

Evaluación de los efectos de un programa de intervención en mujeres con problemas de abuso o dependencia alcohólica. Estudio cuasi-experimental

Evaluation of the effects of an intervention program directed to women with problems abuse or dependence of alcohol. Quasi-Experimental study

Autora: Consuelo García Pérez

Dirección de contacto: consucote@hotmail.com

Cómo citar este artículo: García Pérez C. Evaluación de los efectos de un programa de intervención en mujeres con problemas de abuso o dependencia alcohólica. Estudio cuasi-experimental. NURE Inv [Internet]. 2013 mar-abr [citado día mes año]; 10(63):[aprox. 23 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE63_proyecto_intervenmujer.pdf

Fecha recepción: 28/09/2012

Aceptado para su publicación: 12/10/2012

Resumen

Asistimos a un aumento de los casos de dependencia alcohólica en mujeres, población que ha pasado de estar relativamente protegida a ser considerada de riesgo, dado que tanto el uso experimental de sustancias, como otros procesos adictivos son cada vez más frecuentes en este colectivo.

La investigación ha puesto de manifiesto, que en las mujeres el abuso de alcohol y sus efectos es muy diferente al de los hombres. Por lo que diversos colectivos han planteado la necesidad de adoptar un enfoque de género tanto en el estudio como en el tratamiento con mujeres dependientes de alcohol y otras drogas.

Metodología: Se trata de un estudio cuasi-experimental del tipo antes-después, con el que se pretende evaluar los efectos de un programa psicoeducativo grupal específico para mujeres con síndrome de dependencia alcohólica sobre ansiedad, asertividad, conciencia de enfermedad, autocontrol de impulsos y autoestima.

Palabras clave

Salud de la mujer; Dependencia; Alcoholismo; Psicoterapia de grupo; Enfermería psiquiátrica.

Abstract

We observe an increase in the cases of alcoholic dependence among women. Nowadays, this kind of population has become to be considered in risk because of the use of experimental substances and addictive processes.

Our research results that, among women, there exists an abuse of alcohol and its effects are very different from the ones in men. The different groups of population have suggested the need for adopting a gender view for the study and the treatment in women who are dependent of alcohol as well as other drugs.

Methodology: It consists in a quasi-experimental before-and-after design. In this way, it is intended to evaluate the effects of a psycho-educational program oriented to a specific group: women with alcoholic dependence. It will deal with anxiety, assertiveness, awareness of the disease, own control of impulses and self-esteem.

Key words

Women's Health; Dependence; Alcoholism, Psychotherapy, group; Psychiatric Nursing.

Centro de Trabajo. Enfermera Especialista en Salud Mental en la Unidad de Salud Mental de Albacete.

ANTECEDENTES

Se puede decir que el consumo de tóxicos, y más concretamente el de alcohol, es inherente a la humanidad, dada la gran influencia que ha tenido esta sustancia en nuestra cultura. Un ejemplo de ello son los comentarios del tipo "el alcohol ayuda a la digestión", "combate el frío" o "la levadura de la cerveza aumenta la lactancia materna"; muy frecuentes entre la población aún en nuestros días. Incluso en ocasiones, todavía se le atribuye beneficios tanto psicológicos como sociales, tales como: *infunde valor, nos ayuda a tomar decisiones, facilita las relaciones sociales y sexuales, estimula la creatividad intelectual...* (1) Mitos en gran medida apoyados por las empresas alcoholeras que destinan grandes recursos a sus poderosas campañas publicitarias. Sólo en el año 2005 se insertaron en los diversos medios 452.251 anuncios de bebidas alcohólicas (1,6% del global de anuncios y un 6% más que en 2000), a menudo contraviniendo la normativa legal (2).

Esta clase de comentarios y el despliegue publicitario que sobre el alcohol hay en los medios de comunicación, ayudan a entender que permanezca tan presente en la vida de las personas, a pesar de la multitud de estudios y publicaciones que desmienten todos estos mitos (3) y del gran esfuerzo que la Sanidad Pública hace para sensibilizar a la población sobre los riesgos asociados a su consumo.

Según los resultados obtenidos en la encuesta domiciliaria sobre consumo de drogas en Castilla-La Mancha (EDADES) (4) las sustancias psicoactivas de abuso más extendidas en dicha comunidad, fueron el alcohol y el tabaco. Si se considera el consumo experimental y esporádico (alguna vez en la vida, alguna vez en los últimos 12 meses o en los últimos 30 días), el alcohol aparece con diferencia en primer lugar. Los datos del *plan regional de alcoholismos y drogodependencias de Castilla-La Mancha (2006-2010)* indican que (5):

- La gran mayoría de la población (88%) ha consumido alguna vez alcohol y un 76% lo ha hecho en el último mes. De éstos, el 13% consume alcohol prácticamente a diario.
- El 8,3 % resulta ser consumidor abusivo; el 14,4%, moderado y el 19,6% ligero. El 57,7% restante no suele consumir alcohol.

- El mayor porcentaje de bebedores se encuentra en el grupo de mayor edad (40-64 años), los que consumen más cantidad de alcohol son los más jóvenes especialmente los de 15 a 19 años. Es importante resaltar que el inicio de consumo de alcohol se realiza a edades tempranas (edad media 16 años) y que a esta edad ya se han iniciado casi el 50% del total de bebedores.
- El consumo de alcohol mantiene una estrecha relación con el fin de semana; el número de bebedores abusivos en esta fecha se duplica al de los días laborales.

Dichos datos no difieren demasiado de lo que sucede en el resto de España según la encuesta domiciliaria de alcohol y drogas realizada en España (4).

La preocupación no radica exclusivamente en que la prevalencia de consumo sea muy alta, sino también en que se han producido cambios del patrón de consumo, que ha pasado a ser de mayor riesgo, evidenciado claramente en la ingesta abusiva de alcohol que realizan los adolescentes durante los fines de semana (6). Igualmente, asistimos a un progresivo aumento de los casos de dependencia alcohólica en mujeres, población que ha pasado de estar relativamente protegida a ser considerada de riesgo (7), dado que tanto el uso experimental de sustancias, como los procesos adictivos son cada vez mayores en este colectivo (8).

Los cambios en el patrón de consumo de las mujeres reflejan que el abuso del alcohol es un problema claramente conexo a la cultura y a la sociedad en la que se produce (9), a su vez, un patrón de consumo abusivo genera consecuencias que van a repercutir directa o indirectamente con el medio social que rodea a la mujer (10).

