estándar de vida. Si desaparece la seguridad económica, las capacidades funcionales globales pueden empeorar significativamente.

Por todo lo anterior, puede observarse que la calidad de vida está formada por distintos componentes y que éstos pueden agruparse en seis áreas:

- **Física**, está compuesta por movilidad, desempeño en la vida diaria y capacidad de autocuidado.
- **Biológica**, se encuentra en la salud, enfermedad, alimentación, dolor, fármacos, sexualidad y sueño.
- **Psicológica**, entre sus componentes se encuentran los estados emocionales, aislamiento, soledad, satisfacción, capacidad mental e intelectual.
- **Social**, compuesta por relaciones interpersonales, contacto y apoyo social, rol social y familiar.
- **Económica**, conformada por la situación económica, capacidad de manutención, ingresos y egresos.
- **Cultural**, cuyos componentes son características culturales y personales, religión, creencias, política y educación.

Los componentes antes citados, pueden no ser los únicos, sólo se han mencionado algunos de los más sobresalientes. Además el hecho de que se mencionen en un área específica no quiere decir que no influyan sobre las demás. Por el contrario, todos los componentes influyen en los diferentes aspectos de la vida diaria del individuo al interactuar entre sí.

3.6 Medición de calidad de vida

La medición de la calidad de vida es una medida que muestra el grado en que el individuo satisface sus necesidades (físicas, sociales, psicológicas, es decir, de todo tipo, sean materiales o no materiales). El óptimo de calidad de vida coincide con las metas del desarrollo personal.

Dado que la población sufre de constantes cambios, resulta de vital importancia evaluar cual es su calidad de vida para así poder realizar las intervenciones más adecuadas a sus necesidades, ayudando a proporcionar un mayor bienestar en su vida, lo cual es finalmente la meta de intervención que se realiza.

Partiendo de la Teoría de las Necesidades de Maslow, se han seleccionado once áreas o componentes de calidad de vida: (Setién, 1993)

- a) salud
- b) bienes materiales
- c) trabajo
- d) vivienda
- e) seguridad
- f) educación
- g) familia
- h) entorno social
- i) tiempo libre
- j) religión
- k) política (participación, libertad, prestigio e identidad comunitaria)

Holtgrave (1997) señala la existencia de tres comportamientos fundamentales dentro del campo de la Calidad de Vida. El primero es la función física, que comprende la discapacidad, ocupación del manejo de hogar, sueño, nutrición, sexo y entretenimientos. La segunda función es la social: familia, vida social y dependencia. Y por último una tercera función: la emocional, que comprende el aislamiento, la depresión y la ansiedad.

Brock (1993) menciona que la mayor dificultad, en el desarrollo de las medidas de Calidad de Vida estandarizadas, es la ausencia de una definición universal; es por esto que para su medición la calidad de vida se ha dividido en objetiva y subjetiva.

La perspectiva objetiva depende de lo que puede ser observable desde el exterior, en el tipo de población que nosotros nos interesa, los usuarios de alcohol y drogas, existen algunos aspectos importantes que no pueden ser visibles, por lo que se reporta como calidad de vida el sentido de bienestar, alegría y satisfacción hacia la vida es decir, de manera subjetiva. (Baker, Cubow y Wingard, citados por Alvaradejo, 1996)

Calidad de Vida es un concepto complejo capaz de abarcar más fenómenos de los que caben en una especialidad o ramas de las ciencias. Por lo tanto, el especialista que lo usa se ve obligado a dar una definición operativa, válida para sus propósitos y si es posible definir también los indicadores en los que se basa su definición, ya que de lo contrario puede convertirse en un objetivo intangible de investigación por el gran número de factores que conforman su estructura.

La Calidad de Vida puede ser medida de muchas formas diferentes por ejemplo en términos de capacidades y limitaciones físicas individuales, síntomas de funcionamiento individual o intelectual y acerca del desempeño del rol psicosocial de acuerdo al ocio, el trabajo y la vida familiar, así como también en términos de bienestar. La gran riqueza del término Calidad de Vida requiere no solo que se evalúen múltiples dimensiones, sino que se usen múltiples medidas de cada dimensión que se estudia más que indicadores particulares.

Uno de los criterios básicos para medir la Calidad de Vida es la aptitud que posee una persona para asumir los roles y actividades sociales en forma adecuada, así como tener en cuenta la capacidad intelectual de acuerdo a cada periodo de la vida.

En lo que se refiere a la evaluación de la calidad de vida debe seguirse el razonamiento científico en forma sistemática a través de las siguientes etapas: (San Martín y Pastor, 1990)

1. Identificación y observación de los fenómenos y variables que se asocian a la calidad de vida.
2. Observación y medición de las necesidades, valores, objetivos, comportamientos y aspiraciones de la población.
3. Encuestas de aptitudes, opiniones, valores, etc.
4. Identificación del perfil cultural de la sociedad, de los grupos sociales, de los individuos, etc.
5. Identificación de las relaciones psicosociales.
6. Percepción de la calidad de vida por parte de la población.

Lo anterior tiene como finalidad dar a los estudios de calidad de vida seriedad y valor científico ya que como se ha mencionado, calidad de vida tiene tanto componentes objetivos como subjetivos, permitiendo a los primeros ser evaluados de forma tangible y los segundos únicamente basándonos en la percepción del sujeto, la cual muchas veces puede resultar poco confiable.

El mismo autor sostiene que cuando se hace medición y representación de la calidad de vida se pueden distinguir cuatro niveles:

- Elementos materiales necesarios a la vida del hombre
- Bienes y valores no materiales necesarios al desarrollo intelectual del individuo y la sociedad
- Elementos que relacionen el bienestar individual y familiar con los sistemas sociales de producción de bienes y de servicios culturales y materiales
- Percepción objetiva y subjetiva de calidad de vida

La medición de calidad de vida es de tipo subjetivo. Quien puede informarnos mejor acerca de ésta es el propio individuo, por que es él quien conoce mejor sus propias necesidades y lo que es más importante para si mismo y no el personal de salud, ni sus familiares y amigos, ya que sus percepciones son diferentes.

Se puede evaluar la reacción individual y colectiva frente al proceso de calidad de vida identificando y midiendo los indicadores asociados al fenómeno analizado (San Martín y Pastor, 1990):

- Sensación de bienestar general: ansiedad, depresión, enfermedad, etc. (u otras situaciones negativas) o bienestar y satisfacción, vitalidad, autocontrol, interés, etc.
- Síntomas físicos: molestias diversas, pesadillas, disfunción del sueño, cansancio, aburrimiento, etc.
- Función sexual: disfunción impotencia, etc.
- Síntomas psíquicos y psicosociales: estado emocional, depresión, ansiedad, hostilidad, conducta obsesiva, somatización, etc.
- Rendimiento y satisfacción en el trabajo: ritmo de trabajo, fatiga, falta de concentración, interés satisfacción, accidentes, etc.
- Función cognoscitiva: test de reproducción visual, test de velocidad visual motora, memoria, percepción, etc.
- Participación social: grado en que el individuo participa en la vida colectiva.
- Satisfacción general: aspectos de la vida corriente tales como el matrimonio, hijos, amigos, economía y finanzas, vivienda, trabajo, interrelaciones sociales e interindividuales, vida comunitaria y participación social.

Es importante mencionar que existen factores que influyen en la selección de un instrumento (Fletcher, 1992) entre los cuales se consideran:

a) Propiedades de medición adecuadas

- validez
- confiabilidad
- claridad

b) Tipo de instrumento

- genérico
- enfermedad específica
- dimensión específica
- pregunta específica a estudiar

c) Método de administración

- auto administración
- administrado por encuestador

d) Escenario cultural

Las mediciones sobre calidad de vida se han realizado con cuestionarios preparados para tales fines y en la mayoría de los casos para enfermedades y poblaciones específicas. Algunos ejemplos de estos cuestionarios son:

- Perfil de Estadios de Ánimo (PMS)
- Perfil de Impacto de Enfermedad (Sickness Impact Profile)
- Cuestionario de Índice de Salud McMaster (MHIQ)
- Cuestionario de Enfermedades Respiratorias Crónicas (Chronic Respiratory Disease Questionnaire)

Capítulo 4

Modelo de tratamiento para usuarios crónicos de alcohol y otras drogas

CRA (programa de reforzamiento comunitario.)

4.1 Introducción

El uso excesivo de alcohol es un problema que se ha ido incrementando en nuestro país en los últimos años. La información reciente dice que el consumo se ha extendido en ciertos medios sociales marginales o en los favorecidos económicamente.

Existen también estudios recientes que nos dicen que estas conductas del consumo de alcohol y drogas son conductas adictivas y no son una enfermedad incurable y progresiva. Por lo tanto se adquieren a través del aprendizaje de patrones de conductas no adaptativas, por lo que pueden ser modificadas por nuevos patrones de aprendizaje.

También hay otros factores que explican el paso del uso experimental o recreativo de alcohol al uso excesivo o continuo del mismo. La historia del individuo se caracteriza por la obtención de reforzadores asociados al alcohol.

Se habla de individuos que han tenido problemas de comportamiento en su infancia y su historia está marcada por problemas de abandono por parte de los padres, rupturas o apegos excesivos.

Dadas las características de la conducta de beber, se afirma que los principios básicos de aprendizaje en combinación con los principios económicos de

abastecimiento, precio y costo de oportunidad, pueden contribuir mucho a que nosotros podamos comprender el movimiento que existe en el continuo uso del alcohol.

