



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**ESTUDIO DE CASO SOBRE LA ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO EN UNA USUARIA CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
DEBIDO AL USO DEL ALCOHOL EN EL CENTRO DE
SALUD MENTAL COMUNITARIO DE SAN ROMÁN 2023**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ADICCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO**

CELIA CUTIPA CHAPUÑAN

LIMA – PERÚ

2024

MIEMBROS DEL JURADO

Dr. Giancarlo Ojeda Mercado

Presidente

Mg. Esther Yaya Castañeda

Vocal

Lic. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri

Secretaria

ASESOR DE TRABAJO ACADÉMICO

Lic. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri

DEDICATORIA

Este logro lo dedico a mi madre Lucy que es mi guía incansable, a Elvis mi esposo por su apoyo incondicional, a mi familia por su motivación constante para seguir creciendo como profesional y a mi hija Sophie Anthonella, mi bendición eterna.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias al CREADOR por la vida y las oportunidades de superación.

Agradecer al MINSA, institución que me dio la oportunidad de realizar este posgrado con el objetivo de mejorar mis capacidades al servicio de los usuarios que acuden a nuestra institución.

Agradecer a la Universidad Cayetano Heredia por esta valiosa oportunidad de especializarme en el campo de las adicciones con perspectiva de género.

Agradecer a mi asesora la Lic. Jennifer Denisse Carrasco Tacuri por sus constantes aportes para culminar el proceso del presente trabajo académico.

“ESTUDIO DE CASO SOBRE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN UNA USUARIA CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DEL ALCOHOL EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL COMUNITARIO DE

INFORME DE ORIGINALIDAD

20%

INDICE DE SIMILITUD

18%

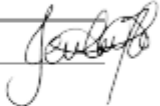
FUENTES DE INTERNET

11%

PUBLICACIONES

8%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE


Lic. Jennifer Carrasco
Asesora

FUENTES PRIMARIAS

1

es.scribd.com

Fuente de Internet

2%

2

www.aeesme.org

Fuente de Internet

2%

3

www.scribd.com

Fuente de Internet

1%

4

hdl.handle.net

Fuente de Internet

1%

5

www.dspace.uce.edu.ec

Fuente de Internet

1%

6

Submitted to Universidad de Cádiz

Trabajo del estudiante

1%

7

Submitted to Universidad Europea de Madrid

Trabajo del estudiante

<1%

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	1
1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	10
2.1. REVISIÓN TEÓRICA	10
2.1.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	10
2.1.2. CONSUMO DE ALCOHOL	19
2.1.3. CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES	22
2.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN	29
ANTECEDENTES INTERNACIONALES	29
ANTECEDENTES NACIONALES	32
CAPÍTULO III: EVALUACIÓN	34
3.1. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN	34
3.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	35
3.3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN	41
3.4. PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA	44
3.5. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN	44
CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN	47
4.1. PROBLEMA DELIMITADO	47
4.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN	48
OBJETIVOS GENERALES	48
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
4.3. TÉCNICAS PARA LA INTERVENCIÓN	48
4.4. EJECUCIÓN: DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	52
4.5. INDICADORES DE LOGRO	68
4.6. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	68
DISCUSIÓN	70
CONCLUSIONES	77
RECOMENDACIONES	80
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81

RESUMEN

El presente trabajo académico pretende teorizar el problema de consumo de alcohol en mujeres y las dificultades asociadas a la adherencia al tratamiento incluyendo los factores involucrados en esta variable. Según Peralta y Carbajal (2008) la adherencia al tratamiento es la disposición del usuario a cumplir las recomendaciones del programa terapéutico, que consta de la prescripción de medicamentos, pautas para un estilo de vida saludable y la aplicación de instrumentos de evaluación específicos. Y la dependencia alcohólica según el CIE – 10 comprende síntomas fisiológicos, conductuales y cognitivos donde el consumo adquiere prioridad.

En los resultados se logró la adherencia al tratamiento de la usuaria, logrando la abstinencia total, superando su condición de dependencia alcohólica, un mejor y funcional estilo de vida, manejando habilidades sociales sanas y un avance considerable a la rehabilitación total, actualmente su condición es de seguimiento. Se concluyó que para definir la variable adherencia al tratamiento se debe tomar en cuenta diversos factores y ser abordados durante el tratamiento del consumo de alcohol en mujeres. Los programas de tratamiento tienen que ser estructurados tomando en cuenta las necesidades particulares de las usuarias y siendo ellas mismas parte activa de la planificación, ejecución y seguimiento, finalmente la recaída es parte del proceso de tratamiento.

Palabras clave: Adherencia al tratamiento, dependencia alcohólica.

ABSTRACT

This academic work aims to theorize the problem of alcohol consumption in women and the difficulties associated with adherence to treatment, including the factors involved in this variable. According to Peralta and Carbajal (2008), adherence to treatment is the willingness of the user to comply with the recommendations of the therapeutic program, which consists of the prescription of medications, guidelines for a healthy lifestyle, and the application of specific evaluation instruments. And alcohol dependence according to the ICD-10 includes physiological, behavioral and cognitive symptoms where consumption takes priority.

In the results, the adherence to the treatment of the user was achieved, achieving total abstinence, overcoming her condition of alcohol dependence, a better and functional lifestyle, managing healthy social skills and considerable progress towards total rehabilitation, currently her condition is of follow up. It was concluded that in order to define the variable adherence to treatment, various factors must be taken into account and addressed during the treatment of alcohol consumption in women. The treatment programs have to be structured taking into account the particular needs of the users and being themselves an active part of the planning, execution and follow-up, finally the relapse is part of the treatment process.

Keywords: Adherence to treatment, alcohol dependence.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

En general el ingerir de bebidas alcohólicas en la región Puno es conocido y comentado a nivel nacional, según publica INEI (2020) en la región Puno para el año 2020 un 84,9% de personas de 15 años en adelante ingirieron alguna vez cierta bebida alcohólica, siendo en mayor porcentaje en el sector urbano (86,8%) con respecto al área rural que es de (82,5%), en algún momento es visto como un aspecto cultural pero también debe ser entendido como un problema sanitario. Visto esta problemática, la literatura da conocer las consecuencias producto de la ingesta de alcohol en las personas desde edades tempranas, pero no hacen referencia a las diferencias de estos daños en hombres y mujeres, por lo que en la actualidad los programas de tratamiento para personas con problemas de consumo de alcohol se brindan en forma general y en cuanto a la adherencia a estos programas se hacen también una observación general.

Muñoz (2017) nos refiere que la deserción en el tratamiento de los usuarios es un factor problemático en el abordaje de conductas adictivas, por lo cual fracasan de forma constante los programas de recuperación para usuarios con problemas de consumo. Además, Muñoz (2017) manifiesta que el índice de abandonos al tratamiento hace que los usuarios se estanquen en las primeras etapas de tratamiento especializado siendo la mayor parte de los que se benefician los usuarios varones en los centros de internamiento y las comunidades y/o asociaciones terapéuticas, y en el caso de mujeres los esquemas de tratamiento casi no existen.

En este estudio de caso se buscó evidenciar las peculiaridades en el tratamiento de las mujeres con problemas en la ingesta de alcohol, dando cuenta que para la eficacia de los programas psicoterapéuticos deben considerarse los factores que afectan la adherencia terapéutica y recomendar algunas consideraciones para el éxito, buscando así se mejoren las atenciones de las mujeres que presenten esta problemática.

1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la más actualizada información otorgada por INEI (2020) en la región Puno, las mujeres que consumieron alcohol alguna vez en su vida representa a un 82,4%, dato no tan alejado respecto de los varones que consumieron alguna vez alcohol que es de 87,8 %. Los usuarios que acudieron a tratamiento por consumo perjudicial o adicción al alcohol lo hicieron por presión familiar, riesgo de perder el trabajo o la familia y en menor frecuencia derivados por alguna institución que exige que lleven tratamiento dentro de las penalizaciones que reciben por infracciones con la ley como accidentes de tránsito, agresiones o disturbios en la vía pública, entre otros.

Por ello los usuarios que decidieron acudir a un centro especializado solicitando algún tratamiento generalmente se encuentran con baja o nula motivación para tal tratamiento y sobre todo con poca conciencia del problema, muchos de ellos no consideran un problema mayor y piensan que pueden dejar de beber por su cuenta.

En el país se han creado centros especializados en brindar atención oportuna en materia de salud mental. Siguiendo lo indicado por OPS (2017); Es

así que el Centro de Salud Mental Comunitario San Román fue creado el 14 de noviembre del 2018, siendo su distribución orgánica de acuerdo a unidades de atención: unidad de atención de niños y adolescentes, de adulto y adulto mayor, adicciones y participación comunitaria. Dichos centros tienen horarios flexibles para que la población tenga mayor facilidad. Los encargados de la atención son profesionales de la salud consta de un médico psiquiatra, un médico de familia, 07 psicólogos, 02 terapeutas ocupacionales, 06 enfermeras, 01 asistente social, 02 técnicos de enfermería, 01 químico farmacéutico, 01 técnico de farmacia y personal administrativo y de servicios. Actualmente dicho centro de salud mental funciona en la Urb. Taparachi salida a Puno. En la unidad de adicciones se tiene un equipo a cargo de psicólogos y enfermeras apoyado por todo un equipo multidisciplinario y se ha venido trabajando captando usuarios en campañas de atención e instituciones, al inicio solo se contaba con usuarios de sexo masculino en su mayoría consumidores de alcohol, seguido por marihuana y un menor porcentaje por consumo de otras sustancias. Sin embargo desde año 2021 se ha contabilizado el ingreso de mujeres para la atención en la unidad de adicciones con diagnóstico por trastorno de consumo de alcohol de distintas edades, nivel cultural, educación, entre otros, se realiza esta selección luego de recibir la capacitación en adicciones sensible a género por parte del nivel central del MINSA denominado GROW, donde se enfatizó la necesidad de tener una atención diferenciada a mujeres que consumen sustancias, es por ello que se inició la implementación y mejora de la atención a mujeres que presentan la problemática de consumo y/o abuso de sustancias.

Tras la llegada de la pandemia de COVID 19, se vio la necesidad de implementar aún más estrategias para la atención de los usuarios varones y

mujeres que recibían tratamiento en el establecimiento y en la unidad de adicciones, siendo en un inicio la preocupación realizar el seguimiento asincrónico y mantener el tratamiento farmacológico de todos los usuarios y así mantener la continuidad de cuidados y evitar la deserción del tratamiento, que en el caso de las adicciones y en situaciones normales es cotidiano, pasado el periodo de emergencia se realiza la contabilidad observando que los usuarios de la unidad de adicciones por motivos de traslado de domicilio y/o trabajo habían dejado su tratamiento, también por falta de apoyo de la familia para acompañarlo a sus terapias, así como la disminución del interés por seguir con el tratamiento. Por otro lado también existían usuarios que continuaban su tratamiento inicial y se habían incluido usuarios nuevos que teniendo más tiempo debido a la inamovilidad social habían contemplado consultar respecto de su problema de consumo de sustancias.

La OPS (2023), elaboró una infografía donde expone las consecuencias dañinas derivadas del consumo de alcohol en mujeres, esta perspectiva de género, ilustra el incremento del riesgo de cáncer, lesiones y situaciones complicadas durante el proceso de embarazo, además de los daños ya conocidos debido al consumo de alcohol, también se hace referencia a que las mujeres por factores biológicos tienden a sufrir mayores problemas de salud con ingerir cantidades menores de alcohol que los varones.

En el Perú, la realidad sobre el uso de alcohol en mujeres es similar la contexto mundial además está relacionado estrechamente a las costumbres de cada departamento del Perú, que tiene una diversidad de culturas, como señalamos líneas arriba INEI (2020) en la región Puno existe la estadística que informa que la utilización de alcohol en el algún momento de su vida en

mujeres es de 82,4% que es un porcentaje no tan lejano al de los varones. Además es muy complicado para las mujeres tomar la decisión de recibir un tratamiento, y en el momento que deciden lo hacen por sus hijos, su familia o el temor a perder el empleo lo que se traduce en muy poca motivación y donde el trabajo primordial de los programas de adicciones es lograr una motivación alta para empezar, continuar el tratamiento y el logro de la adherencia al tratamiento que es la garantía de la rehabilitación de las usuarias.

1.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

En esta sección se describe el caso de la usuaria L.P.Q. de 48 años que acudió a nuestro establecimiento de salud en la ciudad de Juliaca en marzo del 2021 luego de ser derivada de la Unidad De Protección Especial – UPE Puno - MIMP, donde residieron por un tiempo sus dos menores hijos.

DATOS GENERALES

Usuaría de 48 años que acudió al establecimiento derivado del programa de poblaciones vulnerables, Unidad de Protección Especial (UPE) Puno - MIMP, su motivo de consulta fue “quiero recibir ayuda para ya no consumir alcohol, mejorar, poder trabajar, recuperar a mis hijos”. Actualmente vive en la ciudad de Juliaca en un cuarto alquilado, usuaria con primaria incompleta, es de religión católica, refiere que inició consumiendo bebidas alcohólicas desde los 14 años con amistades posteriormente su consumo de alcohol fue incrementándose, además refiere se fue relacionando con parejas que también consumían no solo alcohol sino otras sustancias, su consumo actual es 2 a 3 días seguidos y entre semana, consume alcohol en compañía de amistades que también en apariencia

pueden presentar un patrón de abuso en el consumo de bebidas que contienen alcohol.

OBSERVACIÓN DE LA CONDUCTA

Usuaría que al momento de la evaluación aparenta la edad que refiere, de tez trigueña, con cicatrices de cortes en el rostro, estatura regular, su tono de voz es bajo, responde a las preguntas iniciales con desconfianza, cumple con las citas que se le programa. Su introspección respecto al problema de consumo de alcohol fue parcial, debido a que no acudió por su cuenta a buscar ayuda, sino que obedeció al mandato judicial de la Unidad De Protección Especial (UPE) Puno - MIMP, institución donde se albergó a sus hijos.

AFECTACIÓN DEBIDO AL CONSUMO DE ALCOHOL

ÁREA FÍSICA

En la entrevista se observó dos cortes en el rostro de la usuaria, uno a la altura de labio hacia la mejilla y otro en la ceja que refiere fueron ocasionados su anterior pareja en las peleas que tenían, refiere haber tenido hematomas y fracturas por los constantes golpes del cual era víctima; no refirió alguna enfermedad física actual, en las evaluaciones de laboratorio de hemograma y análisis de orina ordenadas por el médico de familia no se observa alteraciones y/o problemas físicos que perjudique el inicio de tratamiento farmacológico. Con respecto a los periodos de ingesta de bebidas alcohólicas la usuaria refirió presencia de síntomas físicos en periodos de abstinencia como temblor de manos, sensación de frío, malestar general.

ÁREA COGNITIVA

Usuaría que tuvo formación académica primaria incompleta según refirió por problemas familiares. No recordaba mucho de su etapa escolar, pero tenía dificultades para cumplir con todo lo que le pedían. A nivel de pensamientos estos tienden a lo negativo y catastrófico “todo ha sido malo para mí” “nunca nadie me ha amado” ello debido a sus experiencias pasadas. Su lenguaje era claro, se observó cierta dificultad en la comprensión, teniendo nosotros que explicarle con palabras simples lo que se quiere decir o repetir las indicaciones para corroborar que haya entendido, su atención era corta un promedio de 20 min. disminuyendo luego de ese tiempo, mostrando con palabras o gestos su aburrimiento “quisiera retirarme, ya he entendido”. Con respecto al consumo en periodos de abstinencia presentaba compulsión con el consumo.

ÁREA EMOCIONAL

Presentaba disminución y desvalorización de su propia imagen, al momento de la entrevista su estado de ánimo era depresivo, tendiente al llanto, preocupación por sus hijos y su futuro “Quizá nunca pueda recuperarlos, que voy yo hacer señorita sin ellos”, refirió arrepentimiento, culpa, tristeza.

ÁREA SOCIAL

Al momento de ingreso al establecimiento la usuaria refirió que contaba con amistades que consumen alcohol, el entorno en el que vive propicia y mantiene el consumo de alcohol, también refiere que cuenta con una amiga como red de apoyo que actualmente le brinda apoyo luego de los problemas que ha tenido “esta amiga me dice que vaya a su casa y me trata como una hija, ahí me cocino y ayudó en el lavado de ropa, también le cuento mis problemas, ella

me aconseja y me dice que todo va a pasar y que deje de tomar”, también refirió que no tiene trabajo ni ingresos económicos en la actualidad “yo quisiera trabajar, cambiar para sacar a mis hijos”.