El perfil actual de las mujeres españolas consumidoras de alcohol presenta las siguientes características: se trata de mujeres jóvenes, principalmente del medio urbano, de buen nivel educativo, estudiantes y activas económicamente, de actitudes religiosas no convencionales y de ideología de centro o de izquierda. Se trata de una cierta parte de las mujeres emancipadas y poco convencionales que entre los comportamientos "normalizadores" reproducen ciertas conductas socioculturales aparentemente facilitadoras de su integración en el nuevo rol. Pero, el alcohol también es consumido, en situaciones asociadas a un elevado nivel de ansiedad: situaciones o procesos de separación, divorcio, o entre las mujeres pensionistas con realidades problemáticas: discapacidad, marginación, soledad, etc. (10,11).

La investigación ha puesto de manifiesto que en las mujeres el abuso de alcohol y sus efectos es muy diferente al de los hombres (8). En cuanto a los efectos físicos del alcohol, hay evidencia de que las mujeres tienen una mayor susceptibilidad a los efectos adversos del alcohol, por diferencias en el metabolismo (12). Así, el organismo de la mujer tolera peor el alcohol y crea antes dependencia. Esto a su vez, genera que las mujeres desarrollen mucho antes que los hombres cirrosis hepática, y alteraciones neurolépticas. Además, también se produce osteoporosis, menopausia prematura, hipertensión, obesidad, trastornos ginecológicos (8,11).

Por otra parte, el abuso de alcohol se asocia a diversos trastornos psíquicos como depresión, ansiedad, insomnio y trastornos de personalidad, que a menudo enmascaran el abuso, provocando que su detección y diagnóstico se retrase o incluso no se realice (13,14,17).

También se puede decir que en función del sexo hay variaciones en cuanto al perfil de sintomatología que presentan; las mujeres con dependencia al alcohol se diferencian por presentar mayor intensidad y gravedad en la sintomatología de carácter ansioso-depresivo y mayor inadaptación a la vida cotidiana que los hombres (15,16) además de sentimientos de tristeza, culpabilidad, deterioro de la autoestima, sentimientos de soledad, abandono e incompreensión, etc (15,18).

Apuntar además, la relación inespecífica que el alcohol tiene con determinadas situaciones sociales tales como la marginación, la pobreza, o los malos tratos (19). Algunos autores consideran que *"las mujeres sometidas a abuso y maltrato tienen más predisposición a desarrollar adicción al alcohol"* (20).

Por otro lado también se han encontrado diferencias en la actitud de las mujeres y de los hombres ante el problema del síndrome de dependencia al alcohol (21,22), las mujeres bien sea por la conciencia de enfermedad, el sentimiento de culpa o por la baja tolerancia a la desaprobación social y familiar buscan antes ayuda que los hombres (21). Igualmente, hay estudios que ponen de manifiesto que las mujeres con adicción al alcohol muestran más síntomas asociados con los esfuerzos inútiles por dejar de beber y con los relacionados con la abstinencia, mientras que en los hombres los síntomas más destacables están relacionados con la pérdida de control y el abandono o la reducción de las actividades sociales; sin embargo estas diferencias son menos evidentes cuanto más grave sea el síndrome de dependencia (21).

Dadas las diferencias de género que se han detectado, tanto en el área física como psíquica y social, diversos colectivos han planteado la necesidad de adoptar un enfoque de género tanto en el estudio como en el tratamiento con mujeres dependientes de alcohol y otras drogas (16). Con respecto al tratamiento, se sugiere además, la conveniencia de establecer un formato grupal de tratamiento, al menos de forma complementaria a la terapia individual, dado el mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana en la mujer alcohólica (16). Sin embargo, a pesar del interés y demanda social, apenas existen trabajos que hayan tratado de poner a prueba la bondad de los programas específicos para mujeres, por lo que estamos ante un tema que genera enorme controversia (17) claramente necesitado de mayor investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pastor P. Imagen social de las bebidas alcohólicas. Adicciones. 2002; 14(1): 115-22.
2. Montes Santiago J, Lado M. Prevención del alcoholismo e inversiones publicitarias en España: una lucha de David contra Goliath. Adicciones. 2009; 21(3): 203-6.
3. Córdoba García R, Robledo T, Nebot M, Cabezas C, Megido MJ, Marques F, et. al. Alcohol, vino y salud: mitos y realidades. Atención Primaria. 2007; 39:637-39.
4. Observatorio Español sobre drogas (2009). Encuesta Domiciliaria sobre Consumo de Drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2009.
5. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. El plan regional de alcoholismos y drogodependencias de Castilla-La Mancha (2006-2010). Toledo: Junta de comunidades de Castilla-La Mancha; 2006.
6. Bobes García J, Saiz Martínez PA. Monografía drogas de uso recreativo. Adicciones; 15(2).
7. Calafat A. Estrategias preventivas del abuso del alcohol. Adicciones 2002. 14 (1): 317-35.
8. Brady KT, Randall CL. Gender differences in substance disorders. Addictive disorders. 1999; 22(2): 241-634.