4.2 Características del modelo

Este programa se desarrolla dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Inicialmente busca restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales y familiares que rodean a los usuarios del programa, la meta consiste en que estos reforzadores sean de alta calidad cuando el usuario se encuentre sobrio o abstinentes y que estos sean retirados si los individuos beben.

Entonces, el programa de reforzamiento comunitario tiene como objetivo principal hacer que el estilo de vida sin alcohol sea primordial sobre el estilo de vida con alcohol. En conjunto con el establecimiento de metas y el involucramiento motivacional, el programa de reforzamiento comunitario enseña al usuario las habilidades necesarias para crear estilos de vida pro-sociales.

Este programa consiste en nueve componentes principales de tratamiento, los 9 consisten en identificar, establecer y alcanzar las metas que el paciente identifique. El programa consta más o menos de 10 sesiones de trabajo en donde las dos primeras consisten en la evaluación inicial del programa. Más que forzar al paciente a aceptar su problema de alcohol, este programa se enfoca en los problemas percibidos durante la evaluación ej. Maritales, de empleo etc. Ya que en la mayoría de los casos lidiar con estos problemas los llevaría al consumo de alcohol y se esperaría que el usuario deseara enfrentar estos problemas de otra forma.

4.3 Componentes del programa

Los componentes del programa son:

1. ADMISION

Es la primera etapa del programa, el primer contacto con el cliente consiste en aplicarle el cuestionario de preselección, esto es para constatar que el usuario es ideal para el programa.

Aquí el usuario da todas sus expectativas con respecto al programa y estas son aclaradas por el terapeuta. Aquí se aplican el cuestionario de preselección, el EDA y el CAD. Se verifica que el usuario cuente con los requisitos del programa. Se da la duración del programa, de le explican los subprogramas de que están compuestos y se le explican también los que eligió para lograr la meta de la abstinencia. También durante este componente se le dice que puede participar con él otra persona que esté dispuesto a apoyarlo durante el programa. Se espera que este individuo reporte estar muy interesado e involucrado en ver que el usuario cambie sus patrones de consumo y con algo de entrenamiento esta persona aprenderá a darle apoyo de una forma reforzadora y motivacional.

Terminado todo esto se le da un contrato de participación y se le responden dudas y comentarios.

Esta sesión también funge como motivadora para que el usuario se "enganche" y esté dispuesto a participar en el programa aceptando su problema y los beneficios que obtendría al final.

2. EVALUACIÓN

Una de las premisas básicas del Programa es que las personas sean motivadas a cambiar su conducta de beber. Para facilitar este proceso se pone atención especial en identificar los reforzadores (cualquier objeto o conducta cuya presentación incrementa la tasa de ocurrencia de la conducta que los sigue) es muy importante saber que cada reforzador es diferente para cada individuo, por lo que es necesario encontrar cada uno de los reforzadores exclusivos y únicos para cada usuario, particularmente aquellos que propician la conducta de sobriedad.

La identificación de estos reforzadores inicia en la fase de evaluación y se van a buscar las fuentes de motivación del cliente por las cuales el cliente busca el tratamiento y se busca también la sobriedad para conseguir algo placentero (reforzadores positivos) o para evitar algo aversivo (reforzadores negativos)

Por otra parte es importante también identificar, si el otro significativo que acompaña al cliente es un buen elemento de apoyo para el plan de tratamiento y si es útil para desarrollar una alianza terapéutica.

Del mismo modo identifica los reforzadores que alcanzará este acompañante.

3. ANALISIS FUNCIONAL

En esta etapa se le motiva al cliente a participar en el programa. A partir de esta ya se inicia la fase de tratamiento. Es una entrevista bien estructurada que permite tanto al terapeuta como al cliente identificar los antecedentes y consecuencias de beber y no beber. Se identifican situaciones de alto riesgo, así como las consecuencias que puedan reforzar la conducta de beber y que puedan ser elegidas como meta para el cambio. Analizando esto le permite al

cliente identificar aquellas conductas placenteras y pro-sociales que ya realiza así como el hecho de que estas también ya están sujetas a ciertas contingencias.

Esta parte del tratamiento es esencial ya que muchos individuos que presentan problemas de alcohol reportan que la conducta "solo ocurre" sin señalar los antecedentes. El segundo propósito del análisis funcional es identificar las consecuencias de la conducta, con la finalidad de especificar los resultados inmediatos a lo largo de la conducta de beber.

El análisis funcional juega un papel prominente en el establecimiento de un ambiente positivo y reforzante para el cliente motivándolo en la conducta de sobriedad.

4. MUESTRA DE ABSTINENCIA

En esta fase se solicita al usuario una muestra de abstinencia y a través de esta el cliente experimenta los beneficios de la sobriedad y se facilita la negociación de la abstinencia continuada.

Esta funciona bajo la premisa de que el terapeuta puede enganchar al cliente sin abrumarlo con reglas más rígidas.

Dicho periodo va a ir aumentando con el programa hasta alcanzar la abstinencia total. Aquí se motiva al cliente a comprometerse y a mantenerse sin consumo por un tiempo acordado y limitado. Esta muestra juega un papel importante en el programa ya que mientras resulta necesario para algunos clientes mantenerse sobrios durante el resto de sus vidas, logra esta meta de forma sencilla y sin esfuerzo.

También les proporciona el tiempo suficiente para que se puedan hacer a la idea de que tienen un problema con su forma de beber.

Tiene muchos propósitos más, como el que al cliente se le da la oportunidad de enfocar su atención en los cambios positivos con relación a sus síntomas cognitivos, emocionales y físicos, irrumpe viejos hábitos de consumo permitiéndole tener la oportunidad de reemplazar estas conductas con nuevas habilidades.

Permite al cliente adquirir confianza y a autocontrol estableciendo metas de sobriedad a corto plazo y esta confianza es extendida a los familiares y en las agencias de empleo.

Además de que en esta etapa las recaídas nos permiten, como terapeutas ubicar las áreas donde el cliente necesita ayuda.

5. EL USO DEL DISULFIRAM

Dicho elemento se utiliza a partir del involucramiento de otras personas importantes para el usuario.

El Disulfiram es un medicamento que sirve para desalentar el uso del alcohol. Una vez ingerido el medicamento, es raro experimentar efectos colaterales, a menos que se ingiera alcohol. Es decir, se presentará una reacción importante en el organismo cuando el cliente ingiere alcohol a la par del medicamento. La reacción química ocasiona que el cliente se enferme al mismo tiempo que le previene de sentir los efectos placenteros del alcohol.

Este medicamento es muy útil para aquellos clientes que fracasan continuamente en sus intentos por dejar de beber, para quienes ya tienen consecuencias muy

importantes por el uso continuado, para aquellos que beben compulsivamente y para quienes presentan muchos precipitadores para el consumo.

Es importante mencionar que el uso del Disulfiram es opcional en el tratamiento.

6. PLAN DE TRATAMIENTO

El plan de tratamiento del programa involucra al cliente tanto en la identificación de las áreas de su vida que desea cambiar, como en la estructuración de planes de acción específicos para alcanzar las metas. La meta general es incrementar el placer de las actividades en sobriedad y reducir el poder del alcohol como una fuente de satisfacción.

Antes de llevar a cabo este plan el terapeuta revisa la información que resultó de la evaluación inicial. Desde que el terapeuta ya conoce las metas de cada usuario y sus reforzadores está preparado para guiar al cliente durante la planeación del tratamiento.

El primer paso es completar la Escala de Satisfacción Personal, que tiene varios propósitos: proveer una línea base pre-tratamiento que indica cuales áreas de la vida del cliente requieren atención inmediata, motiva al cliente, evalúa el progreso durante la terapia y discrimina áreas problema de las no problemáticas.

7. ENTRENAMIENTO CONDUCTUAL

Enfatiza una variedad de habilidades que el individuo pudiera necesitar para mantenerse sobrio, entre otras incluyen de comunicación, entrenamiento para rehusarse a beber, manejo de estrés y solución de problemas.

El programa también se enfoca en las habilidades para obtener empleo, que ayudan al individuo a obtener uno apropiado. Se identifican escenarios de

trabajo con alto y bajo riesgo para las recaídas y se revisan las habilidades de ejecución para pedir empleo. Los pacientes también aprender a ser específicos y breves así como a desarrollar una buena entrevista de empleo.

El programa sobre actividades recreativas y sociales tiene como objetivo reemplazar las actividades relacionadas con el alcohol por actividades recreativas igual o más satisfactorias basadas en la sobriedad.

Frecuentemente la sobriedad crea un aislamiento social y un incremento en la posibilidad de recaer. Para lograr que el usuario tenga su primer contacto con una nueva actividad social, se utiliza la motivación sistemática.

Aquí se le permite al cliente hacer una llamada desde la oficina del terapeuta para contactarse con una persona para que realicen una actividad que le motive al usuario.

8. CONSEJO MARITAL

Le permite al compañero del usuario ser parte de la solución. Tiene como enfoque especial el ayudar a la pareja a incrementar lo atractivo de una vida sobria.

Casi siempre la relación marital del bebedor suele ser disfuncional y se observan dos tipos de situaciones:

- se incrementa el número de discusiones en la pareja a partir del uso excesivo de alcohol
- la pareja comienza a alejarse disminuyendo la comunicación con el bebedor.