ÁREA FAMILIAR

Usuaría huérfana de padre y madre, que tuvo que vivir con personas extrañas desde la primera infancia, refirió como único familiar a un hermano que vive en Arequipa “también con problemas de alcohol, pero en la actualidad ha podido anteponerse a esa dificultad, tiene su familia y trabaja” asimismo agrega que fue víctima de maltrato físico, abusos de tipo sexual y agresiones psicológicas por parte de la familia con la que vivió en la ciudad de Puno, por lo cual decidió escaparse a la edad de 14 años, durante la entrevista pone como condición no tocar sus experiencias de la niñez “yo lo que quiero es dejar de tomar y recuperar a mis hijos”, Al escapar de la casa donde vivía hizo vida de calle “me junte con personas de mal vivir, eran mis amigos pero también me metían en problemas, hasta que me fui a Arequipa y conocí a mi primera pareja con la cual tuve 03 hijos que ahora ya son mayores y viven dos en Lima y 01 en Arequipa un adolescente que está recluido en Alfonso Ugarte que es un centro de rehabilitación, también refiere “esta pareja me maltrataba mucho física y psicológicamente, nunca lo denuncie solo me escape” “luego tuve una segunda pareja que peor estaba metido en la mala vida, actualmente purga condena en el penal de la Capilla en la ciudad de Juliaca”, refiere que esta pareja también la maltrataba física y psicológicamente, hechos que nunca fueron denunciados, con él tuvo 02 hijos de 8 años y 6 años los cuales ahora están en la Unidad De Protección Especial (UPE) Puno - MIMP, que es un albergue del estado para niños en desprotección en la ciudad de Puno, porque me los quitaron, debido a

que los abandonaba por irme a tomar” “ahora voy a visitarlos, están bien pero me extrañan...”

Por último la usuaria refirió que había iniciado una relación hace 7 meses con un amigo que tiene una mototaxi en la cual trabaja “de vez en cuando también toma licor, pero me dice que no debo tomar mucho, además me escucha”.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. REVISIÓN TEÓRICA

2.1.1. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Según Peralta y Carbajal (2008) la adherencia al tratamiento está definido como una actitud de disposición del usuario a cumplir estrictamente las tareas de un programa terapéutico, el cual involucra acciones inherentes como: régimen de medicamentos, pautas para mejorar un estilo de vida y revisiones de exámenes de laboratorio específicas.

Para Cirac (2011) el término se refiere a la observación del actuar activo y voluntario del usuario en relación a las indicaciones de los encargados de la terapia. En cuanto a enfermedades crónicas la adherencia fluctúa entre 43% y 78% porque da mayor continuidad de atención.

Según la OMS (2004) los numerosos estudios de adherencia terapéutica están referidos al tratamiento farmacológico, aunque se reconoce que el término implica otras áreas. En la Reunión sobre Adherencia Terapéutica de la OMS en el año 2001, se concluyó que la adherencia terapéutica como el nivel de compromiso del paciente en seguir las instrucciones médicas, cabe resaltar que el término “médico” es ciertamente restrictivo a la hora de abordar todas las actividades en pro de la salud del paciente, así mismo la palabra “instrucciones” concibe al paciente como un ser pasivo, sabiendo que el paciente es un ente activo a la hora de asumir el progreso en su tratamiento. También se concluye que es importante la atención humanizada entre quien se considera prestador de salud (profesional de la salud), y quien funge como paciente (usuario), en donde media el componente de habilidades sociales, como una variable que refuerza la conexión entre ambos.

ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN ADICCIONES

Según Cirac (2011) un gran número de personas con problemas de adicciones tienen dificultad para iniciar un tratamiento o de lo contrario lo abandonan prontamente, además en el proceso presentan problemas para cumplir las indicaciones de su tratamiento. El 40% de los usuarios con problemas profundos de consumo de sustancias y que piden una cita no llegan a cumplir con ella, existiendo un índice aproximado del 24% de deserción al tratamiento en el primer mes, esto debido a la disminución de la motivación dando lugar a recaídas.

Para Hodgson (2001) en lo que se refiere al tratamiento de las adicciones es importante el estudio asociados a la adherencia, porque en el caso del cumplimiento o no de las indicaciones terapéuticas estas no son responsabilidad de un actor externo, sino que dicha responsabilidad recae sobre el paciente, dado que es el paciente quien decide cumplir o no, con el plan terapéutico. Así mismo es imposible estimar el efecto de la intervención, por lo que las consecuencias serán la prolongación del tiempo de recuperación del usuario, que la enfermedad se vuelva crónica o que finalmente suceda la muerte.

También Cirac (2011) menciona que debido a que el síndrome de dependencia a sustancias es un trastorno crónico con altos marcadores biológicos y genéticos, que en el proceso de tratamiento considera las recaídas y que para su recuperación no solo depende de la voluntad de dejar de consumir sino más bien de la intervención de equipos multidisciplinarios como tratamientos farmacológicos, terapias psicológicas, apoyos sociales y legales además de la intervención a nivel de la familia y comunidad, con el fin de aminorar el

craving y las recaídas además de brindarle una mejora en su funcionalidad y calidad de vida.

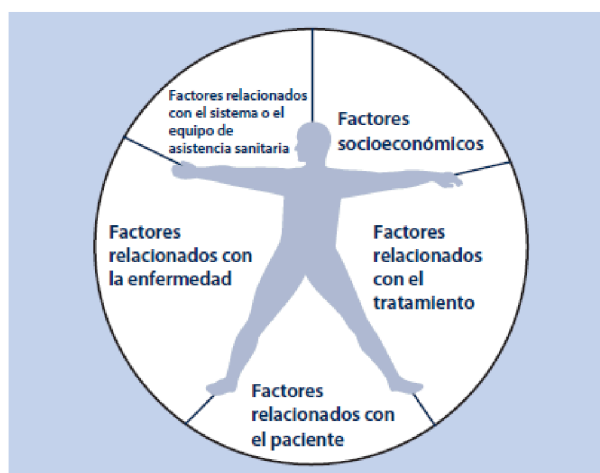
Los autores Hernández y Londoño (2012) hacen referencia acerca que un factor a considerar en adherencia hacia el tratamiento en consumidores, es la forma como aprecian su problema, debido a que ciertas percepciones sesgadas como el “puedo controlarlo”, dificulta la adhesión hacia los objetivos terapéuticos, por ende, es necesario incidir en que el paciente defina a su problema en términos de incontrolabilidad y necesidad de ayuda.

FACTORES ASOCIADOS A LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Según Sabaté (2004) la adherencia terapéutica es considerado como un fenómeno con muchas dimensiones, y afirma que es error sostener que los usuarios son entes pasivos destinados a recibir su tratamiento, existen otros factores activos en la conducta de los usuarios que se relacionan con la capacidad de adherirse a su tratamiento.

Figura 1

Factores que influyen en la adherencia terapéutica



Nota: Sabaté (2004) factores asociados a la adherencia terapéutica

Según Cirac (2011) existen factores implicados en la adherencia terapéutica, la preocupación por la continuidad de tratamiento en los usuarios con problemas de dependencia a sustancias, ha llevado a estudiar e incrementar los conocimientos neuro psico biológicos y farmacológicos en esta área. El abandono temprano del tratamiento en adicciones es un mal pronóstico y un factor para continuas recaídas y por el contrario si el usuario permanece en el tratamiento este pronóstico es positivo y lleva a buenos resultados, por otro lado comprender los factores de adherencia al tratamiento de las adicciones ayuda formular mejores intervenciones en términos de efectividad.

Luego de la revisión de los autores antes mencionados y en función a sus aportes se procederá a sintetizar los factores asociados a la adherencia en el trabajo terapéutico con énfasis en las drogodependencias.

A. FACTORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD

Según Sabaté (2004) cada usuario presenta demandas particulares en relación a su enfermedad, entre las que se relacionan con la adherencia destacan: la gravedad de los síntomas presentados, grado de disfuncionalidad (física/biológica, psicológica, social/interpersonal y laboral/vocacional), el curso, gravedad, disposición tratamientos efectivos, así como la comorbilidad que pueda presentarse.

El autor Cirac (2011) destacó que los factores relacionados con la enfermedad que a la vez influyen en la adherencia en un usuario con problema de consumo de sustancias y que están relacionados con la enfermedad serían los síntomas de la adicción, otro diagnóstico mental, y diagnósticos de enfermedad física.

Según Ortego (2004) los niveles bajos en la adherencia están presentes en usuarios con enfermedades crónicas, debido a que no representa un riesgo directo a su salud, incluso en aquellas enfermedades que requieren para su control un mejor de estilo de vida y cuando se enfatiza en acciones sanitarias como la prevención en lugar de una curación o tratamiento exhaustivo, también es menester mencionar que el autor introduce el término “claves de acción”, el cual estaría referido a ciertos síntomas que mueven al paciente a ocupar su atención por cierto malestar que experimenta, es decir si hay dolor, mareos u otros malestares el usuario tomara la decisión de buscar ayuda y cumplir con las indicaciones y al mismo tiempo como reforzador porque el usuario experimenta estos síntomas perturbadores y un alivio al seguir las indicaciones lo cual incrementa indirectamente su adherencia terapéutica.

B. FACTORES RELACIONADOS CON EL PACIENTE

Según Sabaté (2004) aquí se incluye los recursos económicos de los usuarios, lo que conocen, las actitudes que toman, sus creencias, sus percepciones y las expectativas. Lo que conocen y lo que creen los usuarios con respecto a su problema actual, y la etapa de cambio para iniciar un tratamiento, la percepción de autoeficacia para involucrarse decididamente en el tratamiento, las expectativas sobre el tratamiento y las consecuencias no seguir con las indicaciones brindadas, todo lo anterior influye sobre la dinámica denominada adherencia al tratamiento. También Sabaté (2004) resaltó que el olvido, el estrés provocado por demandas del ambiente, preocupación por algunos efectos secundarios, escasa motivación al cambio, déficits en habilidades de control de síntomas, otro factor sería no considerar iniciar un tratamiento, no distinguir la

mejoría luego de iniciar el tratamiento, desconfianza a los efectos del tratamiento, incredulidad y negación de la enfermedad o el diagnóstico, un entendimiento inadecuado de las indicaciones y los riesgos, la no aceptación al seguimiento por parte de equipo tratante, falta de interés respecto a la asistencia con disciplina a las atenciones multidisciplinarias, poca esperanza en la mejoría, estar enojado con el personal de salud, el miedo a la dependencia, síntomas ansiosos respecto a lo complejo de tratamiento farmacológico y que sea estigmatizado por su padecimiento. Así mismo se puntualiza que, una de las formas para hacer crecer la motivación hacia el tratamiento es mejorar la percepción del usuario sobre la importancia en el seguimiento de las indicaciones terapéuticas, así como mejorar las aptitudes relacionadas al autocuidado como vehículo para fortalecer la confianza, todo ello fortalece las acciones destinadas a la adherencia.

El autor Cirac (2011) refirió que esta dimensión comprende la motivación personal, creencias sobre sí mismo y los demás, los estigmas que posee el usuario, las expectativas que mantiene respecto al tratamiento, su personalidad y sentirse cómodo con el proceso de recuperación.

Según Ortego (2004) en esta sección estarían los factores como, los objetivos terapéuticos, la motivación hacia el cambio, cuan grave es la percepción sobre su enfermedad, cuán vulnerable se siente y qué grado de confianza posee para hacerle frente. Además es importante recordar que los usuarios cuando vienen a consulta acuden con un sistema de creencias sobre su enfermedad, incluso atribuyen ciertas causas, y algunas posibles soluciones las cuales han de estar o no de acorde con la realidad y evidencia, estas creencias no se mantienen constantes a lo largo del tratamiento sino que cambian conforme el

curso de la enfermedad la cual estaría en un contexto con o sin tratamiento, siendo necesario ir evaluando por periodos, en ocasiones los usuarios ocultan o desconocen cómo expresar sus preocupaciones, expectativas y temores por lo que se tiene que prestar atención a la gesticulación verbal y no verbal, el desvío de la mirada, confusión y angustia.

C. FACTORES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO

Según Sabaté (2004) los factores adversos que tienen que ver con el tratamiento guardan relación con el régimen médico complejo, cuánto dura el tratamiento, los fracasos anteriores y las modificaciones constantes en el tratamiento, efectos poco benéficos, síntomas secundarios y la disponibilidad de servicio médico. Por ello las intervenciones de adherencia deben estar personalizadas a las necesidades del usuario para lograr una recuperación sostenible en el tiempo. Sabaté (2004) también afirma que con respecto a la medicación surgen inquietudes, en algunos casos existe la automedicación para eliminar los síntomas, pero al ser prescritos por el médico tratante surge el temor los efectos añadidos y/o secundarios, temor por un modo de vida distinto, el tiempo de uso y el temor a llegar a ser dependientes. En algunos casos las personas piensan que los médicos se exceden en la prescripción de los medicamentos y empiezan a desconfiar en los procedimientos médicos.

Para Cirac (2011) este factor comprende la intervención de los equipos multidisciplinarios implicados en el tratamiento, el establecimiento donde se atiende el usuario, el esquema de tratamiento que se presenta para la recuperación del usuario.

Para Ortego (2004) las particularidades del tratamiento farmacológico influyen en la adherencia, estos factores a tomar en cuenta serían: dosis indicadas, administración basada en guías, tiempo de administración, posibles efectos colaterales y naturaleza del tratamiento.

D. FACTORES RELACIONADOS CON EL SISTEMA DE SALUD

Según Sabaté (2004) en término general una buena relación entre terapeuta y paciente ayuda a la adherencia terapéutica, sin embargo factores estructurales como un sistema de salud incipiente, con presupuestos bajos o los seguros de salud que no cubren la totalidad de los tratamientos, problemas en la distribución de medicamentos, personal no capacitado, personal sobrecargado de funciones, no existen capacitaciones ni incentivos al personal de salud, consultas breves, mínima psicoeducación a los usuarios, poca preocupación para proporcionar seguimiento de los casos, no se buscan las conexiones de apoyo de la comunidad y poco interés por conocer sobre la adherencia y estrategias para mejorarla.

Según Ortego (2004) históricamente destacó la influencia hipocrática, en donde resalta la relación entre el médico y el consultante, en donde el proceder cálido, amable y efectivo del profesional de la salud, ciertamente provoca un alivio en la situación de salud del paciente.

También Ortego (2004) afirmaba que las variables relacionadas con los establecimientos de salud han demostrado que pueden favorecer o dificultar la adherencia terapéutica, estas variables a considerar serían: la continuidad en la atención que siempre se lleve con un mismo profesional, el programa de citas sean cumplidas e ir supervisando como es la adherencia del usuario para ir

corrigiendo incongruencias en el proceso. También Ortego (2004) refirió que proporcionar una buena retroalimentación, asegura que cualquier indicación asociada al tratamiento, refuerza la adherencia al mismo, dado que el paciente siente el interés por su estado de salud.

E. FACTORES RELACIONADOS CON EL ASPECTO SOCIAL

Según Sabaté (2004) el status socioeconómico, no representa por sí sola a un variable predictora de la adherencia al tratamiento, considerando que en algunos contextos socioculturales el consultante prioriza aspectos familiares antes que un tratamiento. Sin embargo con respecto a la adherencia terapéutica influyen otros factores como: ingresos económicos bajos, pobreza, acceso limitado o nulo a la educación básica y regular, escasas oportunidades laborales, escasa conexión con redes de apoyo socio comunitario, acceso geográfico complicado a servicios de salud , déficits en sistemas de transporte, disponibilidad de medicación inaccesible , los cambios en el ambiente, percepción intercultural con respecto a la dinámica salud-enfermedad, y dinámica familiar conflictiva.

Para Ortego (2004) estas variables toman en cuenta el género, la edad, diversidad cultural, el nivel educativo, aspecto laboral, dinámica familiar, miembros que constituyen el hogar y los que están bajo responsabilidad del usuario.

Para Cirac (2011) aquí se incluyen los soportes que el usuario tiene con respecto a la familia, la comunidad, condición social.