9. Kerr-Corrêa F, Marcassa Tucci A, Hegedus AM, Aparecida Trinca L, Barbosa de Oliveira J, Feitosa Floripes TM, et al. Drinking patterns between men and women in two distinct Brazilian communities. *Rev Bras Psiquiatr.* 2008; 30(3):235-42.
10. Gómez Moya Y. Algunas reflexiones sobre el alcoholismo femenino. *Cuadernos de Trabajo Social.* 2004; 17: 83-98.
11. Urbano Aljama A, Arostegi Santamaría E. Mujeres drogodependientes: Especificidad de género y factores asociados. Bilbao: Universidad de Deusto; 2004.
12. Lane P, Burger S, Graham A. Tratamiento y manejo de los trastornos adictivos en la mujer. En: Fleming MF y Barry KL. *Guía clínica de los trastornos adictivos.* Madrid: Mosby/Doyma; 1994.
13. Wilsnack SC. Alcohol abuse and alcoholism in women. En: Pattison EM, Kaufman E, editores, *Encyclopedic Handbook of Alcoholism.* New York: Gradner Press; 1982. p. 718-735.
14. Ávila Escribano JJ, González Parra D. Diferencias de género en la enfermedad alcohólica. *Adicciones.* 2007; 19: 383-92.
15. Gómez Moya J. El alcoholismo femenino: una perspectiva profesional. *Revista de Servicios Sociales y Política Social.* 2005; 72: 105-116.
16. Bravo de Medina R, Echeburúa E, Aizpiri J. Diferencias de sexo en la dependencia del alcohol: dimensiones de personalidad, características psicopatológicas y trastornos de personalidad. *Psicothema.* 2008; 20(2):218-22.
17. Pantoja L. ¿Programas específicos de tratamiento para mujeres drogodependientes?: Avances en drogodependencia. Bilbao: Universidad de Deusto; 2007.
18. Monras A. Características diferenciales del alcoholismo femenino. *Adicciones.* 2010; 22(4): 339-52.
19. Weinsheimer RL, Schermer CR, Malcoe CH, Baldef LM, Blomfield LA. Severe intimate partner violence and alcohol use among female trauma patients. *The journal of trauma.* 2005; 58 (1):22-9.
20. Greenfield S. Conclusiones del simposio internacional: Mujer y Adicciones. Madrid; 2010.
21. Mariño MC, Berenzon S, Medina-Mora ME. Síndrome de dependencia al alcohol: Comparación entre hombres y mujeres. *Salud Mental.* 2005; 28(3): 33-9.
22. Tomás Dols S, Valderrama Zurián JC, Vidal Infer A, Samper Gras T, Hernández Martínez MC, Torrijo Rodrigo MJ. Género y barreras de accesibilidad al tratamiento en pacientes adictos al alcohol de la Comunidad Valenciana. *Adicciones.* 2007; 19 (2):169-78.
23. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. *Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC).* 5ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
24. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC).* 4ª ed. Barcelona: Elsevier Mosby; 2009.
25. Herdman TH, Heath C, Meyer G, Scroggins L, Vassallo B. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones (2007-2008).* Madrid: Elsevier; 2008.
26. Echeburúa E, Corral P. *Manual de violencia familiar.* Madrid: Siglo XXI; 1998.
27. Carrobles JA. Escala de asertividad de Rathus. En: P Bartolome, JA Carrobles, M Costa. *La práctica de la terapia de conducta.* Madrid: Promolibro; 1979. p. 189-210.
28. Cuestionario de autoevaluación Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Versión española adaptada por TEA; 1982.
29. Fornés Vives J, Carballal Balsa MC. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica: Guía práctica de valoración y estrategias de intervención.* Madrid: Médica Panamericana; 2001.
30. Rosenbaum M. Cuestionario de autocontrol. En Capafóns A, Barreto P. *Competencia aprendida: Fiabilidad y validez de su medida, críticas y recomendaciones.* *Revista Española de Terapia del Comportamiento.* 1989; 1: 19-39.
31. Mas B. *Técnicas de relajación.* Madrid: UNED-FUE; 1999.
32. Pérez Álvarez M, Fernández Hermida JR, Fernández Rodríguez, Amigo Vázquez. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces.* Madrid: Pirámide; 2005.
33. Buceta JM, Bueno AM, Mas B. *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo.* Madrid: Dykinson; 2001.
34. Vinogradov S, Yalom ID. *Guía breve de psicoterapia de grupo.* Barcelona: Paidós Ibería; 1996.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

Una terapia específica para mujeres con dependencia alcohólica aumentará la conciencia de enfermedad, mantendrá la abstinencia y en general, mejorará aspectos relacionados con la dependencia alcohólica tales como: autoestima, asertividad y autocontrol de impulsos

OBJETIVO GENERAL

Evaluar los efectos de un programa psicoeducativo grupal específico para mujeres con síndrome de dependencia alcohólica sobre ansiedad, asertividad, conciencia de enfermedad, autocontrol de impulsos y autoestima.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la situación inicial en la que se encuentran las mujeres.
- Explorar los cambios que el programa produce en:
 - Los niveles de ansiedad.
 - La conciencia de enfermedad.
 - Los niveles de la autoestima, en la asertividad y en el autocontrol de los impulsos.
- Valorar el grado de mantenimiento de la abstinencia.
- Analizar la relación entre medidas validadas de autoestima y ansiedad con medidas de resultados NOC.

METODOLOGÍA

POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población diana estará compuesta por mujeres de entre 18 y 60 años que inicien tratamiento por abuso de alcohol, o lleven como máximo doce meses en tratamiento por consumo de alcohol.

Criterios de inclusión y de exclusión

Criterios de inclusión

- Tener entre 18 y 60 años.
- Tener el diagnóstico de dependencia alcohólica como diagnóstico principal.
- Estar en tratamiento en la Unidad de Conductas Adictivas (UCA) de Albacete.

Criterios de exclusión

- Tener un diagnóstico de psicosis asociado.
- Evidencia de patología orgánica incapacitante o retraso mental severo.
- Padecer un gran deterioro cognitivo.
- Problemas con el idioma.

DISEÑO

Estudio cuasi-experimental de tipo antes-después.

TAMAÑO MUESTRAL

Existen pocos datos fiables sobre la prevalencia ni varianza del alcoholismo en mujeres y por tanto no se puede realizar un cálculo adecuado del tamaño muestral. Por lo que se ha optado por realizar un estudio piloto con todas las mujeres tratadas en la UCA que quieran participar para calcular la varianza y en función de esta poder calcular el tamaño muestral final. Se estima que 33 mujeres comenzaron tratamiento en la UCA en el año 2011, la mayoría de las cuales cumpliría criterios de inclusión.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio se realizará en la UCA de Albacete.

VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Variable independiente

La variable independiente será la intervención grupal específica para mujeres con problemas de abuso o dependencia de alcohol (**Anexo 1**).

Constará de 27 sesiones, dichas sesiones serán semanales y tendrán una duración de hora y media. Seguirán una metodología predominantemente práctico-didáctica respetando siempre un espacio para compartir y aportar experiencias personales. Estas intervenciones serán exclusivamente llevadas a cabo por personal de enfermería especializado en salud mental y están basadas en la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) (23), que servirán para alcanzar una serie de objetivos previamente marcados tomando como referencia la clasificación de resultados de enfermería (NOC) (24) y que pretenden dar respuesta a unos diagnósticos enfermeros estandarizados (NANDA) (25).

Variables dependientes

Autoestima

Entendida como la percepción evaluativa de uno mismo. Evaluada con la **"Escala de autoestima de Rosenberg"**.

La escala de Autoestima (EAE) (Rosenberg, 1965) es un instrumento de autoinforme que consta de 10 ítem (rango: 10-40 puntos) y que evalúa el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. La mitad de los ítems están planteados de forma afirmativa y la otra mitad de forma negativa con el objetivo de controlar la aquiescencia. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el grado de autoestima. El punto de corte en la población adulta, según el estudio de Ward (1977), es de 29. La versión española de esta escala se puede encontrar en Echeburúa y Corral (1998) (26).

Asertividad

Se define como la habilidad de expresar nuestros deseos de una manera amable, franca, abierta, directa y adecuada, logrando decir lo que queremos sin atender contra los demás. Evaluada con el **"Inventario de Asertividad (AR) de Rathus"**.