Ambas situaciones empeoran con el paso del tiempo.

El programa promueve la terapia marital como una parte fundamental e integral para el tratamiento de abuso de alcohol. Los conflictos de pareja suelen ser a veces los motivos por los cuales la conducta de beber alcanza el nivel más elevado de su uso. Si la situación marital no mejora se puede anticipar que cualquier cambio en la conducta de beber será temporal. Por lo tanto al ayudar al usuario con su forma de beber implica mejorar la situación marital.

Por lo que lo más recomendable es empezar el programa de pareja tan pronto como sea posible.

9. PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Finalmente el programa de prevención de recaídas consiste en entrenar tanto al usuario como al otro significativo a reconocer los signos que indiquen posibles recaídas ya desarrollar estrategias apropiadas de enfrentamiento.

Este inicia desde la primera sesión y es un proceso constante. Desde el Análisis funcional se identifican los antecedentes y consecuencias de los episodios de consumo de alcohol.

Esta fase muestra como utilizar el Análisis funcional y otros métodos para identificar como un individuo inicia un nuevo episodio de ingesta y mostrar como esto es el resultado de una secuencia de decisiones identificables. El objetivo consiste en aprender como prevenir la ingesta y como intervenir en el evento si esto llegara a ocurrir.

Capítulo 5

METODO

JUSTIFICACIÓN

Según la ENA del 2002, existen en el país más de treinta y dos millones de personas entre 12 y 54 años de edad que consumen alcohol. Y los porcentajes de consumo presentan un incremento en los últimos años.

También la ENA dice que los patrones de consumo más característicos son el moderado alto (consumo mensual con cinco copas o más por ocasión) y consuetudinario que es el consumo de cinco copas o más al menos una vez por semana.

El presente trabajo proporcionará un manual de Entrenamiento de Habilidades de Comunicación para el componente de Habilidades Sociales del modelo de tratamiento en usuarios crónicos de alcohol y otras drogas. Por lo que su aplicación pretende dar mayor solidez al modelo de tratamiento.

El manual de Entrenamiento de Habilidades de Comunicación, permitirá dotar de habilidades a los usuarios, mismas que podrán generalizar a sus escenarios naturales para que puedan aplicarlas en sus relaciones interpersonales, y aprendan a pedir y recibir apoyo o ayuda en su vida cotidiana, expresar y compartir sus emociones, etc.

Se detectará, de igual manera, su impacto en la calidad de vida de los usuarios antes y después del tratamiento; por lo que permite ampliar el conocimiento teórico respecto a la relación existente entre estos dos constructos.

Por lo que se adaptará y evaluará su instrumentación en población mexicana, en usuarios en quienes se instrumenta el modelo de tratamiento.

Lo que se busca también la calidad de los reforzadores recreativos, sociales, familiares y vocacionales que rodean al sujeto para poder reestablecerlos y mejorarlos así como buscar el objetivo principal del programa que es mejorar la calidad de vida primordialmente sin alcohol.

Es importante introducir habilidades sociales en un usuario crónico de alcohol y drogas ya que con estas sustituye las habilidades antes aprendidas de consumir alcohol, aprende que es posible socializar y tener nuevas actividades que no precisamente están relacionadas al consumo; también las pone en práctica cuando tiene que enfrentarse a situaciones que podrían significar una recaída.

La importancia de evaluar la calidad de vida al principio y al final del programa, reside en que podremos saber que tanto le funciona el entrenamiento en habilidades sociales de comunicación al usuario y que tanto impacto tienen adquirir estas habilidades en la calidad de vida; así como identificar también los aspectos que no modificó. También se podrá obtener un aproximado general de la efectividad del programa.

La metodología que se presenta a continuación, es una propuesta que se hace para aplicar el Entrenamiento en Habilidades de Comunicación para un estudio empírico que intente validarla. Su propósito es establecer un marco de referencia para la evaluación del dicho entrenamiento.

OBJETIVO

El objetivo principal sería validar el Entrenamiento en Habilidades de Comunicación e identificar el impacto que tiene el entrenamiento en habilidades de comunicación en la calidad de vida de los usuarios crónicos de alcohol.

La investigación perseguiría también que mediante el Entrenamiento en Habilidades de Comunicación:

- a) El usuario aprenda habilidades de comunicación tales como comunicación verbal y no verbal, socialización, recreación sin necesidad de consumo, saber hacer y recibir críticas, compartir sentimientos y escuchar a otras personas, inicio de conversaciones, aprender a dar y recibir cumplidos, enfrentar situaciones y emociones desagradables como enojo, tristeza, depresión, etc.
- b) Que el usuario las ponga en práctica dentro de las sesiones.
- c) Que el usuario las ponga en práctica en escenarios naturales, es decir, en su vida cotidiana.

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe una relación entre la calidad de vida de un bebedor crónico y las habilidades de comunicación que posee y/o las que aprenda?

HIPOTESIS DE INVESTIGACION

H0: El entrenamiento en habilidades de comunicación no afecta la calidad de vida de un usuario crónico de alcohol y otras drogas.

H1: El entrenamiento en habilidades de comunicación afecta la calidad de vida de un usuario crónico de alcohol y otras drogas.

MUESTRA

La población que se emplearía comprende a usuarios del Programa de Reforzamiento Comunitario (CRA)

ESCENARIO

El lugar donde se podría realizar la aplicación es el "Centro Acasulco"

PROCEDIMIENTO

El estudio se llevaría a cabo dentro del Centro Acasulco con los usuarios del CRA (Programa de Reforzamiento Comunitario)

Se les aplicará 1 prueba para realizar este estudio: WHOQOL-100

La prueba se aplicará durante la segunda fase del tratamiento que es la de EVALUACIÓN.

Después se dará un entrenamiento al usuario acerca de las habilidades de comunicación, tales como comunicación verbal y no verbal, socialización, recreación sin necesidad de consumo, saber hacer y recibir críticas, compartir sentimientos y escuchar a otras personas, inicio de conversaciones, aprender a dar y recibir cumplidos, enfrentar situaciones y emociones desagradables como enojo, tristeza, depresión, etc.

El procedimiento de enseñanza de estas habilidades es el siguiente:

1. El entrenamiento tiene una duración aproximada de 4 sesiones, en cada sesión se revisan 2 habilidades de comunicación. El número de sesiones puede variar según la disposición y la facilidad de aprendizaje de los usuarios.

2. Primero se le da al usuario una explicación breve de porque son importantes las habilidades sociales en su vida y porque es importante para el tratamiento.
3. Para cada habilidad se le explica de igual manera su importancia.
4. Se plantean algunas situaciones al usuario de cada habilidad. Estas situaciones deben ser propuestas por el usuario, ya que cada uno vive situaciones diferentes y la importancia del tratamiento radica en que el usuario pueda aplicar estas habilidades en sus escenarios naturales.
5. Ya propuestas las situaciones se le explica al usuario como debe realizarlas, se discute y se explica punto por punto la aplicación de estas con ayuda del material didáctico. (Ver anexo)
6. Se hacen ensayos conductuales entre el usuario y el terapeuta de cada una de las situaciones propuestas, poniendo en práctica de manera correcta la habilidad.
7. Estos ensayos son videograbados con dos fines: el primero es darle retroalimentación al usuario de su conducta, ya que este video es revisado al final de la sesión; el otro es para evaluación del componente
8. Al terminar la sesión, se da al usuario un autoregistro para que anote en éste, las ocasiones en que puso en práctica las habilidades adquiridas en cada sesión, dentro de su vida cotidiana. Este autoregistro es revisado por el usuario y el terapeuta al inicio de cada una de las sesiones del entrenamiento.
9. El terapeuta registra que tanto el usuario aprende estas habilidades, esto se lleva a cabo con el video que se graba dentro de las sesiones y se evalúa con una lista checable o de cotejo. (Ver anexo)

Después de que el usuario recibe el entrenamiento, se hará una segunda aplicación del instrumento. Esta aplicación se llevará a cabo la sesión siguiente al término del Entrenamiento en Habilidades de Comunicación, al final del

tratamiento del Programa de Reforzamiento Comunitario; y se procederá a evaluar los resultados.

INSTRUMENTO

WHOQOL-100

El WHOLQOL-100 evalúa la percepción de los individuos acerca de su posición en la vida, dentro del contexto de la cultura y sistema de valores en el cual ellos viven y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses.

Fue desarrollado de una manera colaborativa en 15 grupos culturales diferentes durante varios años.

Es una escala compuesta por 100 preguntas que actualmente se encuentra en 29 versiones de lenguaje. Suministra un perfil multidimensional de los puntajes a través de los dominios y subdominios de la calidad de vida.

El WHOLQOL-100 tiene muchos usos que incluyen la práctica médica diaria, investigación auditoria, toma de decisiones, y evaluación de la efectividad y los méritos relativos de diferentes tratamientos.

También puede ser usada para evaluar la variación de calidad de vida de diferentes culturas, para comparar subgrupos dentro de la misma cultura y para medir cambios a través del tiempo en respuesta al cambio en las circunstancias de vida.

Fundamentos para el desarrollo del WHOLQOL-100

1. En los últimos años se ha ampliado el enfoque de la medición en la salud, que más allá de los indicadores de salud tradicionales tales como

mortalidad y morbilidad intentan incluir medidas de impacto de la enfermedad y del deterioro de las actividades de la vida diaria y de la conducta.