Según Ortego (2004) es conocido que el apoyo social guarda relación con la adherencia al tratamiento, ciertas características familiares son incompatibles

con un buen nivel de adherencia entre ellas: elevada criticidad, tendencia a genera culpabilidad, sobreprotección, negligencia y desinterés, por lo que será importante que las familias reciban psicoeducación no sólo para mejorar su adaptación a la situación, sino que también favorezca la adherencia al tratamiento del usuario. Como grupos que apoyan el tratamiento también se encuentran las asociaciones terapéuticas para usuarios y sus familias.

2.1.2. CONSUMO DE ALCOHOL

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DEL ALCOHOL

Según el CIE -10 para el diagnóstico de trastorno del comportamiento debido al uso de alcohol se consideran los siguientes criterios.

A. INTOXICACIÓN AGUDA (F10.0)

Según el CIE – 10, se considera como un estado transitorio en el comportamiento, debido a la ingesta de una sustancia psicoactiva, el cual provoca variaciones en el estado psíquico (cogniciones, afecto y conducta), los efectos tienden a desaparecer paulatinamente luego de interrumpir el consumo.

- Se pueden diferenciar características complicadas (como exposición a lesiones, agresiones), o no complicadas (sin necesidad de alguna manifestación comórbida)

B. CONSUMO PERJUDICIAL (F10.1)

Según el CIE – 10 es un patrón de consumo claramente perjudicial para el consumidor, tanto a nivel físico como las consecuencias psicológicas

asociadas. El consumo persiste a pesar de las críticas de su entorno inmediato, así como debido a las apariciones de consecuencias a nivel social.

C. SÍNDROME DE DEPENDENCIA (F10.2)

Según el CIE – 10 comprende un conglomerado de manifestaciones fisiológicas, conductuales y cognitivas en el que el consumo de alcohol adquiere primacía con respecto a sus demás actividades. Tiene las siguientes pautas para el establecimiento del diagnóstico:

Se espera que en los últimos 12 meses el paciente presente alguno de los siguientes síntomas:

- Deseo intenso por consumir la sustancia
- Incapacidad para controlar el consumo de la sustancia.
- Aparición del síndrome de abstinencia, el cual se manifiesta por síntomas fisiológicos intensos, así como el consumo de la sustancia para mitigar el efecto de los síntomas de abstinencia.
- Síndrome de tolerancia, referido al incremento cuantitativo de consumo de la sustancia, para lograr los mismos efectos.
- Se persiste en ingerir alcohol, a pesar de las consecuencias negativas como el abandono de actividades placenteras.
- Incluye: Alcoholismo crónico, dipsomanía.

TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL

En caso del “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM – 5”, incluye los siguientes criterios diagnósticos para el trastorno por

consumo de alcohol y este mantiene relación a lo establecido en el CIE – 10 y son los siguientes:

- A. Patrón problemático de consumo de alcohol que ocasiona un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del que planifica.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
 5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
 7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos: a) una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. b) un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol.
 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos: a) presencia del síndrome de abstinencia característico de alcohol. b) se consume alcohol o alguna sustancia muy similar como una benzodiacepina para aliviar o evitar síntomas de abstinencia.
- B. Se puede especificar si se encuentra en remisión inicial, si luego de 3 meses luego de ser diagnosticado solo se mantiene el criterio “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, o si se encuentra en remisión continuada cuando luego de 12 meses de haber sido diagnosticado solo se mantiene el criterio “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, también si existe un entorno controlado si se encuentra en entorno con acceso de alcohol restringido.

2.1.3. CONSUMO DE ALCOHOL EN MUJERES

Según el DSM – V la prevalencia en cuanto al consumo de alcohol recae mayoritariamente en el género masculino, sin embargo debido a la constitución física de las mujeres, el alcohol tiende a tener más efectos negativos sobre el género femenino, se sabe que las mujeres presentan una estructura física que posee mayor grasa corporal y menor agua, así mismo la metabolización del alcohol se da menos en el esófago y estómago, así mismo concentran mayor

cantidad de alcohol en la sangre, lo cual permite que la ingesta de alcohol genere mayores efectos físicos en las mujeres, tales como enfermedades hepáticas.

También el DSM – V hace referencia al nivel cultural de ciertos escenarios culturales, toleran mayormente el consumo en varones, sin embargo se sabe que actualmente las actitudes de tolerancia son cada vez más flexibles, extendiéndose a grupos de adolescentes y adultos jóvenes.

Según Briñez (2001) quien mencionó a Wilsnack (1996) quien considera que un factor que predice el abuso del alcohol en la mujer es el abuso de las bebidas alcohólicas por su pareja, es decir que las mujeres cuyas parejas abusan del alcohol muestran mayor frecuencia de intoxicación, mayores consecuencias derivadas de la ingesta de alcohol y mayor número de signos de dependencia alcohólica.

MOTIVACIONES PARA CONSUMIR ALCOHOL EN LAS MUJERES

Según Sánchez (2014) se debe entender que las razones para consumir alcohol en hombres y mujeres son diferentes, las mujeres toman alcohol para mantener una relación insatisfactoria, no sentirse sola, tener más confianza, por un aspecto de femineidad y para aliviar el dolor que se sufre por ser víctima maltrato o abuso sexual. Se tiene que mencionar que los varones por el contrario consumen alcohol como un símbolo de control del entorno, dominar, para equilibrar sus emociones y tener mejores resultados en sus actividades.

El autor Moral et al. (2004) argumentó que en estudios realizados sobre la motivación de consumo de alcohol en adolescentes se llegó a la conclusión de que las motivaciones por la cual los adolescentes no se encuentran motivados a

consumir alcohol, en el caso de las mujeres es porque valoran las consecuencias del consumo de alcohol como volverse dependiente, problemas familiares, desequilibrio en la salud en general; mientras que en los varones la motivación para no consumir alcohol es sobre todo factor económico de la adquisición de las bebidas alcohólicas.

Según Sánchez (2014) existen investigaciones que refieren motivos distintos en el consumo de varones y mujeres, las mujeres están más propensas que los varones a consumir alcohol cuando se encuentran con niveles de estrés altos o experimentan emociones adversas. También el autor señala que las mujeres tienen más propensión a trastornos concurrentes al consumo de alcohol, haciendo mención a investigaciones que ofrecen la explicación para la motivación colectiva del consumo de alcohol en mujeres como la valoración de la amistad, en su mayoría son inducidas a iniciarse al consumo por los enamorados, también las chicas beben por encontrarse en depresión, estar enojadas.

El modelo GROW descrito por ICCE (2014) se centra en las fortalezas de las relaciones de las mujeres como un medio para la recuperación. El tratamiento para las mujeres con problemas de consumo de drogas debe basarse en una elección personal, donde los programas deben ofrecer una gran variedad de opciones, tomando en cuenta un enfoque de reducción de daños, las recaídas son esperadas en el curso del tratamiento y pueden ser exploradas, el tratamiento debe abordar dimensiones de la vida de una mujer como la familia, los hijos, además de tener en cuenta las necesidades el transporte, la crianza de los hijos, capacitación laboral, etc. El tratamiento con enfoque de género debe estar basado en las fortalezas, apoyar las conexiones entre las mujeres, es decir

empoderar a las mujeres para ayudarse mutuamente e incrementar la confianza, fortalecer su autoestima, contrarreste la depresión, respeto, las mujeres son las especialistas, además debe ser de apoyo, igualitario y no jerárquico.

CONSECUENCIAS DERIVADAS DEL CONSUMO DE ALCOHOL MUJERES

Según Sánchez (2014) para realizar la diferenciación en cuanto a los efectos del consumo en relación al género, se plantean las siguientes variables: proceso de metabolismo del alcohol, patrón habitual de consumo, presencia de síntomas de dependencia alcohólica, actividad neurobiológica, sistema hormonal y las comorbilidades psiquiátricas asociadas. La literatura revela que los varones tienden a un consumo mayor, sin embargo las consecuencias mayormente dañinas se agrupan en el género femenino por diferencias estructurales.

Según Briñez (2001) en las mujeres, la dependencia alcohólica se manifiesta de manera distinta dichas peculiaridades agrupan variables psicosociales como (edad, el estado civil, satisfacción de acuerdo al rol de género, percepción sobre la forma de beber del entorno, trastornos afectivos, actividad laboral y conexiones con grupos sociales. Briñez menciona el estudio realizado por Fillmore (1991) donde se concluye que las mujeres adultas beben con menor frecuencia, y menor cantidad, por ende presentan menos problemas asociados que los hombres de su edad, por otro lado problemas severos de consumo de alcohol en la mujer está asociado con trastornos depresivos y en el varón con rasgos de personalidad antisocial, además la situación matrimonial problemática, la maternidad o un empleo no deseados guardan relación con el consumo severo del alcohol en las mujeres.

Para Pablos (2018) las mujeres con dependencia alcohólica dudan en buscar ayuda, debido a tener miedo a ser juzgadas de manera más severa que los varones por la sociedad, el temor de las mujeres radica en ser consideradas no sólo como enfermas, sino también como inmorales, y a causa de ello recibir el rechazo y la intolerancia social, por ello muchas mujeres alcohólicas y sus familias muestran esfuerzo mantenerlo oculto o entrar en un estado de negación del problema. Es por ello que el problema de consumo en mujeres tiende a ser reprimido, por su alta carga de culpabilidad, y por la incompatibilidad con los roles asignados al género femenino esencialmente maternales.

Según Sánchez (2014) en términos de vulnerabilidad destaca que las mujeres, por la constitución física y funcionamiento fisiológico tiende a recibir mayores daños producto del consumo de alcohol, menciona ciertas peculiaridades entre ellas: las mujeres tienden a intoxicarse más rápido y demorar el tiempo de desintoxicación, esto debido a características estructurales como (bajo peso, mayor grasa corporal, menor tamaño de hígado, cuerpo con menor cantidad de agua, enzimas poco especializadas en la sintetización de alcohol; todo ello se traduce en un organismo poco efectivo a la hora de descomponer al alcohol, consecuentemente se incrementa la concentración del alcohol en la sangre, demorando el proceso de desintoxicación, elevando en el proceso el daño hepático, y la función cerebral, por ende se puede concluir que el consumo continuado en las mujeres trae consecuencias más prematuras en relación a los varones, manifestándose en forma de afecciones hepáticas, neurológicas, cardíacas y deterioro en el funcionamiento cognitivo.

INMUJERES (2017) refirió datos sobre estudios de carácter exploratorio en cual se evidencia que el consumo de alcohol facilita la violencia contra las

mujeres, incluido la violencia sexual, todo ello está relacionado a múltiples factores que deben ser revisados. Por otro lado existen registros personales de mujeres en situaciones de procesos penales, en donde se aprecia que muchas de las mujeres que presentan consumo de sustancias han sido expuestas a situaciones de violencia, si bien estos datos son importantes a la hora de explicar ciertos mecanismo de consumo, aún no se vinculan con total certeza, siendo una recomendación continuar investigando para establecer una conexión clara sobre la exposición a violencia y el inicio o mantenimiento en el consumo de sustancias, el cual ha de enmarcarse en una perspectiva de género.

Según Sánchez (2014) un estudio realizado donde se examinó registros médicos y realizando entrevistas a sujetos de investigación durante un período de 2 años, mostrando que las mujeres que satisfacían los criterios por dependencia de alcohol reflejaban un peor funcionamiento a nivel físico y mental, así como una tendencia al deterioro mucho mayor en comparación con varones que también tenían la misma condición de dependencia.

Según Sánchez (2014) las mujeres con problemas de bebidas alcohólicas tienen riesgos elevados en lo que respecta a salud física tales como (hipertensión arterial, enfermedad a los huesos, enfermedades oncológicas, deterioro cerebral funcional) así como problemas en la salud sexual y reproductiva, se reportaron casos en donde la mínima ingesta de alcohol, desregulaba el ciclo menstrual, así mismo el abuso del alcohol en la etapa del embarazo se relaciona con el riesgo de tener un bebe con la condición de Síndrome Fetal Alcohólico, así como cáncer de mama, en términos de mortalidad asociada al consumo de alcohol, el 7,6% corresponde a muertes de varones, frente al 4,0% en el caso de las mujeres debido al problema de alcohol en el año 2012.

El autor Sánchez (2014) incluyó el término de “efecto telescópico”, en cual hace referencia que a pesar que las mujeres inicien el consumo de alcohol tardíamente, el progreso hacia un cuadro de dependencia alcohólica es rápida, así como la manifestación de síntomas fisiológicos se da en un periodo más corto de abuso de alcohol en comparación con los varones, estos datos se corroboran mayormente en poblaciones adultas.

CASA (2006) El Centro Nacional de Adicción y Abuso de Sustancias de la Universidad de Columbia, EE. UU. Las consecuencias debido al consumo de alcohol para las mujeres jóvenes, se agrupan en las siguientes categorías:

- Problemas de índole académico, productivo y laboral.
- Riesgo de suicidio, estimado a un 8% en mujeres, y el consumo a su vez elevada hasta en 6 veces en adolescentes.
- Violencia: mujeres adolescentes que consumen alcohol tienen mayor riesgo a ser víctimas de violencia de parte de sus parejas.
- Relaciones sexuales de riesgo: asociadas a embarazos no deseados, contagio de enfermedades de transmisión sexual, abuso sexual y promiscuidad.

Sanchez (2014) con respecto a la dinámica social y familiar de las mujeres que consumen alcohol se sabe que mucha de ellas, tienen parejas consumidoras lo cual eleva el riesgo en cuanto a la protección familiar y social; por otro lado es complicada la exteriorización de los problema de consumo en mujeres, siendo este acto más retraído e invisible debido a una alta estigmatización social, condicionando posteriormente que las mujeres puedan involucrarse en un tratamiento.

2.2. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Llinares et. al. (2002) en su artículo de investigación variables que predicen la adherencia al tratamiento en usuarios alcohólicos, en el cual se consideró como objetivo averiguar el nivel predictivo del estadio de cambio, tipo de tratamiento y otras variables sobre la adherencia al tratamiento. Este trabajo de investigación se realizó en población femenina y masculina, se descubrió que las variables predictoras que ejercen mayor influencia en el tratamiento son: ir a recibir tratamiento acompañado predice adherencia a los 3 y 6 meses, y un mayor tiempo de abstinencia antes del tratamiento predice mayor probabilidad de adherencia a los 6, 9 y 12 meses, además se concluyó que estadio de cambio es menos importante para predecir adherencia al tratamiento.

Lucas et al. (2002) en su artículo titulado “Abandono del tratamiento para dependencia alcohólica en medio ambulatorio: estudio prospectivo de dos años” reflejó que la abstinencia como factor pronóstico, indica un adecuado nivel de adherencia al tratamiento. Por otro lado se aprecia que ciertas características sociodemográficas y clínicas de los usuarios con problemas de consumo de alcohol se asocian a conductas de abandono del tratamiento y estos serían: intentos de suicidio, trastornos afectivos, trastornos de personalidad, familiares con historial psiquiátrico, intensidad y complicaciones del síndrome de abstinencia actual.

Pablos (2018) en su tesis doctoral sobre depresión y el consumo de alcohol en mujeres refirió que el trastorno por dependencia alcohólica tiene una gran importancia ya que se asocia a una elevada morbilidad y mortalidad, la presencia de trastornos depresivos junto con problemas de consumo de alcohol,

son ciertamente preocupantes en las mujeres y se considera un factor de mantenimiento del problema. Entre las conclusiones más relevantes estuvieron que existe consumo perjudicial y/o dependencia al alcohol en mujeres y estas lo hacen en fiestas o en su casa, la característica de estas mujeres es que son de nacionalidades distintas, no tienen pareja actual y no poseen un trabajo, en la relación depresión y consumo de alcohol se halló que se asocia significativamente con los gramos de alcohol consumidos en el día y presenta una prevalencia, comorbilidad y morbimortalidad considerable. Finalmente, se recomienda actividades de prevención para mujeres con riesgo de consumo de alcohol y/o depresiones ya identificadas desde el primer nivel de atención.

Corominas y Chamblás (2014) publicaron un artículo titulado “Alianza terapéutica y adherencia a tratamientos en drogodependencia” donde mencionaron que la investigación sobre los factores asociados a la adherencia a los tratamientos es considerada un área prioritaria en salud. Se destaca la función de la alianza terapéutica como eslabón principal para sostener el proceso de tratamiento, si bien la alianza terapéutica es un proceso complejo el autor busca determinar las variables que estarían relacionadas con el fortalecimiento del mismo.