El inventario de Asertividad (AR) de Rathus (1973), en su versión en castellano de Carrolles (1979). Se trata de una escala autoaplicada compuesta por 30 ítems, respecto a los cuáles el sujeto debe mostrar el grado de acuerdo o desacuerdo, en una escala de -3 a 3, según se estime como característico de su conducta.

Este inventario incorpora los principales elementos que forman parte de la conducta asertiva, entre los que se incluyen las Manifestaciones personales, la Defensa de los derechos e intereses personales, la Comunicación de sentimientos personales, la Evitación de enfrentamientos personales, la Manifestación pública de opiniones personales, la Espontaneidad y la Confrontación. (27)

Ansiedad

La ansiedad hace referencia a un conjunto de respuestas que engloban: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. Para evaluarlo se utilizará el **"Cuestionario de Ansiedad-Estado (STAI-E)"**.

El cuestionario de Ansiedad-Estado (STAI-E) deriva del cuestionario de ansiedad de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970) (versión española de TEA, 1982). Se valora un estado emocional transitorio de atención tensa y aprensión, así como de hiperactividad del Sistema Nervioso Autónomo. Consta de 20 ítems. El rango es de 0 a 60. El punto de corte para la población masculina es de 28 y para la población femenina de 31. La versión española de esta prueba presenta unos índices de consistencia interna entre 0,90 y 0,93 (28).

Abstinencia

La abstinencia es una renuncia voluntaria de complacer un deseo o un apetito de ciertas actividades corporales que se experimentan extensamente como placenteras. En este caso, la privación de consumir alcohol. Se medirá a través de analíticas de orina (**test de orina**) de forma semanal para determinar si hay o no presencia de alcohol en el organismo.

Conciencia de enfermedad

La capacidad que tiene una persona con algún problema de salud de sentirse enfermo, lo cual se observa a través de la angustia que el paciente transmite al dar cuenta de sus síntomas. Se evaluará a través de una **entrevista clínica** utilizando como referencia el **"patrón percepción y control de**

la salud" según el registro estandarizado de Joana Fornés (29). Las dimensiones que interactúan en este patrón son: Las percepciones y creencias de la persona sobre la salud-enfermedad, los conocimientos específicos sobre el tema y las habilidades para reaccionar, con la finalidad de mantener un determinado nivel de salud.

Autocontrol

La habilidad de controlar las propias emociones, comportamientos y deseos con el fin de obtener alguna recompensa posterior. Se evaluará con el "Cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum".

El cuestionario de Autocontrol de Rosenbaum evalúa la "competencia aprendida" o habilidades para controlar los efectos intervinientes de los eventos internos (tales como emociones y dolor o pensamientos no deseados) que afectan a la ejecución de la conducta. Consta de 36 ítems, respecto a los cuales el sujeto debe indicar el grado en que le describen o caracterizan, de acuerdo con una escala de -3 a 3. Traducido y adaptado por Capafóns y Barreto (1989). Capafóns (1986) revisa los estudios de fiabilidad y validez del cuestionario y encuentra que se han realizado dos, uno por el propio Rosenbaum (1980), que obtiene un coeficiente de fiabilidad de 0.86 por el método test-retest, y otro por Sáez et al. (1987) en el que el coeficiente de fiabilidad alcanza un valor de 0.82, también con el método mencionado en el primer estudio (30).

Mediremos también los siguientes **NOC**:

- Conducta de abandono del consumo de alcohol (1629)

Definición: Acciones personales para eliminar el consumo de alcohol que supone una amenaza para la salud.

- Conocimiento: control de consumo de sustancias (1812)

Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el control del uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol.

- Afrontamiento de problemas (1302)

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

- Nivel de ansiedad (1211)

Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

- Autocontrol de los impulsos (1405)

Definición: Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.

- Autoestima (1205)

Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Para valorar los resultados NOC, utilizaremos la escala tipo likert de 5 puntos, que viene especificada en cada NOC.

Otras variables

(Recogidas a través de entrevista clínica)

- **Otros tratamientos:** tratamiento farmacológico y dosis actual prestando especial atención a interdictores, antidepresivos, fármacos para el control de impulsos, ansiolíticos...

- **Variables sociodemográficas:** Edad, estado civil, nivel social (bajo, medio, alto), nivel educativo que se operatizará (básicos, medios o titulación universitaria), situación laboral (activo o desempleado) y en el caso de estar activo profesión que ejerce.

- **Edad** en la que **comienza** a beber.

- Existencia de **pareja alcohólica**.

- **Cantidad de alcohol** que consumía antes de comenzar el tratamiento.

- **Historia familiar:** Valorar si hay antecedentes familiares de dependencia alcohólica.

- **Intentos de suicidios previos:** si/no; si los ha habido, en cuántas ocasiones.

RECOGIDA Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Una vez que hayamos contactado con el equipo multidisciplinar de la UCA y hayamos valorado cuales son las posibles participantes contactaremos con ellas, para explicarles en qué consiste la intervención, cuales son los objetivos de ésta y finalmente si están conformes y decididas a colaborar se les dará un formulario donde expresarán su consentimiento a formar parte de la misma.

Cuando acepten formar parte de la investigación se les convocará de manera colectiva, organizando una sesión en el mismo recinto de la UCA para informar de nuestros propósitos y el tipo de intervención a realizar. Posteriormente nos reuniremos de manera individual con las mujeres y se les pasarán los diferentes instrumentos por el personal del equipo investigador encargado de las tareas de medición.

Se realizarán 3 mediciones de variables, a excepción de las determinaciones en orina que serán semanales durante 6 meses. Además evaluaremos de nuevo el tratamiento farmacológico, la situación laboral y el estado civil y los NOC; la primera medición la haremos antes de comenzar la intervención, la segunda a la semana de realizarla y la tercera a los seis meses.

Los resultados se obtendrán por medio del programa SPSS versión 19.0. Se prevé hacer un análisis por intención de tratar. De manera que sean sujetos evaluables todos los incluidos inicialmente con independencia de que completaran el programa o no.

Se realizará un Análisis descriptivo univariante, incluyendo frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y de dispersión para las cuantitativas. Se calcularán los intervalos de confianza al 95 %.

Se procederá a un análisis inferencial bivariante, donde se compararán las medias pre y post medición, utilizando t-student si los datos lo permiten o pruebas no paramétricas en su defecto; y se realizará comparación de proporciones con Chi-cuadrado. Posteriormente se realizará un análisis multivariante entre variables que hayan mostrado relación en el análisis bivariante previo, con una regresión logística o lineal.