Estos instrumentos no evalúan calidad de vida *per se*, lo que ha sido descrito como "la medida perdida en la salud"

2. La mayoría de las escalas que miden estado de salud han sido desarrolladas en E. U. A. y en el Reino Unido, y la traducción de estas medidas para su uso en otros grupos culturales consume mucho tiempo y es insatisfactoria.
3. El incremento de un modelo cada vez más mecanicista de la medicina, relacionado solamente con la erradicación de la enfermedad y sus síntomas, refuerza la necesidad de la introducción de un elemento humanístico en la intención de la salud. La atención de la salud es esencialmente una transacción humanística donde el bienestar del paciente es el objetivo principal. Al solicitar la evaluación de calidad de vida en la atención de la salud, los esfuerzos se enfocan a este aspecto de la salud, y las intervenciones resultantes prestarán cada vez más atención a este aspecto del bienestar de los pacientes.

La iniciativa de la Organización Mundial de la Salud de desarrollar una herramienta que permita evaluar la calidad de vida proviene tanto de la necesidad de contar con una medida internacional de calidad de vida y de restablecer la promoción de un abordaje holístico de la salud y la atención de la salud, tal como se enfatiza en la definición de la OMS: "La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, no solamente la ausencia de enfermedad"

La calidad de vida es un concepto muy amplio, que incorpora de una manera compleja la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de

dependencia, relaciones sociales, creencias personales y sus relaciones con los hechos salientes del medio ambiente.

Esto refleja que la calidad de vida se refiere a una evaluación subjetiva, la cual esta inmersa en un contexto cultural, social y medioambiental. Debido a que este instrumento enfoca principalmente la calidad de vida percibida (bienestar subjetivo) de los entrevistados, no se espera que funcione como un medio para medir los síntomas, enfermedades o condiciones de una manera detallada, sino como un instrumento que evalúa los efectos percibidos de la enfermedad y de las intervenciones en salud sobre la calidad de vida del sujeto.

El WHOQOL es la evaluación de un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo acerca de su estado de salud, su estado psicosocial y otros aspectos de la vida.

Estructura final del WHOQOL-100

La estructura final del WHOQOL-100 incluye 6 dominios, 24 facetas y 4 preguntas más dirigidas a calidad de vida global y salud general:

<u>Dominio I</u>	<u>Capacidad Física</u>
1	Dolor y discomfort
2	Energía y fatiga
3	Sueño y descanso
<u>Dominio II</u>	<u>Psicológico</u>
4	Sentimientos positivos
5	Pensamiento, aprendizaje, memoria, concentración
6	Autoestima
7	Imagen corporal y apariencia
8	Sentimientos negativos
<u>Dominio III</u>	<u>Nivel de dependencia</u>
9	Movilidad
10	Actividades en la vida diaria
11	Dependencia en las medicinas y ayuda médica
12	Capacidad de trabajar
<u>Dominio IV</u>	<u>Relaciones sociales</u>
13	Relaciones personales
14	Actividad sexual
15	Soporte social
<u>Dominio V</u>	<u>Medio ambiente</u>
16	Seguridad física
17	Medio ambiente hogareño
18	Recursos financieros
19	Cuidado social y de salud: accesibilidad y calidad
20	Oportunidades para obtener información
21	Participación en/y oportunidades para la recreación y el ocio
22	Medio ambiente físico: polución, ruido, clima
23	Transporte
<u>Dominio VI</u>	<u>Espiritualidad / creencias personales</u>
Calidad de vida global y percepción general de la salud	

Ítems nacionales

Para llegar a una estructura final del WHOQOL-100, los participantes tuvieron la libertad de incluir dos preguntas nacionales / regionales por faceta en un cuestionario separado, si se consideraba que las preguntas que formaban el núcleo eran inadecuadas o insuficientes para lograr la cobertura del a faceta, en relación a su cultura.

Acceso al WHOQOL-100

El WHOQOL-100 contiene 100 preguntas. Estas se distribuyen en 4 preguntas por faceta, para las 24 facetas de calidad de vida. Además se agregan 4 preguntas dirigidas a Calidad de Vida Global y Salud General.

Hasta la fecha se han desarrollado alrededor de 30 traducciones del WHOQOL-100, garuadas.

Preparación del WHOQOL-100

Las preguntas deben aparecer en el orden marcado, con instrucciones y encabezados sin cambios sustantivos en ninguna forma. Las preguntas están agrupadas por formato de respuestas. Sin embargo, dado que algunas facetas deben estar precedidas por alguna breve descripción algunas preguntas están agrupadas sobre una base faceta por faceta. Los ítems nacionales deben siempre ser agregados al final de cuestionario y no estar entremezclados con el núcleo de 100 ítems.

Administración del WHOQOL-100

Debe ser auto administrado, en cualquier caso que los entrevistados tengan suficiente capacidad para leer; de otra manera se deben usar las formas entrevistador-asistidas o administrador-administradas.

Tiempo necesario para completar el WHOQOL-100

El tiempo requerido para administrar el WHOQOL-100 depende de varios factores:

- a) si es auto administrado o administrado por medio de un entrevistador
- b) de la motivación del respondente
- c) de la versión lingüística utilizada
- d) de la familiaridad del subgrupo cultural con los cuestionarios

Se espera que los entrevistados completen la versión auto administrada en 30 minutos. Cuando se trabaja con entrevistados semi-instruidos o con individuos sin ningún nivel de instrucción, se deberá utilizar la forma administrada por entrevista del WHOQOL-100 y se espera que esto requiera aproximadamente entre 40 y 90 minutos.

Marco y tiempo de referencia

El marco de referencia para el instrumento refleja la definición de calidad de vida adoptada. La calidad de vida de los entrevistados será evaluada en el contexto de la cultura y sistema de valores en los cuales ellos viven y específicamente en relación a sus objetivos, expectativas, estándares e intereses.

Para el trabajo piloto de este instrumento se utilizaron dos semanas. Se reconoce, sin embargo, que pueden ser necesarios diferentes marcos de tiempo para usos particulares del instrumento en subsecuentes etapas del trabajo que se haga con los individuos.

Por otro lado, la percepción del tiempo es diferente en los distintos grupos subculturales y en la interpretación de los datos esto es algo que debe ser explícitamente reconocido.

Modelo estructural representando la construcción hipotética de calidad de vida



Discusión

Las habilidades de comunicación citadas en esta investigación que pertenecen al entrenamiento realizado por Monti, y que están adaptadas a la población tratada por el CRA, son designadas para individuos fueron diagnosticados como dependientes al alcohol. Así mismo, los clientes diagnosticados como abusadores del alcohol o individuos con problemas menos severos de consumo, como los bebedores problema, también pueden beneficiarse de las habilidades presentadas en este trabajo.

Así, se ha encontrado que este modelo de habilidades de comunicación, es muy apropiado para consumidores de alcohol que también abusan de otras sustancias, como cocaína, marihuana, etc. De hecho, un modelo muy parecido en el que también utilizan habilidades sociales y de comunicación es utilizado en el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (Oropeza , 2003) trayendo resultado favorables para los usuarios.

Así mismo, se ha propuesto la inclusión de este modelo para un Programa que maneja violencia familiar. (Cárdenas, 2004)

Los déficits de las habilidades sociales pueden restringir en los usuarios alternativas de acciones ante situaciones sociales, minimizan el control individual sobre las situaciones y decrementan el acceso individual a los recursos deseados. (Bandura, 1979, citado en Monti y cols., 1990),

En suma, cada uno de los déficits puede impedir al individuo para obtener apoyo social y emocional de otras personas, las cuales son necesarias para mantener la abstinencia. Por lo tanto estos déficits incrementan los factores de riesgo.

Lo que buscamos en este entrenamiento, es dotar a los usuarios de dichas habilidades y así al disminuir los déficits con los que cuenta, aumentaría su capacidad de enfrentamiento ante situaciones de riesgo y afianzar sus redes de apoyo social, entre otras cosas.

Se cuenta con estudios en los que se señala que a los consumidores si les beneficia este tipo de tratamientos.

Lentz reportó que los bebedores dependientes, tienen pocas actividades extracurriculares, es decir, realizan pocas actividades que no tengan establecidas como rutina o que o sean de tipo laboral, y más desequilibrio interpersonal. Similar a esto Kalin encontró que en sujetos de edad universitaria que eran bebedores problema había más asertividad antisocial y se veían menos envueltos en relaciones duraderas. Otros datos citados por O'Leary dicen que los consumidores crónicos de alcohol, eran la mayoría solteros, separados o divorciados. O'Leary, concluye que los bebedores problema tienen muchas dificultades para establecer y mantener relaciones sociales. (Monti, 1990)

Con esta evidencia, se incrementa el apoyo a la teoría de que los déficits de socialización pueden predisponer al individuo par abusar del alcohol y de otras sustancias.

Monti afirma que el entrenamiento en habilidades sociales puede ser usado como el apoyo social para mantener la sobriedad y para sustituir por alternativas más saludables para manejar el stress laboral, familiar y social.