Sánchez Hervás E, et al. (2004) escribieron un artículo para proponer un modelo terapéutico basado en evidencias respecto a las adicciones el cual tiene como objetivo estructurar un programa terapéutico basado en la necesidad del usuario y su disposición al cambio, y elegir los procedimientos específicos para cada caso que generen el mejor nivel de funcionamiento, para ello se examinó la literatura en materia de adicciones y se planteó un modelo general de intervención, como resultado el modelo se basa en el enfoque transteórico de

cambio de Prochaska y DiClemente, integrando intervenciones como la entrevista motivacional, así como técnicas de la terapia cognitiva conductual como la psicoeducación, motivación al cambio, concienciación como proceso de cambio, manejo del deseo de consumo y abstinencia, prevención de recaídas. Finalmente, en este artículo se concluyó que los programas de tratamiento que han demostrado ser más efectivas en la dependencia a sustancias y sobre todo en el consumo de alcohol guardan relación con el modelo cognitivo conductual.

Carmino y Lima (2010) desarrollaron una investigación donde desarrollan un plan de intervención terapéutica en personas privadas de su libertad, haciendo una revisión amplia de las principales terapias con evidencia que muestra mayor efectividad en el tratamiento de las adicciones. Siendo necesario considerar a la recaída como parte del proceso de cambio y no como fracaso y llevar al análisis y conocimiento de por qué ha pasado por lo que se debe trabajar la prevención es indispensable, así como el manejo de factores riesgo como problemas familiares, de pareja y ambientales que se constituyen en señales de alarma y como estímulos estresantes que se dan antes de una recaída.

Caputo (2011) desarrolló un proyecto titulado: Taller de entrenamiento en habilidades sociales para favorecer la reinserción social para pacientes de “Programa Cambio” en el cual planteó como objetivo el desarrollo de las Habilidades Sociales en personas varones adictos en proceso de transición entre la recuperación y la reinserción a la sociedad, a través de talleres de entrenamiento. En este mismo trabajo se cita a Caballo (2000), quien refiere que el entrenamiento de las habilidades sociales es una técnica muy útil y poderosa para tratamientos psicológicos, el cual aporta a mejorar la interacción interpersonal y la calidad de vida.

Santos D. et al. (2001) en su artículo sobre los estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio hizo referencia de que el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente posee mayor soporte empírico en relación con su capacidad descriptiva, explicativa y predictiva del proceso de cambio en el ámbito de las conductas adictivas, este modelo es de tipo tridimensional, y otorga una concepción global y al mismo tiempo diferenciada del cambio en el área de las conductas adictivas, uniendo lo que sus autores denominan estadios, procesos y niveles de cambio. Los cinco estadios de cambio serían precontemplación, contemplación, preparación, actuación y mantenimiento. En el mismo estudio se reveló que el 51.7% de la muestra está ubicado en el estadio de preparación al inicio de tratamiento refleja que gran parte de las personas están bien motivadas hacia el cambio.

ANTECEDENTES NACIONALES

Choquepuma y Flores (2019), desarrollaron una investigación relacionada con una de las variables que consideramos en este estudio, la adherencia al tratamiento y busca relacionarlo con la comunicación terapéutica en pacientes hipertensos, fue un estudio de diseño cuantitativo - descriptivo de tipo transversal. Se llegó a concluir que existe una relación significativa de las variables, en cuanto a la comunicación terapéutica aporta medianamente y en cuanto a la adherencia al tratamiento aporta en un grado alto.

Carpio (2018) desarrolló un estudio donde describe los factores asociados a la no adherencia al tratamiento antipsicótico y que esto puede afectar al control efectivo de la enfermedad y al grado de funcionamiento del paciente con esquizofrenia. El estudio utilizó como técnica a la revisión de historiales

médicos concluyendo que la adherencia mejora: a mayor nivel de instrucción del usuario, la no adherencia se asocia con variables menor edad, menor grado de instrucción, género femenino e historial de uso de sustancias psicoactivas.

Bustamante (2014) desarrolló un trabajo de investigación de postgrado sobre consumo de alcohol en adolescentes mujeres y establece que si existen diferencias en las adolescentes predispuestas y no predispuestas al consumo de bebidas alcohólicas, se encuentra que la tendencia a consumir alcohol de las adolescentes tiene relación con el control en la crianza que ejercen ambos padres, implicación emocional del padre y al grado de madurez psicosocial de la adolescente, es decir que las adolescentes que cuentan con una buena implicación emocional del padre y que a la vez cuenten con un buen nivel de madurez esto en términos de funcionalidad y adaptabilidad hacia su entorno tiene una menor inclinación por el consumo de alcohol.

CAPÍTULO III: EVALUACIÓN

3.1. TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

OBSERVACIÓN

Para Martínez (2013) la exploración psicológica está presente en todo el proceso de evaluación y terapia, en el que el terapeuta desarrolla el rol de observador participante, porque solo puede observar de modo correcto si se incluye en la situación y participa dinámicamente en ella.

En el caso que estamos presentando se observó que la usuaria en la primera sesión desconfía para dar información personal, también en las primeras sesiones no puede controlar el llanto, sujeta sus manos con fuerza por momentos, tiene dificultades para fijar la mirada y le cuesta sonreír.

ENTREVISTA

Según Morrison (2015) la entrevista clínica va más allá de ayudar a las personas a hablar de sí mismas, qué es lo que hacen la mayor parte de usuarios, sino que, en salud mental pedimos a los usuarios que revelen algo de sus emociones y su vida personal, además con la práctica el entrevistador tiene la pericia de qué preguntar y cómo dirigir el diálogo para obtener la información necesaria para brindar ayuda pertinente al usuario.

Para Conxa (2012) la entrevista es un diálogo con un propósito, siendo considerada la conversación en un sentido amplio de la comunicación y el propósito involucra los fines que se busca en la interacción del entrevistador y el entrevistado. El autor refirió varios tipos de entrevista según distintas particularidades, siendo pertinente para nuestro caso la entrevista de evaluación y diagnóstico el cual tiene el propósito reunir información precisa y pertinente

para valorar, evaluar y dar un diagnóstico el problema del usuario en el cual se debe incluir información verbal y no verbal, datos bibliográficos y desarrollo de su problemática, siendo esta información utilizada para valorar el funcionamiento del usuario y decidir una intervención personalizada, junto con una entrevista semi estructurada en el cual está orientado a la indagación de áreas concretas, teniendo cuidado de no convertirse en un interrogatorio.

En este sentido para nuestro caso se tomó la estrategia de desarrollar la entrevista en varias sesiones paralelamente con la aplicación de los primeros instrumentos, esto debido a conseguir el enganche con la usuaria y considerando que necesitamos que ella permanezca y se adhiera al tratamiento, incluso en cada sesión se incluye psicoeducación. En las sesiones de entrevista se recabó información de las distintas áreas de la vida de la usuaria, como su área familiar, social, sus antecedentes bibliográficos, la historia del consumo de alcohol, entre otros.

3.2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

A. PARA EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

- ASSIST

Su nombre completo es “prueba de detección, de consumo de alcohol, tabaco y sustancias”, elaborado por especialistas que trabajan en el área de consumo de sustancias, con la autorización de la OMS.

Según su ficha técnica la OPS (2011) señala que para la calificación del ASSIST se tiene respuestas numéricas que luego se suman, para verlo de manera práctica se muestra en el siguiente cuadro donde se evidencia los resultados para el consumo del alcohol sin dejar de lado las otras sustancias.

Tabla 1

Resultados del nivel de riesgo de la prueba de ASSIST

	Alcohol	Todas las demás sustancias
Riesgo bajo	0 -10	0 -3
Riesgo moderado	11 - 26	4 – 26
Riesgo alto	27+	27+

Nota: Cuadro tomado del Manual ASSIST para la atención primaria de la Organización panamericana de la salud (2011)

En base a los resultados anteriores se interpreta el riesgo el cual se halla el usuario, además se recomienda en cada caso intervenciones breves para el caso de riesgo bajo y riesgo moderado y/o tratamientos especializados para riesgo moderado y riesgo alto.

Riesgo bajo

Las personas que consiguieron puntuaciones de 3 o menos y de 10 o menos para alcohol, están en un riesgo bajo de tener problemas relacionados con el consumo de sustancias. Se asume que el consumo es de vez en cuando, y actualmente no presenta problemas evidentes, además si el consumo es controlado tiene un riesgo bajo de tener problemas en el futuro.

Riesgo moderado

Las personas que obtienen una puntuación de 4 y 26 puntos y 11 a 26 en el caso del alcohol, seguramente presentan algunos problemas con respecto al

consumo. El seguir el consumo de la misma manera hace probable futuros problemas de salud, social, familiar y más, entre ellos la probabilidad de dependencia. El riesgo se incrementa en las personas que tienen una historia anterior de problemas por el uso de drogas y dependencia.

Riesgo alto

Las personas que obtienen un puntaje es de 27 a más al consumo de cualquier sustancia significa que tiene un alto riesgo de dependencia de esa droga y seguramente está teniendo problemas de salud, sociales, económicos, legales y en las relaciones personales, producto del consumo de esa droga. Además las personas que se han inyectado alguna sustancia en los últimos tres meses más de cuatro veces al mes, se encuentran en alto riesgo de dependencia.

- EIDA

Rubio et. al. (1998) describe el instrumento donde la denominación completa es “escala de intensidad de dependencia al alcohol”, que justamente va evaluar si la dependencia en la persona es leve, moderada o severa.

Según su ficha técnica es un instrumento de autoaplicación procedente del SADQ (Cuestionario sobre la gravedad de la dependencia al alcohol) el periodo de evaluación son los últimos 6 meses. Está constituido por 6 subescalas: síntomas físicos de abstinencia, síntomas psicológicos de abstinencia, conductas para aliviar los síntomas de abstinencia, consumo habitual de alcohol, dificultad para controlar la ingestión y restauración de la sintomatología tras la recaída. Discrimina entre dependencia leve, moderada y grave.

Este instrumento evalúa la intensidad de la dependencia, el tiempo de aplicación de este instrumento es de 10-15 minutos, está compuesto por 30 ítems tipo Likert con cuatro alternativas cada una. En cuanto a la corrección en los ítems 1-25 se utiliza una escala de frecuencia de cuatro puntos: 0 (nunca o casi nunca), 1 (a veces), 2 (frecuentemente) y 3 (casi siempre), las preguntas 23, 24 y 25 puntúan inverso: 3, 2, 1, 0, en los ítems 26 a 30 se emplea una escala de intensidad: 0 (nada), 1 (un poco), 2 (moderadamente) y 3 (bastante). Los puntajes menores de 21 indicarían dependencia leve, entre 21 y 37 puntos sería dependencia moderada, por último puntajes superiores a 37 indicaría de dependencia grave.

- **SQR - 18**

En las guías elaboradas por el MINSA (2008) sobre trastornos depresivos y ansiosos, en la parte de los anexos incluye el “cuestionario de Auto-reporte o Self Reporting Questionnaire” (SRQ- 18), es una escala de autoaplicación o llenada por el personal de salud entrenado, este cuestionario permite identificar síntomas actuales que se ha dado en los últimos 30 días. El SRQ-18 ha sido elaborado por la Organización Mundial de la Salud con el fin de ampliar la detección y atención de los problemas de salud mental en el primer nivel de atención. El SRQ-18 incluye ítems de varios instrumentos, su aplicación es sencilla y consta de 28 preguntas con dos respuestas “sí” o “no”. Las primeras 18 se refieren a síntomas depresivos o ansiosos; las preguntas 19 a 22, indican un trastorno psicótico; la 23 indica trastorno convulsivo; y las preguntas 24 a 28 problemas con el consumo de alcohol.

- **KAREN MACHOVER**

Es un test proyectivo de personalidad que revela la auto interpretación de la persona, y su percepción sobre su entorno y su visión del mundo.

B. PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

- **URICA**

Dozois (2004) describió sobre la prueba que tiene su nombre original “escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island-URICA”, de los autores James O. Prochaska y Carlo DiClemente (1984) y tiene como objetivo valorar el grado de intención que tiene el usuario respecto al cambio. Revela cuatro estadios de cambio: Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento.

Según su ficha técnica el instrumento tiene como nombre original “University of Rhode Island Change Assessment” (URICA), cuyos autores son McConnaughy, Prochaska y Velicer, 1983; Prochaska et al., 1992. Es un autoinforme tipo cuestionario de 32 ítems, que en la formulación de cada uno de los diferentes ítems no hace referencia a una conducta problema o adicción concreta sino genéricamente al término “problema” que el evaluador habrá definido anticipadamente con la persona. Está compuesto por 4 subescalas (precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento) y que incluye 8 ítems. Los ítems son frases en que la persona debe indicar su grado de acuerdo, son tipo Likert de 5 puntos, siendo 1 “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”.

No existen versiones distintas sino adaptaciones para las diferentes investigaciones. Es explícitamente abierto pues los ítems hacen referencia al

problema que el usuario presenta, partiendo de la base de que se habrá acordado con el paciente a que problema se hace referencia (tabaquismo, alcoholismo, comer compulsivo, juego patológico, etc). Por ello se han realizado adaptaciones de los ítems a un problema concreto. Además se han hecho adaptaciones para población subclínica, en estudios como el de Dozois y otros (2004). Tiene el objetivo de valorar la disposición al cambio que fue propuesto por Prochaska y DiClemente en su modelo transteórico, que consideró la población clínica con problemas de adicción, aunque también se ha usado con control de peso y bulimia nerviosa entre otros.

En cuanto a la fiabilidad del instrumento se ha valorado la consistencia interna, siendo bastante elevada: entre 0.69 y 0.89. Siendo formulada la validez en análisis factorial muestra la plausibilidad del modelo transteórico de estadios de cambio. Discrimina entre patrones de uso del alcohol, expectativas sobre la bebida, y consecuencias relacionadas con el consumo en muestras de pacientes con problemas de consumo de alcohol que siguen en tratamiento. Igualmente, los estudios parecen validar la existencia de una serie de perfiles respecto a la disposición para cambiar de pacientes adictos (subgrupos pre contemplador, desanimado, ambivalente, contemplador, participativo...). Dozois y Westra (2004) y Derisley y Reynolds (2000), midieron las correlaciones entre las distintas subescalas, obteniéndose, tal como se esperaba, correlación negativa entre Precontemplación y las otras 3 subescalas, al igual que correlaciones más fuertes entre Acción y Mantenimiento, que de éstas con Contemplación. Esta información apoya científicamente a la teoría de Prochaska y DiClemente.

El tiempo de administración del instrumento es de 10-15 minutos, para la aplicación: las personas deben responder a cada ítem en función de su grado de

acuerdo en ese momento, según una escala de 5 puntos, siendo 1 “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”. En cuanto a la corrección e interpretación en la escala de URICA se evalúa 4 de los 5 estadios de cambio propuestos por Prochaska y DiClemente: precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento. Pretende valorar en qué medida la persona presenta comportamientos o cogniciones propias de un estadio u otro. Analizando ítem por ítem, se obtiene información muy valiosa de cara a qué elementos hay que trabajar en la terapia. Debe considerarse a la hora de interpretar este autoinforme la información de la situación del sujeto en cada uno de dichos estadios, pues se obtiene una puntuación en cada uno. Por tanto, aumentan las dificultades si la finalidad es clasificar al adicto con una conducta problema en un único estadio. Y finalmente el momento de aplicación: Evaluación se puede dar antes, durante o después del tratamiento.

- ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Instrumento que se utiliza para indagar acerca de los antecedentes de problema de la usuaria, así como para identificar las afectaciones que ha tenido respecto al consumo de alcohol en distintas áreas de su vida, como el área familiar, social, laboral, etc. Finalmente, con este instrumento se registran las motivaciones de la usuaria para iniciar, mantener y concluir su tratamiento, sus expectativas respecto al futuro.

3.3. PROCEDIMIENTO DE EVALUACIÓN

Según el flujo de atención del Centro de Salud Mental Comunitario el usuario que ingresa puede ser derivado del primer nivel de atención, de alguna institución de la comunidad o de forma independiente.