CUESTIONES ÉTICAS

Siguiendo la ley orgánica 5/ 1992 de 29 de octubre de regulación de tratamiento automatizado de los datos de carácter personal, todas las partes implicadas en el estudio tendrán, en el tratamiento de los datos, una garantía de estricta confidencialidad, de forma que no se viole la intimidad personal, de los sujetos participantes en el mismo.

Al tratarse de un estudio con seres humanos, indicamos que los procedimientos empleados han respetado los criterios éticos de la declaración de

Helsinki de 1975, enmendada en 1983. Asimismo, cabe resaltar que las actividades desarrolladas han sido fieles al código Deontológico de la Enfermería Española de 1989.

Permisos y autorizaciones

- Debemos contar en primer lugar con el permiso de la dirección médica y de enfermería del Complejo Hospitalario de Albacete.
- Asimismo se deberá solicitar el permiso del comité de ética de la institución.

Consentimientos

Se necesitará el consentimiento de los sujetos para la participación en el estudio (**Anexo 2**).

Todos los individuos serán informados del objetivo del estudio, de sus posibles beneficios y del tipo de intervención a la que serán sometidos.

El documento escrito con la información del estudio se entregará al posible participante antes de que este otorgue su consentimiento para ser incluido en el mismo. El documento contiene información referente a: objetivo, tratamiento, beneficios derivados del estudio, metodología empleada, incomodidades derivadas del estudio, carácter voluntario de la participación, así como posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento, confidencialidad, e investigador responsable del ensayo.

UTILIDAD PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

Dado el incremento en la demanda de tratamiento para el alcoholismo en mujeres y que estas acuden al dispositivo de una manera especial (con miedos, desconfianza, vergüenza, sentimientos de culpa...), que a menudo son pacientes que se encuentran en una situación psicológica desfavorable con múltiples problemas, y que además, en su mayoría tienen algún tipo de problema social añadido que puede ser incluso la causa que originó el trastorno adictivo; estas mujeres necesitan un estilo terapéutico diferente y específico a sus necesidades.

Por tanto, este proyecto pretende explorar una herramienta terapéutica complementaria al Programa Asistencial que se está realizando hasta el momento.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio tiene las limitaciones propias de un estudio cuasi-experimental: así la muestra se seleccionará por conveniencia, no habrá grupo control y las pacientes serán conocedoras de que están sometidas al tratamiento. Para paliarlo se intentará acceder a todas las mujeres tratadas en la UCA, que es el centro de referencia y el que atiende a la mayoría de afectadas. Además, la persona que recogerá y procesará la información únicamente tendrá contacto con las mujeres en las entrevistas de evaluación y se mantendrá ajena a la intervención.

Otra limitación a tener en cuenta, es el posible abandono de los sujetos como consecuencia a las numerosas sesiones de la intervención.

CRONOGRAMA

La duración total del estudio sería alrededor de 1 año y 9 meses.

- Desde el primer contacto con la UCA hasta la inclusión de todas las posibles participantes (4 meses)
- Las entrevistas iniciales pasando cuestionarios (1 mes)
- La propia intervención (6 meses)
- Mediciones de resultados con cuestionarios al mes y a las 6 meses de acabar la intervención
- Desde la última medición precisamos unos 4 meses para procesar los datos, análisis estadísticos.

RECURSOS

RECURSOS MATERIALES

Material de infraestructura física

Se necesitará disponer de un despacho que contenga el mobiliario de oficina siguiente:

- 1 Mesa de escritorio.
- 1 Silla.

- 1 Mesa redonda para las reuniones con pacientes.
- 4 Sillas.
- Armario/ archivador para material del grupo.
- Estanterías.
- 1 Teléfono con contestador.
- 1 Fotocopiadora o acceso a ella.

Material inventariable de tipo informático

- 1 PC con Windows VISTA, Office 2007, SPSS y acceso a Internet.
- 1 Impresora.

Adquisiciones bibliográficas específicas

- Biblioteca básica de consulta.
- Revistas.

Material fungible

- Material de oficina: bolígrafos, lápices, folios, clips, chinchetas, corcho, post-its®, dietarios, agendas, carpetas, bandejas, grapadora, perforadora, gomas, corrector líquido, CDs, pen-drive etc.

Material del grupo psicoeducativo

- 1 Sala donde realizar el grupo psicoeducativo con 15 sillas con apoyo.
- 1 Pantalla.
- 1 Proyector de diapositivas.
- 1 Pizarra tipo Velleda® y rotuladores apropiados.
- 1 Televisor.
- Reproductor de CD.
- CD de relajación.
- Material para el grupo: Hojas de autoregistro, documentación de cada terapia, folios, lápices, bolígrafos, gomas, corrector líquido, etc.

Material para el test de orina

- 1 Caja con 500 kit de orina (contenedor + tubo de vacío)
- Material necesario para el análisis de las pruebas (aparataje, programa informático, ordenador, reactivos...)

RECURSOS HUMANOS

- Una enfermera especialista en salud mental con una dedicación de 20 horas semanales durante el tiempo que dure el estudio.

PRESUPUESTO

El gasto estimado del proyecto sería de 2.500 euros.

ANEXO 1

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN ENFERMERA: INTERVENCIÓN EN UN GRUPO DE MUJERES ALCOHÓLICAS

Este programa de deshabituación en grupo, tiene un carácter cognitivo-conductual y es diseñado desde una perspectiva enfermera. Además, pretende atender todos aquellos aspectos que se cree con más peso en el alcoholismo femenino y está basado tanto en la bibliografía (31,32,33) como en la experiencia de otros profesionales familiarizados con esta problemática, como el realizado por Mercedes Esparcía Moreno y M^a Luisa Celorrio Bustillo de la Unidad de Conductas Adictivas de Albacete en el año 2007.

DESCRIPCIÓN

Las sesiones serán semanales, de hora y media de duración, y seguirán una metodología predominantemente práctico-didáctica en cuanto a la información que se aporta respetando siempre un espacio para compartir y aportar experiencias personales.

El número de pacientes ideal será entre 10-15 mujeres (34).

Estas intervenciones serán exclusivamente llevadas a cabo por personal de enfermería especializado en salud mental y están basadas en la *clasificación de intervenciones de enfermería (NIC)* (23), que servirán para alcanzar una serie de objetivos previamente marcados, donde utilizaremos la *clasificación de resultados de enfermería (NOC)* (24) y que pretenden dar respuesta a unos diagnósticos enfermeros estandarizados (*NANDA*) (25).

METODOLOGÍA ENFERMERA

Diagnósticos (NANDA)

Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188)

Definición: Incapacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma coherente con un cambio en la situación de salud.