Las habilidades de comunicación son importantes para la rehabilitación de usuarios crónicos de alcohol principalmente por: (Monti et al., 1990)

1. Pueden reforzar sus habilidades de afrontamiento (Coping) enfrentándose a situaciones de alto riesgo que comúnmente precipitan una recaída, incluyendo también dificultades interpersonales que crean un discomfort, tales como ira o depresión.
2. Les proporcionan medios para obtener apoyo social, el cual es indispensable para mantener la sobriedad.
3. Les lleva a darse cuenta que hay actividades que les resultan reforzantes, que pueden disfrutar y que no involucran el consumo
4. Aumenta en los usuarios el nivel de autoeficacia, ya que utilizando las habilidades adquiridas se sienten mas capaces de enfrentar situaciones de conflicto sin la necesidad de consumir
5. Los ayuda a establecer nuevas redes sociales, evitando así las relaciones que mantenía con el consumo.

Algo que es importante recalcar, es que antes de proveer al usuario del Entrenamiento en Habilidades de Comunicación se tiene que hacer un diagnóstico apropiado del estado de sus habilidades de comunicación, esto se hace con el fin de:

- a. Identificar si el Entrenamiento es válido y relevante para el usuario
- b. Saber que habilidades concretas necesita cada persona

Ya realizada esta evaluación, es importante también determinar las habilidades de comunicación con las que contaba el usuario antes de comenzar con el consumo excesivo y emplear, en su caso, los recursos previos.

No solo se deben tomar en cuenta las características de los sujetos que entran al tratamiento. También son importantes algunas características que debe tener el terapeuta. Una de las más importantes es que el terapeuta debe de tener un fundamento teórico de las Habilidades Sociales y competencia clínica certificada así como contar con capacitación y supervisión dentro del modelo.

Es cierto que el terapeuta debe desarrollar su propio estilo para dar el Entrenamiento, pero también deben adoptar ciertos patrones para asegurar la integridad de este componente así como de la efectividad del tratamiento. Algunos de estos patrones, son propuestos por Budney, Stephen, Higgins, Mercer, Carpenter, en el Community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction, el cual cuenta también con el componente de Habilidades Sociales. (NIDA, 2004)

Se debe mencionar que estas características no solo ayudan en el Componente de Habilidades Sociales sino en todo el Programa de Reforzamiento Comunitario.

Flexibilidad

La flexibilidad es importante para la retención del usuario dentro del tratamiento, particularmente en las fases iniciales de tratamiento. Debido a que este entrenamiento cuenta con varias sesiones y el tiempo de las sesiones puede excederse del tiempo normal, el terapeuta debe intentar trabajar dentro del horario del paciente. La actitud del terapeuta debe reflejar un esfuerzo para satisfacer las necesidades de cada paciente.

La flexibilidad también es importante en la meta de tratamiento. Por ejemplo, si el terapeuta piensa que la abstinencia al alcohol debe ser una meta pero el paciente no quiere aceptar esa meta, debe hacerse un compromiso. La meta del

terapeuta se vuelve ayudar a los pacientes a llegar a las metas que ellos mismos se establecen.

Empatía

Terapeutas deben mostrar empatía y buenas habilidades de escucha. Ellos deben tener comprensión de la situación del paciente y sus dificultades inherentes. En la fase inicial de tratamiento, pueden usarse habilidades de escucha activa para ayudar a que se desarrolle entre ellos una relación eficaz y para facilitar el establecimiento de metas. Como una regla general, la confrontación se descarta como un medio para sentirse satisfechos con las actividades terapéuticas y las metas. Los terapeutas deben usar sus habilidades profesionales y los procedimientos conductuales apropiados (Ej. dar sugerencias, formar aproximaciones sucesivas, reforzamiento social).

A lo largo del tratamiento, debe mostrarse empatía siempre que los pacientes se muestren ambivalentes o presenten dificultad para hacer cambios en cualquier área. El ayudarles a ser reflexivos se usa para auxiliar a los pacientes a tomar decisiones sobre las metas específicas o sobre los cambios de estilo de vida. Los terapeutas deben evitar hacer juicios, en cambio, deben mostrar empatía genuina y consideración en cuanto a las decisiones difíciles.

Involucrarse activamente

El CRA y su componente de Habilidades Sociales exigen a los terapeutas y a los pacientes que adopten un papel activo a lo largo del tratamiento. La Solución de Problemas activamente por medio de las habilidades sociales se vuelve una parte rutinaria de la relación terapéutica. Los terapeutas deben hacer cualquier cosa para ayudar a los pacientes a hacer cambios en su estilo de vida.

Los terapeutas intentan planear y de otras maneras facilitar esta misma actitud en los pacientes. Deben animar a los pacientes a que sean "hacedores" en lugar de

"habladores", y los terapeutas deben modelar la conducta de acción siempre que sea apropiado.

Los terapeutas siempre deben usar el juicio y la seguridad al planear intervenciones. Algunos pacientes o sus ambientes pueden presentar alguna causa para preocupación. En esos casos, otros miembros del personal deben auxiliar y supervisar al terapeuta.

Llevar la dirección

El CRA y el Entrenamiento en Habilidades Sociales anima a que los pacientes fijen metas de cambio en su estilo de vida. Los terapeutas guían a los pacientes a fijar metas apropiadas y eficaces proporcionando información y sugerencias acerca de estas. También se espera que los terapeutas tengan ideas sobre los cambios de conducta específicos necesarios para lograr la abstinencia. Sin embargo, los terapeutas deben tener cuidado en no tener un estilo autoritario que haga sentir a los pacientes que están diciéndoles lo que tienen que hacer. La tarea es tener a los pacientes activos participando en el desarrollo de su plan del tratamiento para que ellos sienten que el plan es suyo.

Los terapeutas deben asumir el papel de maestro y ser el vehículo al ayudar a los pacientes a desarrollar nuevas habilidades y modelos de conducta. Ellos pueden proporcionar conocimiento especialista para ayudar a resolver los problemas para los cuales los pacientes piden ayuda y entonces adiestran, entrenan, y animan a los pacientes cuando ellos intentan poner estas habilidades en acción.

Reforzamiento social

Los terapeutas frecuentemente deben mantener reforzamiento social en todos los esfuerzos y cambios exhibidos por los pacientes. Ellos deben aprovechar todas las oportunidades de ayudar a los pacientes a sentir que están progresando. Esto es

importante porque, para muchos pacientes, el cambio es lento y difícil. El reforzamiento social proporcionado por los terapeutas puede ser la única fuente de premio y estímulo disponible para los pacientes durante el programa.

Técnicas de consejo

Los terapeutas deben tener una comprensión de los principios conductuales así como de las Habilidades Sociales. Un conocimiento de los principios conductuales y su aplicación les permitirá a los terapeutas mantener el razonamiento de cada componente del tratamiento, apropiadas, y sirven como profesionales creíbles y competentes que pueden ayudar a las personas a resolver problemas difíciles.

Técnicas conductuales

Las técnicas más eficaces que el terapeuta debe llevar a cabo durante el Entrenamiento son:

- Plantear Metas eficaces.
- Modelamiento utilizando ensayos conductuales (role-play)
- Formar aproximaciones sucesivas.
- Supervisarse y evaluarse a si mismo.
- Supervisión del terapeuta.
- Entrenar al paciente en distintas Habilidades (ej., habilidades sociales, Solución de Problemas, análisis de las tareas, técnicas de relajación)
- Recursos adicionales

Ayudados con estas pautas o patrones que un terapeuta debe seguir, se puede asegurar más la eficacia del programa (CRA) y del Entrenamiento en Habilidades Sociales.

Conclusiones

En este trabajo se desarrolló un Entrenamiento en Habilidades de Comunicación que intenta ser validado empíricamente en usuarios crónicos de alcohol y drogas. La realización y validación de este Entrenamiento es importante ya que además de complementar el Programa de Reforzamiento Comunitario, dota a los usuarios de habilidades que en un momento dado interrumpen la cadena o el patrón de consumo; con el uso estas habilidades los usuarios logran enfrentar situaciones de riesgo como problemas familiares, laborales etc. además de tener la capacidad de rehusarse al consumo de una forma satisfactoria.

Otra pieza importante en este entrenamiento es que ayuda a los usuarios a reactivar las habilidades sociales con las que ya contaban, que han descuidado por el consumo, y así pueden fortalecer sus redes de apoyo que resultan indispensables para llegar y mantener la sobriedad.

Limitaciones

Las dificultades que se presentaron para la realización de este proyecto fueron principalmente la baja afluencia de usuarios para lograr un piloteo del Entrenamiento en Habilidades de Comunicación que nos arrojará resultados confiables.

Otra de las limitaciones más importantes fue la reiterada deserción de usuarios en las primeras etapas del tratamiento, por lo que era difícil que llegaran a la etapa del programa en donde está el componente de Habilidades Sociales, donde se encuentra el Entrenamiento en Habilidades de Comunicación.

Una limitación más con la que nos encontramos, fue la falta de un instrumento estandarizado que midiera Calidad de Vida en sujetos con la problemática de conductas adictivas. El instrumento propuesto en este trabajo se encuentra ahora

en ese proceso, ya que se está trabajando la estandarización del WHOQOL-100 con usuarios dependientes al alcohol u otras drogas.

Sugerencias

Como sugerencia para mejorar la eficacia del programa, podría decir que se necesita aumentar la difusión de este tipo de tratamientos para las adicciones, para así disminuir el problema de la falta de usuarios y abrir camino para la consolidación de estas intervenciones.