A su llegada al establecimiento en la ventanilla de admisión se consignan sus datos generales, su sistema de seguro, dirección, teléfono, seguidamente es derivada al servicio de acogida donde es atendida con un personal de enfermería, profesional que es responsable de la primera entrevista sobre el motivo de consulta y las expectativas de atención del usuario a su vez se le da toda la información sobre los servicios que otorga la institución, sus deberes y derechos por último se firma la ficha de consentimiento informado. En esta etapa de la evaluación del usuario se acuerda la fecha para la entrevista con el médico psiquiatra y el equipo multidisciplinario.

La atención integral multidisciplinaria, es la etapa de la evaluación presidida por el médico psiquiatra y donde está presente el psicólogo, personal de enfermería, la trabajadora social y en algunos casos personal de rehabilitación, el objetivo es evitar la revictimización del usuario que luego pasará de manera individual a los servicios, también tiene el objetivo de dar un diagnóstico para el inicio y desarrollo del paquete de atención.

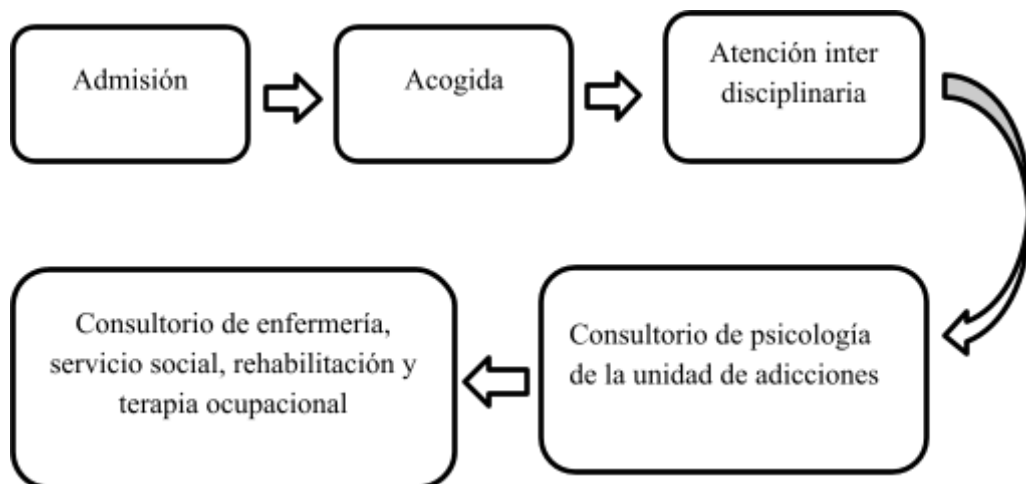
En la última etapa de evaluación el usuario ingresa al servicio de psicología, en base a la información del plan de atención individualizado sigue la entrevista para complementar la información respecto de las áreas afectadas en la usuaria debido al problema de consumo de alcohol. En la primera sesión el objetivo es entablar el rapport y el encuadre de las posteriores entrevistas, la segunda sesión se complementa datos personales e historia personal y se incrementa la motivación de la usuaria, en la tercera y cuarta sesión se combina datos sobre áreas afectadas con la aplicación de cuestionarios y en esta última se da la psicoeducación sobre el plan de tratamiento a seguir, las etapas de la rehabilitación, y se refuerza información sobre el plan de atención

individualizado, quien indicó 02 sesiones de entrevista motivacional y 04 sesiones de psicoterapia individual, estas sesiones sugeridas son sesiones mínimas, que se ajustan de acuerdo a las necesidades de cada usuario, en el caso específico se utilizó 04 sesiones de entrevista motivacional y evaluaciones, las sesiones psicoterapéuticas que los tres primeros meses fueron una vez por semana, luego cada 15 días fueron 12 sesiones y por ultimo sesiones de seguimiento y actividades grupales que fueron hasta que fue derivada a un establecimiento cercano a su domicilio, luego se optó por sesiones asincrónicas de seguimiento.

Conjuntamente a las sesiones psicoterapéuticas se va desarrollando las sesiones de la usuaria en los consultorios de servicio social, rehabilitación y terapia ocupacional, enfermería que tienen sus actividades específicas.

Figura 2

Flujograma para la atención de usuarios en C.S.M.C. san Román



3.4. PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA

Dentro del flujo de atención en el centro de salud mental comunitario, se realiza la consulta especializada para iniciar la atención por el equipo multidisciplinario, esta consulta especializada está presidida por el médico psiquiatra.

Siendo el diagnóstico para el caso, tomando en cuenta el manual de trastornos mentales CIE – 10

- F10. 2 trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol.

Síndrome de dependencia

Diagnóstico en evaluación

- F32.0 Episodio depresivo

3.5. RESULTADOS E INTERPRETACIÓN

A. PARA EL CONSUMO DE ALCOHOL

En cuanto al ASSIST que evalúa el riesgo de consumo, la usuaria obtuvo una puntuación de 29 puntos con respecto al consumo de alcohol dicho resultado nos indica que la usuaria se encuentra en un alto riesgo de dependencia hacia el consumo de alcohol y probabilidad de tener problemas de salud, dificultades a nivel social con respecto a las amistades o la relación con los vecinos, complicaciones económicas o que no tenga una actividad laboral, algún ingreso económico o lo haya perdido por su problema de consumo, problemas legales como denuncias o internamientos en reclusorios como resultado del consumo de alcohol.

En cuanto al EIDA que mide la intensidad de dependencia al alcohol, la usuaria obtuvo 24 puntos el cual se interpreta que la usuaria tiene una dependencia moderada, lo que significa que producto de su consumo de alcohol existen alteraciones de la vida Familiar, problemas en el ámbito laboral, existencia de conductas de alto riesgo y también presencia de Craving, desarrollo de tolerancia al alcohol, pérdida del autocontrol, desarrollo del síndrome de abstinencia en un nivel moderado y tras la recaída vuelven los síntomas iniciales del trastorno, por lo que requiere una intervención especializada.

En esta sección también se debe tomar en cuenta el resultado del cuestionario SQR – 18 con respecto a los ítems del consumo de alcohol que evidencia como un caso con riesgo de alcoholismo, en cuanto a síntomas depresivos y ansiosos arrojó 13 puntos sobre 18 preguntas por lo cual se admite como caso positivo para la depresión, este resultado es a partir de 9 puntos respecto de las 18 preguntas en esta sección, muestra tristeza, llanto fácil, problemas de apetito y sueño, disminución del interés, anhedonia, en los últimos meses tuvo ideaciones suicidas, entre otros.

En cuanto a la personalidad según el test proyectivo de Karen Machover se concluyó que se trata de una persona con baja autoestima, inestable emocionalmente, con temor a ver hacia el pasado, pero al mismo tiempo no puede superar episodios negativos y se siente enganchada hacia ese pasado, muestra indicadores de posibles problemas orgánicos, bajo nivel intelectual, es una persona nerviosa y desconfiada porque piensa que las personas le harán daño, existe indicadores de ser consumidora de alcohol.

B. PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Respecto a la disposición al cambio evaluado por el test de URICA la calificación se hizo de manera sistematizada el cual arroja que la usuaria se halla en un estadio de preparación o determinación, que según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, significa que la persona está pensando en tomar seriamente un tratamiento porque ha pensado que su consumo de alcohol está ocasionándole problemas en diversas áreas y está considerando buscar ayuda para mejorar, está dispuesta a cumplir las indicaciones sobre su tratamiento y motivación es favorable.

En cuanto a la entrevista clínica el nivel de motivación al cambio resultó ser adecuado. Siendo su motivación intrínseca el deseo de recuperar a sus hijos, siendo consciente que para lograrlo debe dejar de tomar bebidas alcohólicas, conseguir un trabajo y tener una conducta intachable que será evaluado en un proceso que ella considera será a mediano plazo por las autoridades a cargo de la tenencia de sus menores hijos; otra motivación para empezar un tratamiento es el conseguir un trabajo que le ayude a establecerse, es decir pueda tener un lugar seguro para vivir lejos de las personas de mala influencia, tener dinero y comprar muebles y regalos para sus hijos. Al inicio no consideraba dentro de sus motivaciones el cuidado de su salud, mejorar sus habilidades sociales complejas o buscar el bienestar y superación personal.

CAPÍTULO IV: INTERVENCIÓN

4.1. PROBLEMA DELIMITADO

De acuerdo a la evaluación realizada a la usuaria, en esta sección se hizo una síntesis de los problemas y dificultades que fueron abordados en el plan de intervención.

- La dependencia al alcohol, el cual consideraba una dependencia moderada, lo que significa que producto de su consumo de alcohol existen alteraciones de la vida Familiar, problemas en el ámbito laboral, existencia de conductas de alto riesgo y también presencia de craving, desarrollo de tolerancia al alcohol, pérdida del autocontrol, desarrollo del síndrome de abstinencia en un nivel moderado y tras la recaída vuelven los síntomas iniciales del trastorno, por lo que requiere una intervención especializada.
- En cuanto a los estadios de cambio la usuaria se hallaba en un estadio de preparación o determinación, que según el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, significa que la persona está pensando en tomar seriamente un tratamiento porque ha pensado que su consumo de alcohol está ocasionándole problemas en diversas áreas y está considerando buscar ayuda para mejorar, está dispuesta a cumplir las indicaciones sobre su tratamiento y motivación es favorable.
- En el aspecto de la personalidad se obtuvo como resultado, autoestima disminuida, debido a su historial de psicotrauma en la niñez lo que se convirtió en factor de riesgo para el inicio a temprana edad del consumo de alcohol.
- En el aspecto social, dificultades en cuanto a las habilidades sociales complejas, registrados en la entrevista realizada.

- Síntomas depresivos y ansiosos, evidenciado por tristeza, labilidad emocional, problemas de apetito y sueño, disminución del interés, anhedonia, en los últimos meses tuvo ideaciones suicidas, entre otros.

4.2. OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN

OBJETIVOS GENERALES

- Incrementar la adherencia al tratamiento de la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Incrementar la motivación para el cambio en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.
- Disminuir el nivel de dependencia al consumo de alcohol en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.
- Identificar las creencias personales respecto al tratamiento de consumo de alcohol en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.
- Incrementar el nivel de autoestima en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.
- Entrenar en habilidades sociales complejas en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.

4.3. TÉCNICAS PARA LA INTERVENCIÓN

Ochoa et al. (2009) hizo referencia acerca de que muchas escuelas psicológicas presentan su esquema de tratamiento, sin embargo, los más conocidos son los programas basados en la terapia cognitivo conductual que va

incluir la motivación para la abstinencia y la prevención de recaída, así como el entrenamiento en estrategias de afrontamiento ante los síntomas de la abstinencia y factores que hayan influido en el inicio del consumo de alcohol. Junto con las terapias individuales se desarrollan las técnicas de grupo y los grupos de autoayuda que van a ayudar a la deshabitación. Además incluye el cuestionario EIDA como instrumento que aporta datos sobre la gravedad e intensidad de la dependencia alcohólica.

Fonseca et. al. (2021) refirió que la terapia de aumento motivacional tiene como objetivo incrementar la aptitud hacia el cambio, en la primera sesión se exterioriza la experiencia de consumo de alcohol del usuario fomentando afirmaciones automotivadoras y retroalimentando sobre los resultados de la evaluación de inicio. En las siguientes sesiones se elabora un plan de cambio el cual se hace seguimiento, así como vigilar la asistencia a sus sesiones de terapia. Además, hace referencia a que la terapia cognitivo conductual (TCC) ha sido sometida a prueba en numerosos meta análisis, teniendo resultados favorables. Siendo las intervenciones dentro de esta terapia el entrenamiento en habilidades interpersonales que tiene como fin entrenar habilidades efectivas para que el usuario pueda superar situaciones de riesgo para el consumo de bebidas alcohólicas, otra intervención sería la terapia conductual familiar y de pareja que se desarrolla como un programa donde se busca entrenar al familiar frente a situaciones de riesgo donde pueda utilizar habilidades de comunicación asertiva y reforzamiento positivo y por otro lado reforzar la relación con la pareja mediante actividades en conjunto. Una tercera intervención dentro de la aplicación de la terapia cognitivo conductual es la prevención de recaídas el cual puede desarrollarse de manera individual o grupal en el cual se interviene para

identificar situaciones de riesgo, entrenar al usuario para enfrentar esas situaciones riesgosas y manejo del craving. Finalmente, otra intervención es la aproximación de reforzamiento comunitario que tiene como finalidad reorganizar el estilo de vida del usuario.

Para el plan de intervención presentado en este estudio de caso, se describió brevemente las técnicas terapéuticas utilizadas:

- Técnicas de respiración y relajación: Ruiz, et al. (2012) indica que consiste en disminuir gradualmente los niveles de activación en la persona, gestionando conscientemente las sensaciones corporales negativas y enfrentando diversas situaciones de manera eficaz. En el caso específico es usado para la autorregulación, manejo de situaciones de riesgo, y prevención de recaídas.
- Entrenamiento en inoculación al estrés: Ruiz, et al. (2012) sostuvo que esta técnica puede usarse para prevenir situaciones leves de estrés y tener mejor respuesta ante situaciones de estrés más complejas; en el caso descrito lo utilizamos para prevenir recaídas en cuanto al consumo de alcohol y afrontamiento a situaciones de riesgo.
- Entrenamiento en Habilidades Sociales (EHS): Ruiz, et al. (2012) refirió que es un tratamiento dirigido a mejorar la calidad de las relaciones interpersonales, de comunicación y relacionales de la persona y su entorno. Para la aplicación del plan psicoterapéutico usamos esta técnica para mejorar las habilidades sociales complejas en la usuaria.
- Reestructuración cognitiva: Ruiz, et al. (2012) se trata de cambiar creencias negativas que perjudican a la persona por pensamientos más constructivos, se da por medio del diálogo socrático durante el proceso de tratamiento; que se usa en el caso descrito para el manejo de ideas y creencias irracionales.

- Entrenamiento en autoinstrucciones: Ruiz, et al. (2012) indicó que se trata de que la usuaria origine verbalizaciones internas reales y constructivas que ayuden al logro de un propósito. En nuestro caso es utilizada para entrenar a la usuaria en el incremento de su autoeficacia, planificar antes de actuar y el manejo de las situaciones de riesgo en relación al consumo de alcohol.
- Técnicas de exposición: Ruiz, et al. (2012) usando la imaginación y también en vivo se trata de exponerse aquello que se teme, utilizado para el entrenamiento en habilidades sociales y el control de impulsos. En el caso descrito es utilizado en las sesiones para el manejo de los niveles de ansiedad en situaciones riesgo ante el consumo de alcohol, entrenamiento en habilidades sociales complejas y prevención de recaídas
- Modelamiento: Ruiz, et al. (2012) está referido al refuerzo de pasos minúsculos hasta alcanzar una conducta meta. En nuestro caso es usado para conseguir respuestas concretas frente a situaciones de riesgo en cuanto al consumo de alcohol.
- Solución de problemas: Ruiz, et al. (2012) sostuvo que es una técnica que está dirigida a acrecentar la habilidad de la persona para dar solución a los problemas a fin de afrontar hechos estresantes de la vida con respuestas más eficaces; en el caso en estudio lo ponemos en prácticas con el objetivo de prevención de recaídas de la usuaria en cuanto al consumo de alcohol.

Becoña y Cortés (2008) refirieron que en adicciones las terapias familiares tienen gran eficacia para incrementar el compromiso de los usuarios y sus familias con los programas de tratamiento, así como para incrementar la adherencia terapéutica y disminuir el uso de drogas post tratamiento, restablecer

el funcionamiento familiar y facilitar la incorporación social de los usuarios.

Siendo las técnicas que hemos utilizado las siguientes:

- Preguntas circulares: con objetivo de que los miembros de la familia se pongan en el lugar del otro, se realizan preguntas a todos sobre un mismo tema para recabar información de todos. En el caso en particular usamos esta técnica para ver cómo están entendiendo los niños el problema de la madre en relación al consumo de alcohol.
- Reformulación: Con esta técnica se busca dar un enfoque positivo a problemas negativos en la familia. Usamos esta técnica en el proceso psicoterapéutico para entender la separación temporal de los miembros de la familia.