Ansiedad (00146)

Definición: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminentemente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

Baja autoestima crónica (00119)

Definición: Larga duración de una autopercepción negativa o sentimientos negativos hacia uno mismo o sus capacidades.

Objetivos (NOC)

Conducta de abandono del consumo de alcohol (1629)

Definición: Acciones personales para eliminar el consumo de alcohol que supone una amenaza para la salud.

Conocimiento: control de consumo de sustancias (1812)

Definición: Grado de comprensión transmitido sobre el control del uso de drogas adictivas, productos químicos tóxicos, tabaco o alcohol.

Afrontamiento de problemas (1302)

Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

Nivel de ansiedad (1211)

Definición: Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable.

Autocontrol de los impulsos (1405)

Definición: Autocontrol del comportamiento compulsivo o impulsivo.

Autoestima (1205)

Definición: Juicio personal sobre la capacidad de uno mismo.

Intervenciones (NIC)

Terapia de grupo (5450)

Definición: Aplicación de técnicas psicoterapéuticas a un grupo, incluyendo la utilización de interacciones entre los miembros del grupo (TODAS LAS SESIONES)

Educación sanitaria (5510)

Definición: Desarrollar y proporcionar instrucción y experiencias de enseñanza que faciliten la adaptación voluntaria de la conducta para conseguir la salud en personas, familias, grupos o comunidades (TODAS LAS SESIONES)

Aumentar el afrontamiento (5230)

Definición: Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de exigencias y papeles de la vida cotidiana (TODAS LAS SESIONES)

Modificación de la conducta (4360)

Definición: Promoción de un cambio de conducta (13 SESIONES)

Terapia de relajación simple (6040)

Definición: Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad (9 SESIONES)

Potenciación de la autoestima (5400)

Definición: Ayudar a un paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía (4 SESIONES)

Entrenamiento para control de impulsos (4370)

Definición: Ayudar al paciente a controlar la conducta impulsiva mediante la aplicación de estrategias de solución de problemas a situaciones sociales e interpersonales (12 SESIONES)

DESARROLLO DEL PROGRAMA

SESIÓN 1. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Conciencia de enfermedad

Objetivo

El objetivo de esta primera sesión, es conocer las expectativas que persigue el grupo, mientras se valora el estado psicopatológico del mismo, la forma de consumo que tienen las pacientes y la actitud que tienen ante el alcohol.

Por último se reforzarán los cambios positivos en la abstinencia.

Actividades

- Presentación del terapeuta y de los miembros de la terapia.
- Motivación, expectativas, objetivos...
- Se realizara una tormenta de ideas sobre las consecuencias negativas del consumo de alcohol.
- Identificación de la función que para cada uno tenía el consumo de alcohol.
- Se reforzarán los cambios positivos en la Abstinencia.

SESIÓN 2. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Términos relacionados con el Alcoholismo, Abuso y dependencia

Objetivo

En esta sesión, el objetivo que se persigue es aclarar ciertos conceptos relacionados con el abuso y la dependencia alcohólica a través de las vivencias de las propias pacientes.

Actividades

Se explicará los siguientes términos:

- Dependencia física.
- Dependencia psicológica.
- Síndrome de abstinencia.
- Tolerancia.
- Deseo.

Se dejará un tiempo al final de la sesión para repasar y aclarar los conceptos tratados y para resolver todas las dudas que hayan surgido.

SESIÓN 3. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Cambios físicos producidos por el alcohol

Objetivo

En esta sesión se pretende aumentar los conocimientos sobre el efecto y las consecuencias físicas que produce el alcohol.

Actividades

La sesión será teórica y se tratarán los siguientes temas:

- Consecuencias de la ingesta alcohólica sobre el organismo.
- Tabla de equivalencias.
- Patrón de consumo y tipologías.
- Vulnerabilidad de la mujer (diferencias funcionales y estructurales)

SESIÓN 4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Aspectos psicológicos del consumo de alcohol

Objetivo

Esta sesión estará destinada a ampliar los conocimientos sobre los aspectos psicológicos que se ven afectados ante el consumo de alcohol.

Actividades

La sesión será teórica como las anteriores.

Los temas a tratar son los siguientes:

- Deterioro cognitivo. Conducta Autodestructiva.
- Depresión y Baja autoestima.
- Dificultades de comunicación.
- Deterioro de las relaciones con los hijos y/o pareja.
- Aislamiento.

Después de la explicación teórica se les pedirá que expongan alguna situación en donde se sientan identificadas con lo anteriormente expuesto.

Por último se leerá y analizará un texto sobre "la autoestima": Para ello, las pacientes pondrán nota al texto tras leerlo, y luego explicarán el motivo de por qué lo han valorado con esa puntuación, pero únicamente la persona que haya puesto la mayor puntuación y la persona que haya puesto la menor.

SESIÓN 5. EDUCACIÓN PARA LA SALUD: Factores de Riesgo

Objetivo

Con esta sesión se pretende detectar cuales son las situaciones de riesgo para cada mujer.

Actividades

Se les pasará un cuestionario en donde tendrán que responder con sí o no de forma anónima a determinadas afirmaciones sobre situaciones de riesgo.

Después se recogerá el cuestionario, y se volverán a repartir teniendo cuidado de que no le toque a nadie su contestación, de esta manera podremos valorar, cuales son las principales situaciones de riesgo por las que han pasado dichas pacientes.

Por último se hará un debate con las posibles soluciones a cada situación de riesgo.

Los temas que trataremos son los siguientes:

- Situaciones de maltrato.
- Abusos sexuales.
- Carencias afectivas y Baja Autoestima.
- Depresión y Ansiedad.
- Problemas de pareja.

Para finalizar se les pedirá que realicen una pequeña reflexión de las situaciones que les conducen a beber y que les gustaría cambiar.

SESIÓN 6. RELAJACIÓN: RESPIRACIÓN

Objetivo

En esta sesión y en las sucesivas de relajación, se persigue que las pacientes obtengan una herramienta de afrontamiento al estrés.

Con estos primeros ejercicios en particular, se busca que las mujeres aprendan a ralentizar la respiración y que se den cuenta de las sensaciones que acompañan a la respiración (al inhalar tensamos, nos sentimos alerta y frescos; y al exhalar relajados y tranquilos)

Actividad (sesión teórico-práctica)

- Breve explicación sobre que son las técnicas de relajación, sus beneficios y su utilidad como estrategia de afrontamiento.
- Explicación sobre la importancia de unos hábitos correctos de respiración y sus beneficios.
- Los diferentes tipos. Y entrenamiento.
 - Diafragmática.
 - Respiración secuencial.
 - Respiración con pajita.
 - Boca abierta.
 - Suspiros.
 - La "s" silbante.
 - Exhalación contra la palma de la mano.
 - Respiración Tranquilizadora.
 - Respiración profunda.
- Entrenamiento en cumplimentar autoregistro.
- Tarea para casa: Realizar una vez al día, uno o varios tipos de "respiración" y registrar que dificultades han tenido y como se han sensaciones y/o sentimientos han tenido tras su realización.