Dentro del programa sugiero que se haga más énfasis en la deserción de los usuarios, investigar causas y etapas del programa en la que se deserta más para crear estrategias que disminuyan este fenómeno, así como hacer más énfasis en la alianza terapéutica y en la motivación al tratamiento que se les da a los usuarios.

También se debería de trabajar más en estandarizar y normalizar instrumentos para el tipo de población que manejamos, ya que actualmente se cuenta con pocos instrumentos válidos que sean específicos para trabajar con las personas dependientes a alcohol y otras drogas.

Bibliografía

Abrams, D., Niaura, R., (1987), SOCIAL LEARNING THEORY OF ALCOHOL USE AND ABUSE. Ed. Guilford Press., New York

Alonso Fernández, F., "Etiología y diagnóstico del alcoholismo", MADRID: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PRENSA TÉCNICA. España, Vol. 10, 1990

Alonso Fernández, F., "Aspectos del consumo de alcohol en jóvenes de ambos sexos", MADRID: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PRENSA TÉCNICA. España, Vol. 12 (2), 1992

Alvaradejo, G., Delgado, F., ESTUDIO PRELIMINAR A LA CONSTRUCCIÓN DE UNA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA PARA PACIENTES QUE SOBREVIVEN A PADECIMIENTO ONCOLÓGICO. UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Licenciatura)

Baltazar Negrete, A., (1999) EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA. UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Licenciatura)

Bandura, A., "On paradigms and recycle ideologies", COGNITIVE THERAPY AND RESEARCH. Vol. 1, 1978, pp. 79-103

Begleiter, H., (1995) THE GENETICS OF ALCOHOLISM. New York: Oxford University

Betancourt, R. R., (1996) ESTUDIO EXPLORATORIO DE LAS HABILIDADES SOCIALES ENLOSPADRES DE NIÑOS INTERNADOS EN UNA INSTITUCIÓN ACADÉMICA. UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Licenciatura)

Blanco, A., "Evaluación de las habilidades sociales". En Fernández R. (1983), EVALUACIÓN CONDUCTUAL, METODOLOGÍA Y APLICACIONES., Ed. Pirámide., Madrid

Bonicatto, S., (1998) WHOQOL: LOS INSTRUMENTOS DE CALIDAD DE VIDA DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, MANUAL DEL USUARIO., Ediciones Cata., Argentina.

Budney, A., Higgins, S., A COMMUNITY REINFORCEMENT APPROACH: TREATING COCAINE ADDICTION, University of Vermont, NIDA, 2004

Caballo, V., (1993) MANUAL DE EVALUACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES., Siglo XXI de España editores, S. A., España

Carrera, S. S., (1998), PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES PARA FACILITAR LA INTEGRACIÓN LABORAL DE JÓVENES CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL., UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Licenciatura)

Conde López, V., Macías Fernández, J. A., "Esquema terapéutico del alcoholismo", MADRID: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PRENSA TÉCNICA., España, Vol. 11 (4), 1991

Díaz Guerrero, R. (1986) EL ECOSISTEMA SOCIOCULTURAL Y LA CALIDAD DE VIDA., Ed. Trillas., México

Donoso, S. R., "Violencia urbana y vida cotidiana", En SEMINARIO PERMANENTE DE ANTROPOLOGÍA URBANA. CALIDAD DE VIDA., Un Modelo multidisciplinario en el

fenómeno urbano. (1997) Compiladora: García Rojas Irma., Instituto de Investigaciones Antropológicas, UNAM

Escalante I. E., (1999) ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LA CALIDAD DE VIDA E INDICACIONES INMUNOLÓGICAS EN PACIENTES CON VIH-SIDA, UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Licenciatura)

Flankel, D., "Patrones de Consumo de alcohol en familias"., ACTA PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA DE AMERICA LATINA., Argentina, Vol. 37 (3) 1991, pp. 225-231

Fort, J., (1984) ALCOHOL: NUESTRO MÁXIMO PROBLEMA DE DROGAS., México: Extemporáneos

Galáz, Z. E. (2000), SIGNIFICADO PSICOSOCIAL DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN PACIENTES NEFRÓPATAS, BIENESTAR SUBJETIVO Y ENVIDIA., UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Licenciatura)

García, C. T., (1999) BIENESTAR SUBJETIVO Y LOCUS DE CONTROL EN JÓVENES MEXICANOS., UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Licenciatura)

García, V., Moya, S., (1993) HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA II, TEORÍAS Y SISTEMAS PSICOLÓGICOS CONTEMPORÁNEOS., Siglo XXI de España Editores., España

García, Oliveira, (1994) VIOLENCIA MARITAL Y RELACIÓN CON EL CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL EN MÉXICO

Gil, F., (1998) HABILIDADES SOCIALES: TEORÍA E INVESTIGACIÓN., Ed. Síntesis., Madrid.

- Griffith E., (1986) TRATAMIENTO DE ALCOHOLICOS., Ed. Trillas., México
- Guerra, A. (1987) EL ALCOHOLISMO EN MÉXICO., Fondo de Cultura., México
- Heinemann, E. (1987) ALCOHOLISM. St. Louis Mo.: Mosby
- Kelly, J. (1987), ENTRENAMIENTO DE LAS HABILIDADES SOCIALES., Descleé de Broywer, S.A., Bilbao
- Keneth, E. L., (1999) PSYCHOLOGICAL THEORIES OF DRINKING AND ALCOHOLISM. Guilford Press. New York
- Kessel, N. (1991) ALCOHOLISMO: COMO PREVENIRLO PARA EVITAR CONSECUENCIAS. Ed. Paidos., México.
- Leonard, (1992) VIOLENCIA Y ALCOHOL
- Levy, L., Anderson, L. (1975) PSYCHOSOCIAL STRESS: POPULATION ENVIRONMENT AND QUALITY OF LIFE. S. P. Books Division of Spectrum Publications, Inc., New York
- Lindley, C. "Quality of life measurements in oncology", PHARMACOTHERAPY. Vol. 12 (4), 1992, pp. 346-352
- Maden, J.S. (1986) ALCOHOLISMO Y FARMACODEPENDENCIA. México: Manual Moderno
- Marlatt, A., (1985) RELAPSE PREVENTION MAINTENANCE STRATEGIES IN THE TREATMENT OF ADIICTIVE BEHAVIORS. Ed. Guilford Press., New York

Mc Fall, M., "Non verbal components in the communication of assertiveness", BEHAVIOR MODIFICATION., Vol. 6, 1982

Medina-Mora, M. E., Natera, G., (2001), ALCOHOLISMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO

Meyers, R., Smith, J., (1995) GUIDE TO ALCOHOL TREATMENT: COMMUNITY REANFOREST APROACH., (Trad. Carrascosa, C., Morales, S., Ayala, H.) New York: Guilford Press

Michelson, L., (1987) LAS HABILIDADES SOCIALES EN LA INFANCIA: EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO., Ediciones Martínez Roca., Barcelona

Monsalvo, Q. J., (1998) HABILIDAD DE LA VIVIENDA Y CALIDAD DE VIDA., UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Licenciatura)

Monti, P., Abrams, D., (1990) TREATING ALCOHOL DEPENDENCE, A COPING SKILLS TRAINING GUIDE., Ed. Guilford Press., New York

Natera, G., Tiburcio, M., (2001), EXPERIENCIA DE LAS MUJERES FRENTE AL USO DEL ALCOHOL

Natera, G., Tiburcio, M., (2001), INFLUENCIA DE LA HISTORIA FAMILIAR DE CONSUMO DE ALCOHOL

Padilla, G. V., Grant, M. M., "Quality of life as a cancer nursing outcome variable"., ADVANCES IN NURCING SCIENCE., VOL. 10, 1985, PP. 45-60

Palomar, L. J. (1995) DISEÑO DE UN INSTRUMENTO DE MEDICIÓN SOBRE CALIDAD DE VIDA. UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Maestría en Psicología Clínica)

Palomar, L. J., (1998) FUNCIONAMIENTO FAMILIAR Y CALIDAD DE VIDA. UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Doctorado en Psicología)

Prior, J.C., De la Poza, J., "Aportaciones teóricas al estudio de la calidad de vida". En Quintanilla, P. I. (1990), PSICOLOGÍA SOCIAL Y SOCIEDAD DEL BIENESTAR.

Quintero G., Gonzalez, U., "Calidad de Vida, contexto socioeconómico y salud en personas de edad avanzada". En Buendía J. (1997) GERONTOLOGÍA Y SALUD, PERSPECTIVAS ACTUALES. Edit. Biblioteca Nueva. Madrid, España.

San Martín H., Pastor, V. (1990), EPIDEMIOLOGÍA DE LA VEJEZ, ¿QUÉ EDAD TENDRÁ USTED CUANDO CUMPLA 70 AÑOS., Mc Graw Hill Interamericana., España

Secchi, J.C., (1996) "Reflexiones sobre calidad de vida." ACTUALIZACIONES EN SIDA. Vol. 4, No.12

Shüler, A., "Alteraciones somáticas del alcoholismo", MADRID: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PRENSA TÉCNICA. España, Vol. 11 (4), 1991

Sousa y Machorro, M., (1988) ALCOHOLISMO: CONCEPTOS BÁSICOS. México: Manual Moderno

Vázquez Reyes, A. (2002) EFFECTO DEL PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS. UNAM. Facultad de Psicología, México (Tesis de Licenciatura)

Visotski, H. M., "Sicopatología y trastornos sociales en el alcoholismo", MADRID: ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PRENSA TÉCNICA., España, Vol. 11 (4), 1991

White, R., (1979) COMPETENCE AND THE PSYCHOSEXUAL STAGES OF DEVELOPMENT., University of Nebraska., Lincoln, N

ANEXO

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de psicología

Programa de Reforzamiento comunitario



**HABILIDADES
DE
COMUNICACIÓN**



Situación: hay un conflicto familiar porque el esposo llegó tarde por los niños y ya no va a dar tiempo de comer bien.