4.4. EJECUCIÓN: DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

El plan terapéutico fue multidisciplinario, siendo paralelo al desarrollo de plan de intervención psicológica, incluye la intervención de los profesionales como enfermería, psiquiatría, medicina, terapia ocupacional, servicio social. En este trabajo académico se describe la intervención psicológica.

Tabla 2

Plan de intervención individualizado para personas con dependencia del alcohol

ATENCIÓN REALIZADA	NÚMERO DE SESIONES REALIZADAS
Consulta médica	4
Evaluación integral Interdisciplinaria	1
Entrevista motivacional	2
Psicoterapia individual	4
Visita domiciliaria	1
Intervención familiar	2
Trabajo de grupo	2

Nota: Elaborado a partir del manual de HIS MINSA – 2021, la tabla representa el número mínimo de sesiones realizadas por cada profesional.

Cada profesional siguió el plan de atención individualizado planteado en la etapa de evaluación, lo que se describe a continuación es lo que correspondía al plan psicoterapéutico ejecutado enteramente por el profesional psicólogo sin hacer de lado las coordinaciones constantes con el equipo tratante.

Tabla 3*Tabla resumen de las sesiones del plan psicoterapéutico*

SESIÓN	OBJETIVO DEL PLAN PSICOTERAPÉUTICO	TEMA
01	Incrementar la motivación para el cambio en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Incremento de la motivación
02	Incrementar la motivación para el cambio en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Consolidación del compromiso de cambio.
03	Incrementar la motivación para el cambio en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Los estadios de cambio
04	Disminuir el nivel de dependencia al consumo de alcohol en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Presencia del síndrome de abstinencia.
05	Incrementar la motivación para el cambio en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Estadio de cambio Contemplativo
06	Identificar las creencias personales respecto al tratamiento de consumo de alcohol en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Las creencias personales en general
07	Identificar las creencias personales respecto al tratamiento de consumo de alcohol en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Pensamientos irracionales respecto al tratamiento farmacológico
08	Disminuir el nivel de dependencia al consumo de alcohol en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Estadio de cambio de preparación
09	Disminuir el nivel de dependencia al consumo de alcohol en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	La acción
10	Disminuir el nivel de dependencia al consumo de alcohol en la usuaria	Mantenimiento

	diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	
11	Disminuir el nivel de dependencia al consumo de alcohol en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Técnicas de relajación
12	Disminuir el nivel de dependencia al consumo de alcohol en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Control de estímulos
13	Disminuir el nivel de dependencia al consumo de alcohol en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Evaluación de situaciones de riesgo
14	Disminuir el nivel de dependencia al consumo de alcohol en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Manejo de recaídas
15	Entrenar en habilidades sociales complejas en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Habilidades sociales sanas
16	Entrenar en habilidades sociales complejas en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Los prejuicios del consumo de alcohol.
17	Incrementar el nivel de autoestima en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	El proyecto de vida
18	Entrenar en habilidades sociales complejas en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Visita al domicilio
19	Entrenar en habilidades sociales complejas en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Acompañamiento a la visita regular a la UPE
20	Entrenar en habilidades sociales complejas en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	Refuerzo del vínculo familiar
21	Entrenar en habilidades sociales complejas en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	La familia

Tabla 4

Descripción de las sesiones psicoterapéuticas

DESARROLLO DE LAS INTERVENCIONES PSICOTERAPÉUTICAS	
ENGANCHE	<ul style="list-style-type: none">- Rapport- Encuadre:- Psicoeducación sobre el proceso terapéutico
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">- Aplicación de cuestionarios psicológicos- Evaluación de factores de alto riesgo
	Fase de Contemplación: <ul style="list-style-type: none">- Relieve dramático
	Fase de Acción: <ul style="list-style-type: none">- Manejo de contingencias- Relaciones de ayuda
PLANIFICACIÓN	Evaluación de los estadios de cambio
	Fase de Mantenimiento: <ul style="list-style-type: none">- Contra condicionamiento- Control de estímulos
	Manejo de recaídas <ul style="list-style-type: none">- Pensamientos y actitudes de recaída- Manejo de conductas de alto riesgo
	Terapia familiar: <ul style="list-style-type: none">- Centrada en la familia
	Terapia familiar

Entrevista motivacional N° 1

Tema: Incremento de la motivación

Objetivo: Que la usuaria pueda incrementar su motivación para dejar el consumo de alcohol.

Técnica: Se trata de expresar empatía, escuchar de forma respetuosa y reflexiva, es decir, comprender los sentimientos y el punto de vista del usuario evitando juzgar, criticar o culpabilizar, pero no necesariamente validando lo que dice.

EJECUCIÓN

También se trabaja en fomentar la discrepancia, con el objetivo de incrementar motivación intrínseca del usuario se debe crear una discrepancia entre la conducta actual y la consecución de objetivos personales en un futuro a corto plazo, con ello se incrementa la probabilidad de que se dé el cambio con respecto a abandonar el consumo.

Entrevista motivacional N° 2

Tema: Consolidación del compromiso de cambio.

Objetivo: Que la usuaria tenga expectativas de cambio reales y pueda avanzar a otro estadio de cambio.

Técnica: En esta sesión trabajamos la resistencia, es decir que se toma en cuenta que ante cualquier cambio el usuario muestra bloqueo, dudas y ambivalencia, tomar en cuenta la resistencia permite implicar al usuario de forma activa en el proceso de resolver sus problemas, con ello el terapeuta no impone su punto de vista, tampoco sus objetivos, ni da soluciones a lo que plantea el usuario, lo que hace es formular preguntas, dudas para que el usuario llegue a considerar algún dato que hasta el momento no tenía importancia dentro de sus decisiones.

También debemos reforzar la autoeficacia que es un elemento importante para la motivación para el cambio y predice un resultado positivo en el tratamiento, de lo que se trata es aumentar la percepción del usuario sobre su capacidad para enfrentar las dificultades y tener éxito en el cambio que pretende con respecto al consumo.

Psicoterapia individual N° 1

Tema: Los estadios de cambio

Objetivo: Que la usuaria conozca y reconozca los estadios de cambio de Prochaska y DiClemente.

Técnica: Mediante metáforas y diálogo socrático se desarrolla de manera sencilla de comprender los estadios de cambio respecto de dejar el consumo de alcohol, retroalimentado en cada estadio para garantizar la comprensión de la usuaria.

Psicoterapia individual N° 2

Tema: Presencia del síndrome de abstinencia.

Objetivo: Que la usuaria reconozca los síntomas de abstinencia que podría presentar ahora que ha dejado de beber alcohol.

Técnica: Mediante diálogo socrático y el uso de una hoja de registro se entrena a la usuaria para identificar síntomas de abstinencia y que pueda valorar que este proceso es parte del tratamiento.

Psicoterapia individual N° 3

Tema: Estadio de cambio Contemplativo

Objetivo: Incrementar la motivación y preparación para la acción.

Técnica: Resolver la ambivalencia y ofrecer ayuda para el cambio, mediante Psicoeducación,

concienciación, reevaluación ambiental, balance decisional y la liberación personal.

Psicoterapia individual N° 4

Tema: Las creencias personales en general

Objetivo: Exteriorizar las creencias personales respecto al tratamiento que trae la usuaria para reestructurar en favor de logro de la adherencia al tratamiento.

Técnica: Mediante diálogo socrático y reestructuración cognitiva se exterioriza las creencias de la usuaria respecto al tratamiento en adicciones, su percepción respecto al personal de salud que la atiende, en el cual se valida lo favorable al tratamiento y se reestructura lo que se presenta como bloqueo hacia el logro de los objetivos.

Psicoterapia individual N° 5

Tema: Pensamientos irracionales respecto al tratamiento farmacológico

Objetivo: Identificar los pensamientos y creencias personales respecto al tratamiento farmacológico a fin de reestructurar en favor de la adherencia al tratamiento.

Técnica: Mediante metáforas y diálogo socrático se exteriorizan las creencias personales de la usuaria respecto al tratamiento farmacológico, identificando las ideas irracionales para

reestructurar en favor de la adecuada adherencia al tratamiento.

Psicoterapia individual N° 6

Tema: Estadio de cambio de preparación

Objetivo: Apoyar la planificación y el inicio de la acción respecto a dejar el consumo.

Técnica: Se trabaja la autoeficacia y auto liberación, el control de estímulos y el contra condicionamiento que va dar como resultado el abandono del consumo de alcohol, validando que el progreso hacia la siguiente estadio solicita cambios de cómo se siente y cómo valora el estilo de vida que se vincula al consumo de alcohol.

Psicoterapia individual N° 7

Tema: Estadio de cambio de acción

Objetivo: Fomentar el mantenimiento del cambio respecto al consumo de alcohol.

Técnica: Aumentar la autoeficacia, prevenir la recaída, apoyar a la usuaria en la afirmación de su decisión respecto a dejar el consumo de alcohol, trabajando manejo de contingencias (craving), contra condicionamiento y control de estímulos.

Psicoterapia individual N° 8

Tema: Estadio de cambio de mantenimiento

Objetivo: Promover en la usuaria la prevención de recaídas.

Técnica: Mediante, metáforas, auto instrucciones, e trabaja la prevención de recaídas, en el cual se consolida los logros de la etapa anterior, se refuerza la autoeficacia debido a que la usuaria pueda presentar miedo al cambio en sí mismo, porque cree que cualquier cambio puede ocasionar una recaída. También se trabaja control de estímulos y manejo de contingencias ya que probablemente en esta etapa lo más importante para la usuaria tiene el pensamiento de que se está convirtiendo en el tipo de persona que quiere ser, por lo que se le apoya en la gestión de su estilo de vida.

Psicoterapia individual N° 9

Tema: Técnicas de relajación

Objetivo: Manejo de técnicas de relajación para el control de estímulos (craving)

Técnica: Se entrena mediante modelamiento una secuencia de técnicas de relajación que la usuaria debe practicar cuando el craving se manifiesta.

Psicoterapia individual N° 10

Tema: Control de estímulos perturbadores

Objetivo: Desarrollar estrategias para que pueda controlar las situaciones de riesgo a las que se enfrente.

Técnica: Mediante entrenamiento y resolución de problemas se entrena a la usuaria evitar las exposiciones de alto riesgo para consumir alcohol lo que permitirá una reestructuración de su ambiente para evitar situaciones de riesgo.

Psicoterapia individual N° 11

Tema: Evaluación de situaciones de riesgo

Objetivo: Enseñar a la usuaria las situaciones de riesgo que pueden ocasionar una recaída.

Técnica: Psicoeducación e identificación de situaciones de recaída como los estados emocionales negativos, situación física negativa, factores emocionales positivos, el control personal, aparición del deseo y tentaciones, conflictos interpersonales y la presión social.

Psicoterapia individual N° 12

Tema: Manejo de recaídas

Objetivo: Exponer los pensamientos más comunes en el proceso de recaída para que la usuaria busque soluciones y no dejarse vencer.

Técnica: Mediante técnicas de terapia cognitiva conductual se reconoce los pensamientos y actitudes inminentes a la recaída como: actitudes negativas las cuales son más frecuentes en los dos primeros meses de recuperación, tener dudas del proceso de recuperación, autocompasión, impaciencia, esperar demasiado del entorno, mantener una actitud negativa y de insatisfacción crónica y confiar demasiado en uno mismo.

Psicoterapia individual N° 12- 15

Tema: Habilidades sociales adecuadas

Objetivo: Entrenar en habilidades sociales y manejo de redes de apoyo.

Técnica: Haciendo uso del modelado y la resolución de problemas se entrena a la usuaria para que progresivamente pueda tener redes de apoyo saludable, que garanticen los logros obtenidos y apoyen en el proceso post tratamiento.

Grupo de ayuda mutua N° 1

Tema: Los perjuicios del consumo del consumo de alcohol.

Objetivo: Compartir con todos los participantes de manera abierta los perjuicios que han tenido luego de consumir alcohol.

Técnica: Mediante diálogo abierto el moderador invita a los participantes a compartir los problemas en los cuales se han visto incluidos cuando consumían alcohol, cada participante se toma un tiempo prudente para compartir su experiencia y al concluir un usuario hace la retroalimentación y motivación a continuar en el proceso terapéutico.

Grupo de ayuda mutua N° 2

Tema: El proyecto de vida

Objetivo: Declarar por parte de los participantes sus planes de futuro sin consumo de alcohol.

Técnica: En diálogo abierto cada uno de los participantes comparten lo que tiene en mente como proyecto de vida en un futuro, donde no se considera el consumo de alcohol, luego de la participación un usuario realiza la retroalimentación a los participantes, para concluir cada participante escribe en una tarjeta su proyecto más importante o el resumen de sus proyectos y lo pega en el panel, el moderador

retroalimenta a los participantes sobre el logro de cada uno de sus proyectos.

Visita domiciliaria N° 1

Tema: Visita al domicilio

Objetivo: Conocer el lugar donde habita la usuaria para reforzar el seguimiento al proceso terapéutico.

Técnica: Mediante coordinación vía celular se pacta la visita domiciliaria del servicio de enfermería y psicología, al llegar al domicilio se realiza el conteo de los medicamentos por parte de la enfermera y seguidamente en la intervención psicológica se trabaja el espacio personal y la autoestima.

Visita domiciliaria N° 2

Tema: Acompañamiento a la visita regular a la unidad de protección al menor.

Objetivo: Acompañar a la usuaria a la visita al hogar de protección al menor donde están albergados, a fin de que el encuentro sea saludable y refuerce el vínculo de madre a hijos.

Técnica: Se acompaña a la primera visita programada por el personal de la unidad de protección al menor de la ciudad de Puno, el cual es parte del proceso de acercamiento de los niños con la madre; así mismo te da un acercamiento

con los niños para que puedan conocer y aceptar siguientes visitas para terapia familiar.

Intervención familiar N° 1

Tema: Refuerzo del vínculo familiar

Objetivo: Mejorar los lazos afectivos entre los miembros de la familia.

Técnica: Mediante la interacción de los miembros de la familia (madre e hijos) y el reconocimiento de las experiencias buenas en el pasado antes del problema del consumo de alcohol se trabaja el refuerzo del vínculo familiar. Cada miembro retroalimenta expresándose con libertad sintiéndose parte de la familia.

4.5.INDICADORES DE LOGRO

Para la verificación del cumplimiento de los objetivos planteados, se definieron los siguientes indicadores de logro.

Tabla 5

Tabla de los indicadores de logro de los objetivos terapéuticos

OBJETIVO	INDICADOR DE LOGRO
Incrementar la adherencia al tratamiento de la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	La usuaria completa el esquema psicoterapéutico logrando conciencia de enfermedad a través del cumplimiento de las actividades indicadas.
Incrementar la motivación para el cambio en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	La usuaria se encuentra en la etapa de cambio de mantenimiento durante un tiempo mayor a seis meses.
Disminuir el nivel de dependencia al consumo de alcohol en la usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	La usuaria obtiene un puntaje de 19 puntos en la evaluación post tratamiento, lo que determina que se encuentra en remisión de síntomas.
Identificar las creencias personales respecto al tratamiento de consumo de alcohol en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	La usuaria manifiesta creencias racionales respecto al problema del consumo de alcohol.
Incrementar el nivel de autoestima en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	La usuaria reconoce características positivas de su persona, realizando cambios respecto a su estilo de vida.
Entrenar en habilidades sociales complejas en una usuaria diagnosticada con dependencia al consumo de alcohol.	La usuaria establece nuevos vínculos saludables (amigos y personas de confianza) para buscar ayuda y soporte emocional.

4.6. MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El monitoreo se realizó por medio de telemonitoreo cada 15 días, para reforzar los objetivos alcanzados y retroalimentar el plan de vida. Al término de la intervención y a decisión de la usuaria se realiza la transferencia al centro de

salud más cercano a su vivienda para que tenga las atenciones de control, mientras desarrolla sus actividades cotidianas.

En relación a la evaluación del plan se registraron datos del pre y post test de los instrumentos aplicados en la evaluación. Teniendo en cuenta lo anterior en la etapa de evaluación se registraba una dependencia alcohólica moderada con 27 puntos, luego de la aplicación del programa se volvió a tomar la misma prueba arrojando 19 puntos que indica haber superado la condición de dependencia al consumo de alcohol.

En el SQR- 18 en la etapa de evaluación mostraba un resultado de 13 puntos que convertía en un caso positivo de depresión al evaluar finalmente se obtiene un puntaje de 6 puntos, lo que indica una disminución de los síntomas depresivos iniciales.