SESIÓN 7. RELAJACIÓN: Relajación progresiva de Jacobson 1

Objetivo

En esta sesión el objetivo que se persigue no es que las pacientes se relajen, sino que aprenda a discernir con claridad las sensaciones de tensión y relajación en sus músculos producidas por los ejercicios de tensar y soltar la tensión.

Actividad (sesión práctica)

- Revisión del trabajo en casa y revisión de dificultades.
- Entrenamiento:
 - Fase I: Entrenamiento en tensar/ relajar los siguientes grupos musculares:
 - Mano: Derecha e izquierda.
 - Brazo: Derecho e izquierdo
 - Cara: Frente, ojos, nariz, boca (lengua, maxilar, labios)
- Tarea para casa: Realizar lo aprendido en casa, al menos una vez al día y rellenar un folio con el grado de relajación obtenido y las dificultades que han surgido durante la realización.

SESIÓN 8. RELAJACIÓN: Relajación progresiva de Jacobson 2

Objetivo

Aprender el entrenamiento completo.

Actividad (sesión práctica)

- Revisión del trabajo en casa (Puesta en común de logros y dificultades)
 - Fase I completa: Entrenamiento muscular completo:
 - Mano: Derecha e izquierda.
 - Brazo: Derecho e izquierdo.
 - Cara: frente, ojos, nariz, boca.
 - Nuca
 - Hombros y espalda superior.
 - Respiración (con palabra clave).
 - Vientre.
 - Piernas.
- Introducción palabra clave al respirar, (relax, calma, paz)
- Autoregistros.
- Tarea para casa.

SESIÓN 9. RELAJACIÓN: Relajación progresiva de Jacobson 3

Objetivo

Dominar con perfección la técnica.

Actividad (sesión práctica)

- Repetición de la sesión 8.

SESIÓN 10. RELAJACIÓN: Relajación progresiva de Jacobson 4

Objetivo

Comenzaremos la segunda fase del entrenamiento. La principal diferencia con respecto a la anterior es que en esta fase se realizara la detección espontánea de la tensión existente en los músculos.

Actividad (sesión práctica)

- Revisión del trabajo en casa.
- Fase II del entrenamiento: Entrenamiento muscular con tensión ligera / relajar de los siguientes grupos musculares:
 - Mano y brazo: Derecha e izquierda.
 - Cara: Frente, ojos, nariz, boca.
 - Nuca.
 - Hombros y espalda superior.
 - Respiración (con palabra clave).
 - Vientre.
 - Piernas.
- Detección de tensión y relajación en los grupos musculares anteriores.
- Imágenes relajantes.
- Autoregistros
- Tarea para casa.

SESIÓN 11. RELAJACIÓN: Relajación progresiva de Jacobson 5

Objetivo

Dominar con perfección la técnica.

Actividad (sesión práctica)

- Repetición de la sesión 10.

SESIÓN 12. RELAJACIÓN: Relajación progresiva de Jacobson 6

Objetivo

Se introduce de nuevo una nueva fase del entrenamiento. La tensión sucesiva de los grupos musculares se sustituye ahora por una tensión simultánea de todos los músculos. El terapeuta guiará en la búsqueda de la posible tensión existente, instando al sujeto a encontrar una relajación más profunda pues siempre es posible llegar a una mayor relajación.

Actividad (sesión práctica)

- Revisión del trabajo en casa.
- Fase III: Tensión simultánea todos los músculos entrenados / soltar.
- Detección de tensión.
- Profundizar en la relajación y en sus sensaciones.
- Respiración (con palabra clave)
- Imágenes relajantes.
- Autoregistros
- Tarea para casa.

SESIÓN 13. RELAJACIÓN: Relajación progresiva de Jacobson 7

Objetivo

Dominar con perfección la técnica.

Actividad (sesión práctica)

- Repetición de la sesión 12.

SESIÓN 14. RELAJACIÓN: Relajación progresiva de Jacobson 8

Objetivo

La finalidad de estos ejercicios es poder relajarse rápidamente, en cualquier situación, a pesar de que el grado de relajación no sea tan profundo como el obtenido al realizar un entrenamiento detallado.

Actividades (sesión teórico-práctica)

Se proporciona un listado en el que a cada grupo muscular se le ha asignado un número. Primero se realizarán ejercicios que faciliten la memorización de las parejas de números con su correspondiente grupo muscular. A continuación se entrenará en el listado completo. Con el tiempo la respuesta de relajación correspondiente surge con el mero recuerdo del número.

- Revisión del trabajo en casa.
- Fase IV: Relajación breve.
- Discusión sobre las nuevas dificultades.
- Autoregistro.

SESIÓN 15. HABILIDADES SOCIALES: Habilidades de rechazo de la bebida

Objetivo

El propósito de esta sesión es desarrollar habilidades de comunicación que permitan de forma adecuada resistir la oferta o la presión para beber.

Actividades

Se realizarán varios "role playing" con diferentes casos para que las participantes puedan entrenar en las habilidades de Rechazo a la oferta de bebidas.

Posteriormente, se realizarán casos prácticos de rechazo mostrando botellas vacías de diferentes bebidas alcohólicas para evaluar la reacción de las pacientes ante el objeto de deseo.

SESIÓN 16. HABILIDADES SOCIALES: Dar feedback positivo

Objetivo

Se pretende que las pacientes adquieran habilidades de refuerzo de la conducta de los demás con el fin de facilitar que estos mantengan o aumenten el apoyo al paciente.

Actividades

Se colocarán una por una en el centro del círculo para que el resto de compañeras comenten los aspectos positivos de cada persona.

Para finalizar, cada una expondrá cómo se ha sentido al recibir los halagos.

SESIÓN 17. HABILIDADES SOCIALES: Realización de críticas

Objetivo

La finalidad de esta sesión es que las participantes aprendan a exponer su punto de vista sin generar situaciones de tensión que puedan originar oportunidades de recaída.

Actividades

Cada paciente expondrá una situación en la que no esté de acuerdo, para que todas analicen cuál puede ser la mejor manera de expresar su punto de vista sin generalizar tensiones.