1. Expresar empatía (yo entiendo que te moleste que llegué tarde por los niños)

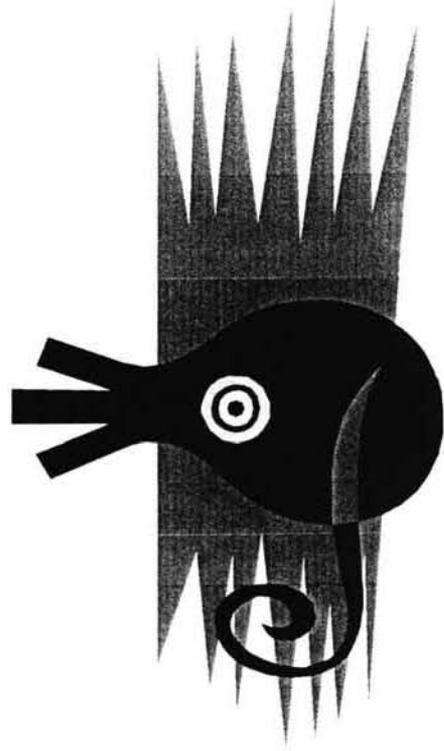
2. Compartir

responsabilidad (acepto que salí mas tarde de lo que habíamos quedado)

3. Ofrecer ayuda (pero ahora para que nos dé tiempo de comer yo te ayudo a poner la mesa)



INICIAR CONVERSACIONES





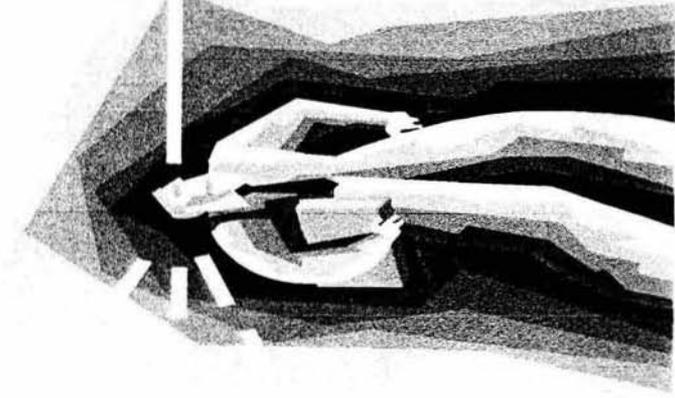
- Inicia con temas sencillos
ejemplo: "hoy el día ha estado muy soleado no crees?"
- Habla acerca de ti mismo
ejemplo: "a me gusta hacer... soy algo..."
- Escucha y observa





- Usa preguntas abiertas ejemplo:
“tu a que te dedicas...? que hiciste ayer...?”
- Verifica tu atención
- Termina SIEMPRE
amistosamente ejemplo: “me dio
mucho gusto platicar contigo”





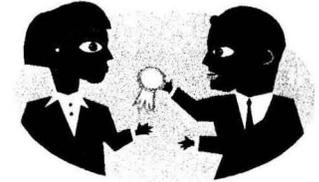
ESCUCHAR A OTRAS PERSONAS



Utiliza lenguaje corporal que indique que estas escuchando al otro (contacto visual, movimientos de cabeza)

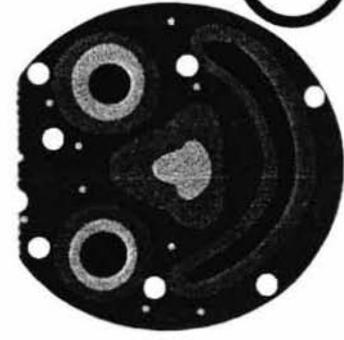
- **Pon atención al tono de voz, expresión facial, y lenguaje corporal del otro para que te permitan ponerte en sintonía con sus sentimientos**





- Habla cuando el otro haya concluido
- Muestra atención e interés: haciendo preguntas o comentarios
- Comparte experiencias y sentimientos similares que hayas tenido ejemplo: "a mi me pasó algo similar el otro día...."
- Ofrece ayuda ejemplo: "yo te puedo ayudar, vamos a trabajar juntos en eso"



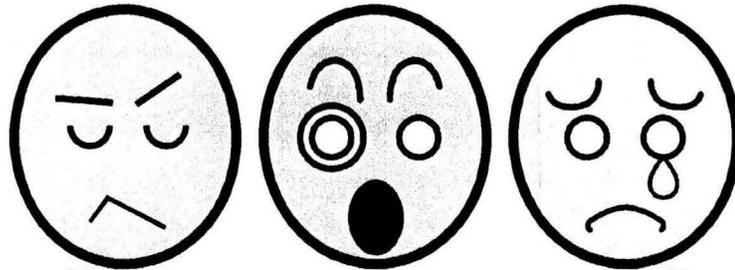


COMPARTIR

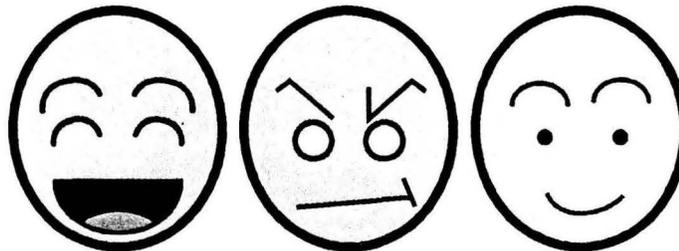
SENTIMIENTOS

CON OTRAS

PERSONAS

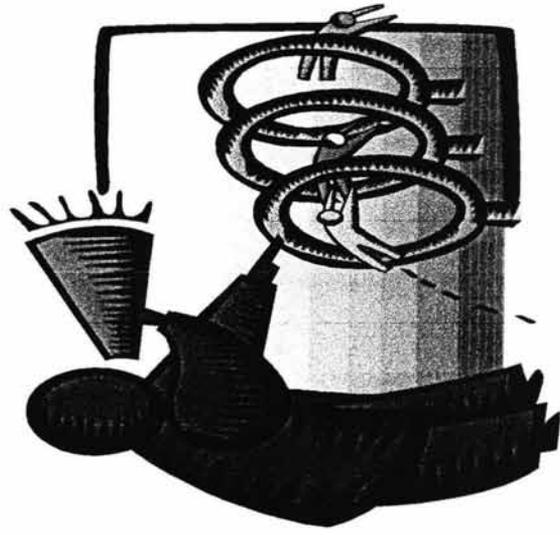


- **Es positivo que expreses sentimientos positivos (alegría, felicidad) y negativos, (depresión, soledad, tristeza, desesperación, enojo) exprésalos con gente con quien te sientas o desees sentirte mas cercano**





- Haz preguntas que te permitan aclarar y tener mas información ejemplo: "¿en que momentos hago más...? ¿ como me comporto cuando...? ¿crees que me está afectando en...?"
- **Propón un compromiso** ejemplo: me voy a comprometer a cambiar a avisarte con anticipación si voy a llegar tarde..."



SOLICITAR AYUDA

- identificar cuál es mi necesidad ejemplo: “necesito compañía... necesito que me ayuden a estudiar...”
- buscar a la persona indicada para ayudarme
- hacer la petición en términos positivos



“DAR Y RECIBIR



CUMPLIDOS

”

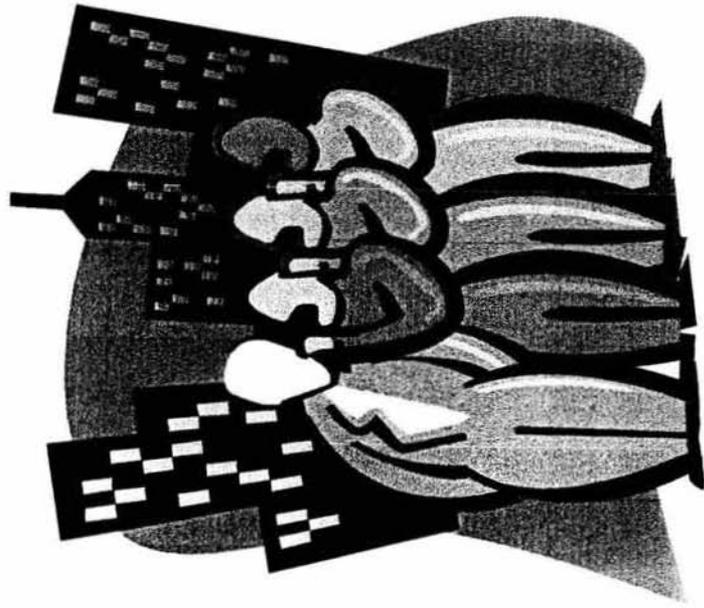
- Exprésalo en términos de lo que tu sientes, no en términos absolutos ejemplo: “me gusta mucho... admiro de ti... reconozco que tu... ”
- Estructura el cumplido en términos de algo específico que la persona hizo ejemplo: “llegaste a tiempo... tu trabajo es muy bueno... eres muy honesto..”