En el test proyectivo de Karen Machover que se realizó en la evaluación inicial se evidencia autoestima disminuida, al volver a tomar la misma prueba luego de la intervención psicoterapéutica evidencia una autoestima adecuada, además de un autoconcepto acorde a su edad y según su realidad.

En cuanto al test de Urica, el cual al inicio de la evaluación tuvo un resultado de encontrarse en el estadio de preparación, al final se volvió a tomar el instrumento siendo su resultado en acción, evidenciando una abstinencia por un periodo mayor a 6 meses.

De la entrevista clínica, donde se registró problemas a nivel personal, social y familiar. Estos mejoran conforme se fueron consiguiendo logros respecto al tratamiento.

DISCUSIÓN

Tal como expuso Llinares et. al. (2002) en su artículo de investigación donde existe variables que predicen la adherencia al tratamiento en usuarios alcohólicos, estas variables predictoras de adherencia al tratamiento según el autor son el tipo de programa, recibir tratamiento acompañado de un familiar y un amplio tiempo de abstinencia previa, además concluyó que el estadio de cambio es menos importante para predecir adherencia al tratamiento. Ante estos hallazgos se consideró un programa de tratamiento multidisciplinario donde intervinieron profesionales como el médico psiquiatra, el psicólogo, la enfermera y todos aquellos que puedan aportar en consolidar la adherencia al tratamiento de la usuaria, por otro lado si bien tenemos en la evaluación inicial un resultado en el cual la usuaria se halla en el estadio de cambio de preparación ello no garantiza una adherencia permanente en el tiempo, es por ello que en la intervención se consideró como un objetivo trabajar de manera permanente y finalmente coincidiendo con los hallazgos de Llinares et. al. (2002) la participación de la familia es un factor incluido en el programa de intervención y que ha sido de gran apoyo en el sentido de motivación para no abandonar el tratamiento.

Lucas et al. (2002) en su artículo titulado “Abandono del tratamiento para dependencia alcohólica en medio ambulatorio: estudio prospectivo de dos años” en el que se buscó identificar las características sociodemográficas y clínicas de las personas con dependencia al alcohol que estén asociados a tasas mayores de abandono del tratamiento donde se considera los antecedentes personales de intentos de suicidio, trastornos afectivos y ansiosos, comorbilidad con trastornos afectivos y de personalidad, los antecedentes en la familia de trastornos

afectivos, las complicaciones somáticas y psiquiátricas del consumo y periodos de abstinencia pasada o presente. Lo que demostraría que la adherencia al tratamiento incluye no solo factores clínicos, sino también factores personales y familiares, por ello en la intervención se consideró un esquema de tratamiento considerando los factores asociados a ayudar positivamente al logro de la adherencia terapéutica en la usuaria con problemas de consumo de alcohol.

Corominas y Chamblás (2014) publicaron un artículo titulado “Alianza terapéutica y adherencia a tratamientos en drogodependencia” donde desarrollan un estudio para medir el efecto que la alianza terapéutica ejerce sobre la adherencia en pacientes con problemas de drogodependencia, por lo que es necesario mencionar que un buen rapport y adecuada relación entre los profesionales de salud y la usuaria aportará positivamente en la adherencia al tratamiento, lo que también se corrobora con la literatura revisada en el cual uno de los factores incluidos en la adherencia terapéutica son los factores relacionados al sistema de salud, hacemos referencia a lo señala Ortego (2004) sobre la importancia de la relación personal de salud y usuario, además recomienda que en personal de salud cuente con habilidades sociales que ayuden a mejorar la relación interpersonal con los usuarios. Por ello en la intervención planteada para la usuaria se da suma importancia en considerar el buen rapport y conexión entre los profesionales intervinientes, el profesional psicólogo y la usuaria.

Las investigaciones acerca del problema de alcohol en mujeres y su relación con la adherencia al tratamiento no han sido abordadas como tal, este dato puede ser considerado como una limitante para realizar comparaciones en cuanto a los resultados alcanzados en este trabajo de investigación, sin embargo

también puede ser considerado como una alternativa para ampliar el campo de investigación donde se considere el problema del alcohol en las mujeres y sus diferencias para iniciar, mantener y concluir intervenciones psicoterapéuticas, como es el caso del estudio realizado por Briñez (2001) donde evaluó las diferencias en la intoxicación, abuso y dependencia de alcohol en hombres y mujeres que es un aporte valioso sobre ver las diferencias de género en el problema de consumo de alcohol. También Sánchez (2014) realizó una diferenciación en cuanto a los efectos del consumo en relación al género, se plantean las siguientes variables: proceso de metabolismo del alcohol, patrón habitual de consumo, presencia de síntomas de dependencia alcohólica, actividad neurobiológica, sistema hormonal y las comorbilidades psiquiátricas asociadas, menciona además que la literatura revela que los varones tienden a un consumo mayor, sin embargo, las consecuencias mayormente dañinas se agrupan en el género femenino por diferencias estructurales. Siendo estos estudios un claro ejemplo de que se está avanzando en la investigación del problema del consumo de alcohol pero con perspectiva de género, que justamente es la intención de este trabajo académico donde el estudio de caso es sobre una usuaria adulta.

Por otro lado existen estudios que tienen coincidencias con aspectos básicos considerados en el presente trabajo académico incluido el plan de intervención, mencionamos el trabajo de Ochoa et al. (2009) que incluye el cuestionario EIDA como instrumento que aporta datos sobre la gravedad e intensidad de la dependencia alcohólica, instrumento que hemos incluido también para valorar el nivel de dependencia de la usuaria en la etapa de evaluación y post test siendo los resultados trascendentales para evidenciar el

abandono de la dependencia al consumo de alcohol en la usuaria. También debemos mencionar el trabajo Muñoz (2017) sobre los factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias quien cita a Sabaté, autor que también ha sido citado en el presente trabajo académico respecto a los factores asociados a la adherencia terapéutica los cuales son: factores relacionados con los pacientes, factores socioeconómicos, factores relacionados con el tratamiento, factores relacionados con la enfermedad y factores relacionados con el sistema de asistencia técnica. Estos factores son el sustento del porque los planes de intervención psicoterapéutica para las mujeres con problemas de consumo de alcohol debe considerar una amplia intervención de profesionales de la salud mental y también debe incluir componentes en cada factor que afecta la recuperación. También Caputo (2011) desarrolló un proyecto titulado: Taller de entrenamiento en habilidades sociales para favorecer la reinserción social para pacientes de “Programa Cambio” en el cual planteó como objetivo el desarrollo de las Habilidades Sociales en personas varones adictos en proceso de transición entre la recuperación y la reinserción a la sociedad, a través de talleres de entrenamiento. En este mismo trabajo se cita a Caballo (2000), quien refiere que el entrenamiento de las habilidades sociales es una técnica muy desarrollada y eficaz para tratamientos psicológicos, el cual mejora la interacción interpersonal y la calidad de vida. Este trabajo relata ampliamente la importancia de incluir el componente de entrenamiento de habilidades sociales en personas con problemas de adicciones, por lo que coincidimos al plantear en nuestro plan de intervención sesiones para mejorar las habilidades sociales en la usuaria con problemas de consumo de alcohol. Finalmente Santos D. et al. (2001) en su artículo sobre los estadios y procesos de cambio en

drogodependientes en tratamiento ambulatorio hice referencia de que el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente es uno de los que mayor soporte empírico ha recibido en relación con su capacidad descriptiva, explicativa y predictiva del proceso de cambio en el ámbito de las conductas adictivas y reveló de que el 51.7% de la muestra está ubicado en el estadio de preparación al inicio de tratamiento refleja que gran parte de las personas están bien motivadas hacia el cambio, resultado que coincide con el estadio de cambio en el cual se encontraba la usuaria en la evaluación inicial.

Carmino y Lima (2010) desarrollaron una investigación acerca de un plan de intervención terapéutica en adicciones y se refieren a la recaída como una situación que puede ocurrir en el proceso de lograr la abstinencia y que no necesariamente implica un abandono o un fracaso del tratamiento sino parte del proceso además se debe llevar al análisis y conocimiento acerca del motivo por el cual se produjo la recaída y se debe trabajar en la prevención para evitar la recurrencia y el manejo de factores riesgo que podrían ser los problemas familiares, de pareja y ambientales que se constituyen en señales de alerta y siempre surgen antes de que la persona recaiga. Por lo que se ha considerado ello para tener un programa flexible en el tiempo y no con la idea de desecharlo si ocurriera una recaída.

Respecto a la validez del programa de tratamiento, mencionamos a Sánchez Hervás E, et al. (2004) que propuso un modelo terapéutico basado en evidencias respecto a las adicciones y que permite evaluar las necesidades de los usuarios y de su proceso evidente de cambio e intervenir activamente en la planificación, ejecución y seguimiento del plan terapéutico establecido para el caso, la propuesta es un modelo de tratamiento psicoterapéutico que hace

referencia al modelo transteorético de cambio de Prochaska y DiClemente, integra las distintas intervenciones y técnicas psicoterapéuticas que pueden ser útiles en el tratamiento de las personas con problemas por consumo de sustancias. Por lo que en la propuesta terapéutica para este trabajo de investigación se consideran las técnicas de la terapia cognitiva conductual, considerando las necesidades personales de la usuaria y buscando que ella sea un agente activo en su proceso de cambio.

Respecto a los factores de la adherencia al tratamiento, en el caso descrito y tomando en cuenta los resultados del proceso de recuperación se puede decir que cada uno de los factores asociados a la adherencia terapéutica están presentes en las distintas etapas del tratamiento sin embargo se puede jerarquizar de acuerdo a la percepción de la misma usuaria y del equipo que participo en el proceso, siendo así que los factores que influyeron positivamente en la adherencia de al usuaria al tratamiento serían primero los factores relacionados con el aspecto social el cual describe Cirac que son aquellos factores que incluyen los soportes que el usuario tiene con respecto a la familia, la comunidad, condición social; en el caso su fuerte deseo de recuperar a sus hijos pequeños fue importante su adherencia al tratamiento, segundo los factores relacionados al sistema de salud del cual Ortego afirma que son las variables relacionadas con los establecimientos de salud han demostrado que pueden favorecer o dificultar la adherencia terapéutica, estas variables a considerar serían: la continuidad en la atención que siempre se lleve con un mismo profesional, el programa de citas sean cumplidas e ir supervisando como es la adherencia del usuario para ir corrigiendo incongruencias en el proceso; este factor en el caso descrito fue trascendental debido a ser una usuaria sin soporte familiar y pocas conexiones de redes de

apoyo, el personal de salud y el paquete de atención ofertado fueron un aporte positivo para que la usuaria pueda adherirse a su tratamiento, se puede mencionar aquí el trabajo de la enfermera la cual toma el nombre de “Tutora” que hizo un trabajo constante sobre el cumplimiento de su tratamiento farmacología y el cumplimiento de asistencia a sus citas en el establecimiento además de reportar al equipo las incidencias, también el trabajo de realizó la trabajadora social quien fue un nexo importante con la institución donde estaban albergados sus menores hijos es esta profesional quien jugó un papel importante para que se consolide la entrega de los 02 dos niños a la usuaria en el tiempo que corresponde además de realizar los informes correspondientes y periódicos respecto al avance del tratamiento dentro del establecimiento; por otro lado la trabajadora social gestionó para que la usuario pueda trasladarse de domicilio el cual colindaba con muchos lugares de consumo a otro sector esta acción también llevó un proceso, la intervención del tecnólogo médico en el área de rehabilitación quien trabajó aspectos cognitivos, el cuerpo médico con la supervisión y control de medicamentos, la psicóloga con la terapias individuales, grupales descritos en el plan de intervención además de liderar el grupo por ser la jefa de la unidad de adicciones.

CONCLUSIONES

- Para definir la adherencia al tratamiento en adicciones se debe considerar los factores relacionados con la enfermedad, los factores relacionados con el paciente, los factores relacionados con el tratamiento, los factores relacionados con el sistema de salud y los factores relacionados con el aspecto social, debido a que estos factores pueden tener una influencia positiva o negativa en el logro de la adherencia de la persona al tratamiento y/o programa terapéutico individualizado.
- Respecto a los factores de la adherencia al tratamiento, en el caso descrito y tomando en cuenta los resultados del proceso de recuperación se puede concluir que cada uno de los factores asociados a la adherencia terapéutica están presentes en las distintas etapas del tratamiento sin embargo se puede jerarquizar de acuerdo a la percepción de la usuaria y del equipo tratante, donde los factores relacionados con el aspecto social tomaron gran importancia el cual incluye a sus dos menores hijos como miembros de su familia, en segundo lugar los factores relacionados al sistema de salud que estuvo muy comprometido en el caso de inicio a fin, tercero los factores relacionados al paciente que incluye la motivación y otros aspectos, cuarto los factores relacionados a la enfermedad en este caso el problema de la dependencia al alcohol, y finalmente los factores relacionados al tratamiento el cual ha tenido los ajustes razonables respecto a la usuaria.
- Los programas terapéuticos deben ser individualizados, tomando en cuenta las necesidades particulares de los usuarios y siendo ellos mismos parte activa de la

planificación, ejecución y seguimiento, teniendo en cuenta la recaída es parte del proceso de tratamiento que evidencia su naturaleza flexible del mismo.

- Existe evidencia de que las terapias cognitivas conductuales tiene resultados favorables en el tratamiento de problemas con el alcohol en las mujeres, además la intervención multidisciplinaria resulta adecuada para el logro de la adherencia terapéutica y el logro de la recuperación.
- En el proceso y conclusión del programa de tratamiento se logró la adherencia al tratamiento de la usuaria, logrando la abstinencia total, siendo superada su condición de dependencia el cual se evidencia en los resultados de pre test vs. post test, transformando su estilo de vida, el manejo de habilidades sociales sanas y un avance considerable a la rehabilitación total, actualmente su condición es de seguimiento y control terapéutico periódico.
- En el área familiar ha cumplido con todos los requisitos para lograr el alta de sus hijos de la unidad de protección del menor, lo cual también ha incrementado su motivación para concretar su proyecto de vida, sin considerar el consumo de alcohol.
- Del programa de intervención podemos concluir que fue útil incluir los temas considerados los cuales fueron: el incremento de la motivación, manejo de pensamientos irracionales hacia el tratamiento y hacia sí misma, el entrenamiento en habilidades sociales, control de estímulos, manejo de recaídas, técnicas de relajación y proyecto de vida, porque aportaron de manera favorable en la recuperación de la usuaria juntamente con la intervención multidisciplinaria que recibió en el centro de salud mental comunitario en un tiempo de 2 años aproximadamente.

- No se puede generalizar un perfil sobre las personas que se adhieren o no al tratamiento del consumo de alcohol u otras sustancias; sin embargo luego del análisis de caso del presente trabajo académico se concluye que una usuaria con problemas de consumo de alcohol puede decidir buscar ayuda profesional cuando ocurre la separación de sus hijos de una manera súbita y la motivación para recuperarlos puede contribuir a una adherencia positiva, también la edad de la usuaria, es decir ser una persona adulta favorece al proceso de adherencia al tratamiento, finalmente la mejora de las condiciones personales, sociales y comunitarias aportaría en el logro de la rehabilitación de la mujer con problemas de dependencia del alcohol.

RECOMENDACIONES

- Luego de concluir el programa interdisciplinario se recomienda seguir las intervenciones, debido a que es una propuesta de sesiones mínimas y que puede seguir de acuerdo a la situación personal de la usuaria, de este modo garantizar la recuperación total.
- Se constituye una necesidad ampliar en esta misma línea de investigación, quizá en poblaciones más amplias a fin de enriquecer la comprensión del problema de consumo de bebidas alcohólicas en las mujeres.
- Respecto del plan de intervención desarrollado, recomendamos que se implemente de acuerdo a la problemática individual de cada usuaria, por lo que puede ser tomado como referente pues los resultados están basados en la evidencia más no puede ser usado como una receta única para las mujeres que tienen problemas con el consumo de alcohol.
- Con respecto a los instrumentos utilizados para la obtención de los resultados en el caso descrito, estos fueron adecuados para cada variable tanto la dependencia alcohólica como la adherencia terapéutica, sin embargo recomendamos de tener acceso incluir instrumentos específicos para la adherencia terapéutica o podría considerarse como un trabajo de investigación el implementar el instrumento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association, (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM -5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación americana de psiquiatría.