SESIÓN 18. HABILIDADES SOCIALES: Recepción de críticas acerca del uso de bebidas

Objetivo

Se pretende que las pacientes no adopten una actitud defensiva o agresiva frente a las observaciones que se hagan sobre su conducta de consumo de alcohol.

Actividades

Cada paciente tendrá un globo donde pegará en varios post-it algún hecho que le hayan recriminado.

Cada una deberá llevar su globo mientras pasea por la sala y, cuando se crucen, deberán intercambiarse uno de los mensajes, de manera que, cuando acabe el tiempo no tengan ningún post it suyo.

Después leerán los mensajes, y darán su opinión para encontrar la forma correcta de aceptarlos.

SESIÓN 19. HABILIDADES SOCIALES: Habilidades de escucha

Objetivo

El propósito es que el sujeto adquiera habilidades verbales y no verbales que faciliten la escucha y la comprensión de las opiniones de los demás.

Actividades:

Se plantearán diferentes situaciones que las pacientes deberán representar. (Role playing)

Entre todas, elegirán la manera más propicia de actuar.

SESIÓN 20. HABILIDADES SOCIALES: Desarrollo de apoyos a la sobriedad

Objetivo

Se pretende que la paciente sepa identificar sus necesidades y las personas que pueden ayudarle de forma activa.

Actividades

Buscarán la redacción que hicieron al comienzo de la terapia, donde se describían las situaciones de riesgo para el consumo de alcohol, y se tratarán cada una de las situaciones dándole las herramientas necesarias para poder evitar el consumo.

SESIÓN 21. HABILIDADES SOCIALES: Habilidades de resolución de conflictos

Objetivo

En esta sesión se busca que se adquiera las habilidades de comunicación necesarias para resolver los problemas que puedan tener con las personas más cercanas.

Actividades

Se les pondrá un video donde salgan varias situaciones conflictivas. Después dispondrán de 45 minutos para debatir sobre cuál es la mejor forma de actuar ante estas situaciones.

SESIÓN 22. HABILIDADES SOCIALES: Comunicación no verbal

Objetivo

El objetivo es que la paciente comprenda y ponga en práctica los aspectos no verbales de la comunicación que facilitan la transmisión del mensaje más adecuado.

Actividades

Durante la primera media hora se hablará de la comunicación y del mensaje verbal y no verbal. Luego, se les plantearán varias situaciones donde se deben comunicar sin utilizar el lenguaje verbal. Por último se comentarán las dificultades que han surgido durante la actividad.

SESIÓN 23. HABILIDADES SOCIALES: Expresión de los sentimientos

Objetivo

Se pretende en esta sesión que la paciente pierda la inhibición de hablar sobre sí misma.

Actividades

Se le dará un espejo a cada una, y deberán decir por turnos qué ven al observarse. Se les animará a expresar todo lo que sientan, tanto pensamientos buenos como malos.

SESIÓN 24. HABILIDADES SOCIALES: Introducción a la asertividad

Objetivo

La incapacidad de algunas pacientes para defender sus derechos y tomar sus propias decisiones puede constituir una fuente de estrés y un mecanismo que dificulte la resistencia a la presión social. Esta sesión pretende mejorar el repertorio de conductas asertivas.

Actividades

En primer lugar se hará un entrenamiento del sí y del no. Para ello, pasearán por la sala y, cada vez que se crucen, deberán decir sí o no en voz clara y concisa.

Después se repasará con ellas los diferentes estilos de comunicación.

Por último se propondrán varios casos prácticos donde se trabajará la conducta asertiva.

TAREA para casa: Se les propondrá que durante la semana apunten situaciones en las que les cueste actuar de forma asertiva.

SESIÓN 25. HABILIDADES SOCIALES: Rechazar peticiones

Objetivo

Con esta sesión se pretende que sean capaces de rechazar las demandas injustificadas de los demás de forma firme y sin generar conflictos.

Actividades

Se trabajará durante toda la sesión con las situaciones que hayan encontrado durante la semana. En el caso de que no hayan realizado la tarea, el terapeuta pospondrá alguna situación para trabajar.

SESIÓN 26. HABILIDADES SOCIALES. Control de impulsos

Objetivo

Con esta sesión se busca que las mujeres sean capaces de enfrentarse a una situación de riesgo real.

Actividades

Esta sesión, se realizará fuera del centro.

Las pacientes acompañadas del terapeuta irán a un establecimiento donde se pueda consumir alcohol, para poner en funcionamiento las estrategias aprendidas.

SESIÓN 27. Despedida

Esta sesión se dedicará a resolver todas las posibles dudas que aun queden pendientes, así como a realizar un pequeño repaso de lo aprendido.

Cada paciente realizará una pequeña valoración en público de lo que ha supuesto la experiencia para ella y de los cambios que ha realizado.

“Caja sorpresa”: Se les pedirá a las pacientes que abran una caja donde podrán observar qué es lo más importante que tienen en la vida (lo que verán será su reflejo en un espejo)

Finalmente, el terapeuta como un miembro más del grupo se despedirá del resto.

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO EXPLORATORIO: EVALUACIÓN DE LOS EFECTOS DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN CON MUJERES CON PROBLEMAS DE ABUSO Y DEPENDENCIA ALCOHÓLICA

Para satisfacción de los Derechos del Paciente, como instrumento favorecedor del correcto uso de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y en cumplimiento de la Ley General de Sanidad.

Yo, (Nombre y apellidos) con DNI, declaro que se me ha facilitado una hoja informativa, habiendo comprendido el significado del procedimiento.

Si acepto participar deberé realizar en 3 ocasiones los cuestionarios precisos para el estudio; el primero, al comienzo del programa, el 2º tras un mes de la finalización del último taller, respondiendo el último cuestionario 6 meses después de la finalización del programa, además de acudir a todas las actividades que se proponen así como visitas programadas.

Dadas las características del estudio, no existen efectos perjudiciales que puedan derivarse del mismo y además, al prestar mi colaboración de manera libre y voluntaria, puedo suspenderla en cualquier momento sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Los datos y resultados del estudio serán confidenciales y usados solo a efectos de la investigación. Mi identidad será mantenida en todo momento en la confidencialidad.

Declaro que he podido hacer preguntas sobre el estudio y aclarar mis dudas. Declaro que he recibido suficiente información tanto verbal como escrita sobre la naturaleza y propósitos del estudio según dispone el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad por
..... (Nombre del informante), en entrevista personal realizada el día/...../.....

Comprendo que mi participación es voluntaria. Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) Cuando quiera
- 2) Sin tener que dar explicaciones
- 3) Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el ensayo.

Albacete a de de

DNI y Firma del participante