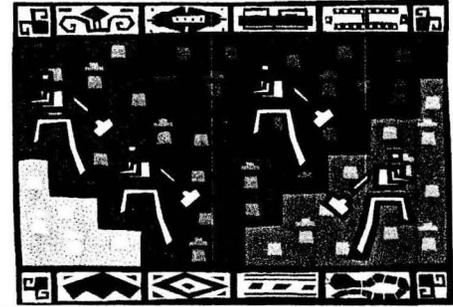


- Acepta los cumplidos que otros te hagan sin negarlos o minimizarlos ejemplo: “gracias, hago lo mejor que puedo... me hace sentir bien lo que me dices”



HACER CRÍTICAS





- Tranquilizarte
- Inicia en términos positivos
- Da la crítica como una opinión personal ejemplo: “ no me gustó... a mi no me parece... me siento mal cuando... ”
- Critica la conducta no a la persona ejemplo: “ el tono de voz con el que me hablaste ayer ...”

- Solicita el cambio de comportamiento específico ejemplo: “me gustaría que utilizaras un tono de voz mas bajo cuando platicamos”
- Negocia un compromiso ejemplo: “yo también me puedo comprometer a cuidar mi tono de voz cuando hablamos”
- termina en términos positivos ejemplo: “gracias por escuchar mi punto de vista”
- Usa tono de voz claro y firme no enojado



RECIBIR
CRÍTICAS





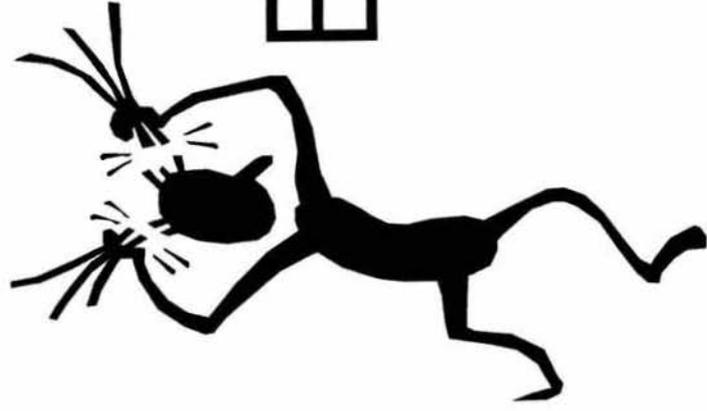
- Primero escucha lo que tienen que decirte tal vez te puede ayudar. No te pongas defensivo, no debatas, no contraataques,
- Identifica algo en lo que puedas estar de acuerdo con la crítica, tal vez te dicen algo que en algún momento tu pensaste cambiar.

- aclarar por que es importante para mi lo que estoy solicitando
- hacer un compromiso





- Identifica que te hace enojar, que te molesta
- Acepta tu malestar
- Identifica como te molesta
(física, emocionalmente, en tus relaciones)



ENFRENTAR EL
ENOJO



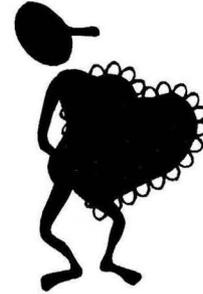
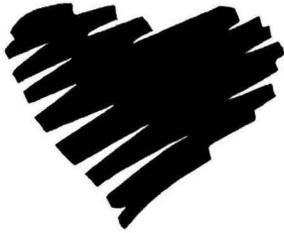
Respira profundamente

- Analiza que puede hacerle frente a la situación
- Piensa en cosas que puedan disminuir tu enojo

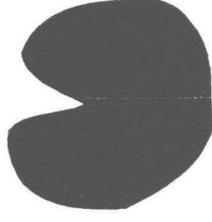
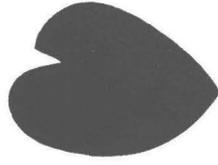
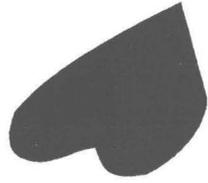




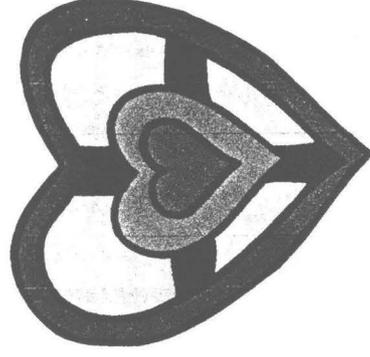
ESTABLECER
RELACIONES
HETEROSOCIALES



- Dirígete al otro por su nombre
- Respeta la intimidad de la otra persona
- Muestra confianza mutua
- Se puntual
- Mira a la otra persona a los ojos durante la conversación

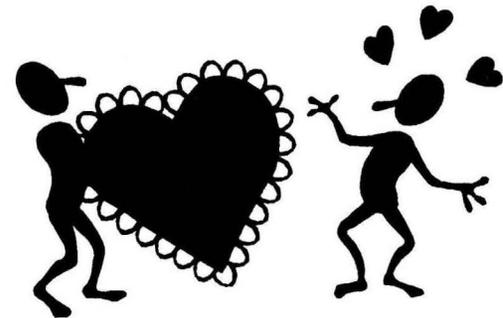


- No critiques al otro en público
- Guarda las confidencias
- Muestra interés en las actividades diarias de la otra persona
- Ten fe en la otra persona
- Comparte las noticias de éxitos





- Manda postales o e-mails y haz regalos de cumpleaños
- Se tolerante con los amigos y/o amigas del otro
- Devuelve deudas, favores y cumplidos
- Toca intencionalmente a la otra persona
- Sorprende al otro con regalos



Nombre _____

habilidad _____

Hora y día	situación	Conducta social	Respuesta del otro	Mi evaluación

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO COMUNITARIO
LISTA CHECABLE
COMPONENTE: HABILIDADES DE COMUNICACIÓN

Fecha: _____ No. Expediente: _____

Usuario: _____

Terapeuta: _____

FASE: Entrenamiento Conductual: Habilidades de comunicación

Objetivos: Enseñar al usuario las conductas necesarias para poder llevar a cabo conductas con las que pueda reintegrarse a la sociedad y tener mejores y más efectivas habilidades de comunicación

Comunicación no verbal	Lo domina	En proceso	No lo realizo
Mantiene una postura adecuada			
Mantiene contacto visual con el otro			
Su expresión facial va de acuerdo a lo que quiere expresar o decir			
Utiliza tono de voz adecuado			
Comunicación verbal			
Maneja adecuadamente las tres conductas básicas de la comunicación: expresa empatía, comparte responsabilidad y ofrece ayuda.			
Iniciar conversaciones			
Inicia con temas sencillos			
Habla acerca de sí mismo			
Escucha y observa			
Usa preguntas abiertas			
Pone atención a los otros			
Termina la conversación amistosamente			
Escuchar a otras personas			
Utiliza lenguaje corporal que indica que está escuchando (contacto visual, movimientos de cabeza)			
Utiliza tono de voz, expresión facial y lenguaje corporal adecuados a lo que el otro le comenta			
Habla cuando el otro ha concluido			
Muestra atención e interés haciendo preguntas y comentarios			
Comparte experiencias y sentimientos similares			
Ofrece ayuda			
Compartir sentimientos con otros			
Expresa sentimientos tanto positivos como negativos con las personas con quien ya está o busca sentirse más cercano, esto lo hace sin afectar al otro			

Dar y recibir cumplidos			
Expresa el cumplido en términos de lo que siente y no en términos absolutos			
Estructura el cumplido en términos de algo específico que la persona hizo			
Acepta los cumplidos que otros le hacen sin negarlos o minimizarlos			
Hacer críticas			
Permanece tranquilo			
Inicia la crítica en términos positivos			
Da la crítica como una opinión personal			
Crítica a la conducta no a la persona			
Solicita el cambio de comportamiento específico			
Negocia un compromiso			
Termina la crítica en términos positivos			
Usa tono de voz claro y firme no enojado			
Recibir críticas			
Primero escucha lo que tiene que decirle			
No se pone defensivo			
No contraataca			
No discute			
Identifica algo en lo que pueda estar de acuerdo con la crítica			
Hace preguntas que le permitan tener más información			
Propone un compromiso para el cambio			
Solicitar ayuda			
Identifica cual es su necesidad			
Busca a la persona indicada para ayudarte			
Hace la petición en términos positivos			
Aclara porque es importante para él hacer la petición			
Hace un compromiso			
Enfrentar el enojo			
Identifica lo que le hace enojar			
Acepta su malestar			
Identifica como le molesta (física, emocionalmente o en sus relaciones)			
Analiza como puede hacerle frente a la situación			
Piensa en cosas que puedan hacerle disminuir su enojo			
Establecer relaciones heterosociales			
Se dirige al otro por su nombre			
Respeto la intimidad de la otra persona			
Muestra confianza mutua			
Es puntual			
Mira a los ojos al otro durante la conversación			
No critica al otro en publico			
Guarda las confidencias			
Muestra interés en las actividades del otro			
Tiene fe en la otra persona			
Comparte noticias de éxitos			
Manda postales, e- mails, regalos en ocasiones especiales			
Es tolerante con los amigos y/o amigas del otro			
Devuelve deudas, favores y cumplidos			

Toca intencionalmente a la otra persona			
Sorprende al otro con regalos			