Becoña, E. y Cortés, M. (coord.) (2008) Guía clínica de intervención psicológica en adicciones. Socidrogalcohol.

Bríñez - Horta; J. A. (2001). Diferencias de género en problemas con el alcohol, según el nivel de consumo. Universidad Católica de Colombia Centro de Estudios e Investigaciones sobre las Adicciones y la Violencia (CEIAV). <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/559/551>

Bustamante C. (2014) Factores relacionados a la propensión al consumo de alcohol en adolescentes mujeres de cuatro distritos de Lima. UNSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/8989>

CASA (2006). Girls and Alcohol. Adapted from WOMEN UNDER THE INFLUENCE By The National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University The Johns Hopkins University Press.

Carpio R. (2018) Factores asociados a no adherencia al tratamiento antipsicótico en pacientes con esquizofrenia atendidos en consulta externa del servicio de psiquiatría del hospital Honorio Delgado Espinoza durante el año 2017. UNSA. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6521>

Caputo D. (2011) Taller de entrenamiento en habilidades sociales para favorecer la reinserción social para pacientes de “Programa Cambio”. Universidad Empresarial Siglo 21. Argentina. https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/10238/Taller_de_Entrenamiento_en_Habilidades_Sociales_para_favorec.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Carmino P., y Lima, S. (2010) Plan de intervención terapéutica para personas con adicciones en el centro de rehabilitación social - Loja. Universidad Nacional de Loja. <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/8063>

Cirac, G. (2011) Factores de adherencia al tratamiento en pacientes dependientes de CANNABIS. Doctorado en atención primaria. Universidad internacional de Catalunya.

Choquepuma y Flores (2019) Comunicación terapéutica y adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión arterial hospital municipal, Arequipa-2019. UNAS. <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10408>

Conxa Perpiñá (Coord.), (2012) Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar. Primera edición electrónica publicada por Ediciones Pirámide (Grupo Anaya, S. A.). Madrid.

Dozois, J.A., Westra, H.A., Collins, K.A., Fung, T.S. (2004). Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Assessment Scale (URICA). Behavior research and therapy, 42, 711-729.

Fonseca P. E. coord. (2021) Manual de tratamientos psicológicos. Adultos. Ediciones Pirámide. 1ra. Edición

Hernández Serrano, M. Á., y Londoño, N. H. (2012). Factores psicosociales, cognitivos y de personalidad asociados a la adherencia al tratamiento en comunidades terapéuticas. Psicología desde el Caribe, 29(1).

Hodgson, T. (2001). Medical care expenditures for hypertension, its complications, and its comorbidities. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11404643>

INEI (2020) Perú, enfermedades no transmisibles y transmisibles. Hecho en el depósito de la biblioteca nacional del Perú.

https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2020/departamentales_en/Endes21/pdf/Puno.pdf

INMUJERES (2017). Violencia sexual contra las mujeres y consumo de drogas. México. Dirección de Documentación e Información. www.gob.mx/inmujeres/

ICCE (2014) Guiando a la Recuperación de las Mujeres (GROW). Centro Internacional de certificación y Educación de Profesionales en Adicciones. UTC Currículos Especializados.

Lucas t. y otros (2002) “Abandono del tratamiento para dependencia alcohólica en medio ambulatorio: estudio prospectivo de dos años”. Actas esp. psiquiatr ; 30(5): 273-278, sept. 2002.

Llinares P. y otros (2002) Variables predictoras de adherencia al tratamiento en pacientes alcohólicos. Actas Españolas de Psiquiatría 2002;30(6): 370-375

Martínez Angulo, Marta Rosa y otros (2013). Manual de técnicas de exploración psicológica. La Habana. Editorial Pueblo y Educación.

MINSA (2008) Guía de práctica clínica en depresión. Dirección general de salud de las personas. Dirección de Salud Mental.

MINSA (2021) Manual de Registro y Codificación de Actividades en la Atención Salud de Salud Mental. Dirección de salud mental. Lima

Moral mv, Rodríguez fj, Sirvent c. (2004). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. Adicciones, 2005, Vol.17, 2: 105-120.

Morrison, J. (2015) La entrevista psicológica; traducción Jesús Cisneros Herrera. 1ª edición. Editorial El Manual Moderno. México, D.F

Muñoz, S. (2017) Factores asociados con la adherencia al tratamiento en pacientes con drogodependencias. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona). *Metas Enferm* mar 2017; 20(2): 18-24

Ochoa M., Madoz G. y Vicente M. (2009) Diagnóstico y tratamiento de la dependencia de alcohol. *Med. segur. trab.* vol.55 no.214 Madrid ene./mar. 2009. España.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2009000100003

OPS (2017) Norma técnica de salud. CENTROS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS. Lima. Primera edición.
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>

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

O.P.S. (2023) Infografía: Impacto del consumo de alcohol en la salud de las mujeres. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12274:infographic-health-impacts-of-womens-alcohol-consumption&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0

O.M.S. (2004) Suiza, Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Organización Mundial de la Salud, Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza tel.: +41 22 791 2476; correo electrónico: bookorders@who.int

O.M.S. (1992) **CIE-10**. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992. 48.

Ortego, M. C. (2004). La adherencia al tratamiento. variables implicadas. *Educare*,21(8).http://www.enfermeria21.com/pfw_files/cma/revistas/Educare21/2004/08/8022.pdf

Pablos V. (2018) Depresión y Consumo de Alcohol en Mujeres: Comorbilidad, Prevalencia y Factores Asociados. Tesis doctoral. Universidad de Murcia. España. <https://digitum.um.es/digitum/handle/10201/60685>.

Peralta , M, L., y Carbajal, P. (2008) adherencia a tratamiento. Revista del Centro Dermatológico Pascua. 17(3). pp84 - 8

Rubio G, Urosa B, Santo Domingo J, (1998). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*; 5 (supl.1): 44-47.

Ruiz F., Díaz G., Villalobos C., (2012) Manual de técnicas de intervención cognitivos conductuales. Desclée De Brouwer. www.edesclée.com

Sánchez H., Tomás G., y Morales G. (2004) Un modelo de tratamiento psicoterapéutico en adicciones. *Trastornos Adictivos* 2004;6 (3):159-66. España. <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13065158>

Sabaté E. (2004) Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción (documento OMS traducido). Ginebra, Organización mundial de la salud.

Sánchez P. (2014) Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género. Recomendaciones con base en la evidencia. Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud.

Santos D., Gonzales M., Fons B., Forcada C., Zamorano G., (2001) Estadios y procesos de cambio en drogodependientes en tratamiento ambulatorio. Unidad de Conductas Adictivas, Área de Salud nº 13. Consejería de Sanidad. España. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/574>

Vidal C. y Chamblás G. (2014) Alianza terapéutica y adherencia a tratamientos de drogodependencia: un estudio en usuarios de centros de atención de la intercomuna Concepción – Talcahuano. *REVISTA PERSPECTIVAS* N° 25, 2014 • ISSN 0717-1714 • pp.143-166

ANEXOS

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL CAMBIO DE LA UNIVERSIDAD DE RHODE ISLAND (URICA)

Instrucciones. Cada una de las siguientes frases describe cómo podría sentirse una persona cuando empieza un tratamiento o aborda algún problema en su vida. Por favor, indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de estas frases. En cada caso, responde en función de cómo te sientes ahora mismo, y no en función de cómo te sentiste en el pasado o de cómo te gustaría sentirte. Recuerda que siempre que aparezca la palabra problema se refiere a tu problema.

1. Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar.
2. Creo que puedo estar preparado para mejorar de alguna manera.
3. Estoy haciendo algo con los problemas que me han estado preocupando.
4. Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema con las drogas.
5. No soy una persona que tenga problemas. No tiene ningún sentido que yo esté aquí.
6. Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por eso estoy aquí en búsqueda de ayuda.
7. Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema.
8. He estado pensando que tal vez quiera cambiar algo de mí.
9. He trabajado con éxito en mi problema, pero no estoy seguro de que pueda mantener el esfuerzo yo solo.
10. Muchas veces percibo que mi problema con la droga es muy difícil de resolver; pero estoy trabajando justamente en su solución.
11. Para mí, el hecho de estar aquí es casi como perder el tiempo, ya que el problema no tiene nada que ver conmigo.
12. Espero que en este lugar me ayuden a comprenderme mejor a mí mismo.
13. Supongo que tengo defectos, pero no hay nada que yo necesite realmente cambiar.
14. Me estoy esforzando realmente mucho para cambiar.
15. Tengo un problema y pienso realmente que debo afrontarlo.
16. No me siento capaz de mantener lo que he cambiado en la forma que yo esperaba, y estoy aquí para prevenir una recaída en ese problema.
17. Aunque no siempre consigo resolver con éxito mi problema, al menos lo estoy intentando.
18. Pensaba que una vez que hubiera resuelto mi problema me sentiría liberado, pero a veces aún me encuentro luchando con él.
19. Me gustaría tener más ideas sobre cómo resolver mi problema.
20. He empezado a hacer frente a mis problemas, pero me gustaría que se me ayudara.
21. Quizás en este lugar me puedan ayudar.
22. Puede que ahora necesite un empuje para ayudarme a mantener los cambios que ya he llevado a cabo.
23. Puede que yo sea parte del problema, pero no creo que realmente sea así.
24. Espero que aquí alguien me pueda dar algún buen consejo.

25. Cualquier persona puede generar cambios en su vida. Yo de hecho estoy haciendo algo para cambiar.
26. Toda esta charla psicológica es aburrida. ¿Por qué no podrá la gente simplemente olvidar sus problemas?
27. Estoy aquí para prevenir la posibilidad de recaer nuevamente en el consumo de drogas.
28. Es frustrante, pero siento que podría reaparecer el problema que pensaba haber resuelto.
29. Tengo tantas preocupaciones como cualquier otra persona. ¿Por qué perder el tiempo pensando en ellas?
30. Estoy trabajando seriamente en mi problema.
31. Estoy dispuesto a asumir mis defectos antes que intentar cambiarlos.
32. Después de todo lo que he hecho para intentar cambiar mi problema de consumo, de vez en cuando vuelve a aparecer y me preocupa.

1	Totalmente en desacuerdo	2	Bastante en desacuerdo	3	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	4	Bastante de acuerdo	5	Totalmente de acuerdo
----------	--------------------------	----------	------------------------	----------	--------------------------------	----------	---------------------	----------	-----------------------

HOJA DE RESPUESTAS – URICA

Edad: _____ Sexo: _____ Grado de Instrucción: _____

Fecha: _____

Marca con una "X" UNA de las 5 alternativas de respuesta:

1	1	2	3	4	5
2	1	2	3	4	5
3	1	2	3	4	5
4	1	2	3	4	5
5	1	2	3	4	5
6	1	2	3	4	5
7	1	2	3	4	5
8	1	2	3	4	5
9	1	2	3	4	5
10	1	2	3	4	5
11	1	2	3	4	5
12	1	2	3	4	5
13	1	2	3	4	5
14	1	2	3	4	5
15	1	2	3	4	5
16	1	2	3	4	5
17	1	2	3	4	5
18	1	2	3	4	5
19	1	2	3	4	5
20	1	2	3	4	5
21	1	2	3	4	5
22	1	2	3	4	5
23	1	2	3	4	5
24	1	2	3	4	5
25	1	2	3	4	5
26	1	2	3	4	5
27	1	2	3	4	5
28	1	2	3	4	5
29	1	2	3	4	5
30	1	2	3	4	5
31	1	2	3	4	5
32	1	2	3	4	5

Pr: _____
 Co: _____
 Ac: _____
 Ma: _____

CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS

S.R.Q. - 18

Fecha Entrevistador:.....
Establecimiento:.....
IDENTIFICACION DEL PACIENTE:
Nombre del paciente:.....
Fecha de Nacimiento: Edad: Sexo: M F
Dirección:.....

Motivo de consulta:

.....
.....
.....

1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
2. ¿Tiene mal apetito?	SI	NO
3. ¿Duerme mal?	SI	NO
4. ¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
5. ¿Sufre temblor en las manos?	SI	NO
6. ¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO
7. ¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
9. ¿Se siente triste?	SI	NO
10. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia?	SI	NO
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	SI	NO
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO
16. ¿Se siente aburrido?	SI	NO
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO
PUNTUACIÓN DE LAS PREGUNTAS 1 – 18 :		

19.	¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?	SI	NO
20.	¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?	SI	NO
21.	¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?	SI	NO
22.	¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
23.	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua ó pérdida del Conocimiento?	SI	NO
24.	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?	SI	NO
25.	¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	SI	NO
26.	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en el estudio causa de la bebida como beber en el trabajo o colegio o faltar a ellos?	SI	NO
27.	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO
28.	¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?	SI	NO

DETERMINACION DE LA PUNTUACIÓN:

El cuestionario tiene varias partes: Las primeras 18 preguntas se refieren a trastornos de leve o moderada intensidad como los depresivos, angustia o ansiosos y otros, nueve o más respuestas positivas en éste grupo determinan que el entrevistado tiene una alta probabilidad de sufrir enfermedad mental, y por lo tanto se le considera un "caso".

Las preguntas 19 a 22 son indicativas de un trastorno psicótico; una sola respuesta positiva entre éstas cuatro determina un "caso".

La respuesta positiva a la pregunta 23 indica alta probabilidad de sufrir un trastorno convulsivo.

Las preguntas 24 a 28 indican problemas relacionados con el consumo del alcohol; la respuesta positiva a una sola de ellas determina que la persona tiene alto riesgo de sufrir alcoholismo.

Cualquiera de estas posibilidades, o una combinación de las tres, indica que efectivamente se trata de un "caso".

Cuestionario

Intente recordar un período de tiempo en los últimos 6 meses en los que usted haya bebido mucho. Ahora marque (X) en la casilla correspondiente a la frecuencia con que las siguientes manifestaciones le ocurrieron durante ese período.

Durante ese período de tiempo que bebía mucho

	Nunca o Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
1. Me despertaba sudando	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Me temblaban las manos a primera hora de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tenía náuseas a primera hora de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Todo mi cuerpo temblaba violentamente si no bebía algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Me despertaba completamente bañado en sudor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Temía que llegase la hora de levantarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Temía encontrarme con alguien a primera hora de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Me sentía próximo a la desesperación al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Me sentía muy nervioso al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Me sentía asustado al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me gustaba beber alcohol por la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Tenía ganas de beber alcohol al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me tomaba lo antes posible y de un trago las primeras copas de la mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Bebía por la mañana para calmar los temblores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Sentía una fuerte necesidad de beber alcohol al despertarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Bebía más de 4 copas de licor al día (el equivalente es una botella de vino u 8 cañas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bebía más de 8 copas de licor al día (el equivalente son 2 botellas de vino o 16 cañas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Bebía más de 16 copas de licor al día (el equivalente son 3,5 botellas de vino o 32 cañas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EIDA

Escala de Intensidad
de Dependencia al Alcohol

Cuestionario

Durante ese período de tiempo que bebía mucho (cont.)

	Nunca o casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre
19. Bebía más de 32 copas de licor al día (el equivalente son 7 botellas de vino o 64 cañas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Llegaba a beber en menos de 1 hora 8 copas de licor (el equivalente son 2 botellas de vino o 18 cañas de cerveza)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Después de haber tomado algunas copas me apetecía seguir bebiendo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cuando comenzaba a beber me resultaba muy difícil parar hasta que no estaba bastante bebido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*23. No bebía alcohol hasta después de haber finalizado mis tareas (trabajo, estudio, reuniones, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*24. Si bebía alcohol, no sobrepasaba el límite que me había propuesto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*25. Había días en los que conseguía no beber nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Imagínese la siguiente situación:

1. Ha conseguido dejar de beber durante algunas semanas.
2. Y tiene una recaída en la que bebe bastante durante 2 días consecutivos.

¿Cómo se sentiría por la mañana, después de haber pasado esos 2 días bebiendo bastante?

	Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante
26. Por la mañana comenzaría a sudar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Tendría temblor en las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tendría náuseas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Mi cuerpo temblaría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Mis deseos por beber serían	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Puntuación total: _____

*Las preguntas 23 a 25 puntúan en sentido inverso