



Consumo Problemático de alcohol y su abordaje desde Terapia Cognitivo Conductual

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA

Autor: Belén Dianela Toloza

Legajo: T-5224/8

DNI: 40844853

Graduado Responsable: Maximiliano Blanche

Año: 2024

1. Índice 1 2. Resumen 2 3. Introducción 3 4. Desarrollo 5 4.1. Consumos problemáticos y alcohol, posibles factores determinantes 5 4.1.1 Factores que intervienen en un consumo problemático de alcohol 5 4.1.2 De un uso casual a la pérdida de control: Diferencias entre Uso, Abuso, Adicción y Consumos Problemáticos 6 4. 2. Terapia cognitiva conductual: principales conceptos teóricos 8 4.2.1 TCC y consumos problemáticos: principios y aplicaciones 10 4. 3. Abordaje terapéutico 13 5.

2. Resumen

El trabajo aborda el consumo problemático de alcohol y su tratamiento mediante la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), planteando que este consumo es un fenómeno multidimensional influido por factores biológicos, sociales, históricos e individuales. El objetivo principal es analizar la efectividad de la TCC en el tratamiento de esta problemática, enfocándose en modificar las creencias disfuncionales que perpetúan el consumo. La investigación se desarrolla mediante una revisión bibliográfica que recopila información teórica y estudios previos sobre la de la TCC en casos de consumo de alcohol. La hipótesis plantea que la TCC es eficaz para abordar este tipo de problemáticas, ya que interviene tanto en los patrones de pensamiento como en el comportamiento. El desarrollo del trabajo incluye la identificación de creencias disfuncionales, pensamientos automáticos y estrategias de afrontamiento, y propone la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en habilidades como metodologías clave para modificar estos patrones. Las conclusiones señalan que la TCC es una herramienta efectiva y flexible para tratar el consumo problemático de alcohol, y se destaca la importancia de contar con redes de apoyo familiar y social para maximizar los resultados terapéuticos.

Palabras clave: consumo problemático, alcohol, terapia cognitivo conductual

2

3. Introducción

En el presente escrito nos proponemos reflexionar acerca del consumo problemático de alcohol y su posible abordaje desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC). Partimos de la hipótesis de que existe una correlación positiva entre ambos, es decir que el abordaje terapéutico desde una perspectiva cognitivo conductual a menudo conducirá a la superación exitosa del consumo problemático de alcohol. Proponemos explorar el papel de la TCC en el tratamiento de dicha problemática mediante la modalidad de investigación bibliográfica, ya que nos permite recopilar, revisar y sintetizar la información existente sobre este tema específico, destacando así el aporte de esta perspectiva terapéutica a la problemática en cuestión. Nuestro objetivo es reseñar las posibles intervenciones terapéuticas efectivas ante estas situaciones. De esta manera, esperamos desarrollar un recurso útil y accesible para aquellos interesados en comprender y abordar esta problemática desde la mencionada práctica terapéutica. La relevancia de desarrollar tal recurso es aún mayor teniendo en cuenta que en los últimos años esta problemática se ha vuelto cada vez más presente en nuestra sociedad y por

tanto es apremiante comprender mejor las causas y manifestaciones del consumo problemático de alcohol.

En este sentido, desde los comienzos de la historia humana, las sustancias capaces de afectar el comportamiento, la emoción y la cognición han tenido un rol cultural destacable, pero a diferencia de nuestros días, han sido utilizadas principalmente en celebraciones, rituales o prácticas medicinales. A lo largo del tiempo, el desarrollo de las sociedades ha sido acompañado por prácticas de consumo de sustancias que también han cambiado y se han adaptado a los cambios de época y particularidades de cada comunidad. No obstante, una diferencia que encontramos es que las sustancias han pasado cada vez más del orden de lo público al orden de lo privado (Touzé, 2006). En este sentido, consideramos que conocer la evolución histórica de las prácticas de consumo y el contexto sociohistórico en donde la persona que consume está inserta es relevante para comprender plenamente la problemática y sus orígenes.

En relación a lo antedicho, es notable considerar que, en las últimas décadas, la sociedad de consumo ha experimentado una expansión sin precedentes. Esto incide sobre el consumo de alcohol, el cual ha adquirido características problemáticas debido a sus consecuencias negativas en la sociedad, las relaciones afectivas y la salud de las personas. Es decir, la disponibilidad, accesibilidad y la presencia recurrente del alcohol en espacios sociales produce una normalización de su consumo (SEDRONAR, 2023), con lo cual consideramos que se ha convertido en un desafío significativo para la sociedad contemporánea.

Sin embargo, también argumentamos que, si bien estos aspectos sociohistóricos deben ser tenidos en cuenta, por sí mismos no son suficientes para abarcar plenamente la complejidad del problema. Los mecanismos de acción de la sustancia, toxicidad, propiedades adictivas, efectos físicos y sociales del alcohol, la exposición al consumo desde la infancia o adolescencia, y los entornos sociales que normalizan la presencia de la bebida, son sólo algunos de los elementos que también desempeñan un papel importante en este fenómeno y su mantenimiento (Keegan, s.f.). Por lo tanto, sostenemos que debe ser entendido y abordado como una problemática multicausal y compleja, ya que nos permite considerar no sólo los distintos factores intervinientes, sino también los dinamismos que se ponen en juego en el establecimiento de un vínculo problemático. De este modo, planteamos que existen factores sociales, culturales, biológicos, históricos e individuales que influyen y predisponen al desarrollo de un consumo problemático de alcohol.

Entre los factores individuales y siguiendo los postulados centrales de la TCC, a lo largo de este trabajo destacaremos la importancia atribuida a las creencias individuales. Dicho de otro modo, los consumos de sustancias están asociados a creencias disfuncionales que contribuyen a la formulación de expectativas que moldean los impulsos

3

de consumo (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999). Estas creencias, junto con los factores previamente mencionados, pueden desencadenar un consumo problemático de sustancias. Según la TCC, la convergencia de estas creencias con una pobre habilidad para regular las emociones resulta en el abuso del alcohol como un medio para aliviar el sufrimiento, regular el estrés y la ansiedad, procurar placer o satisfacer el deseo irrefrenable de consumir la droga por una sensación de urgencia y compulsión, conocido como "craving" (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999). Por lo antedicho, consideramos que la TCC es una herramienta que se enfoca en comprender y modificar patrones de pensamiento y comportamiento y que cuenta con estrategias específicas, las cuales abordaremos en las páginas siguientes.

Objetivos:

General:

- Analizar la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el abordaje exitoso del consumo problemático de alcohol.

Específicos:

- Reseñar los factores que influyen y desencadenan el consumo de alcohol. - Describir los desarrollos teóricos clave de la TCC en relación a la problemática.

- Sintetizar las estrategias cognitivas y conductuales empleadas en el tratamiento del consumo problemático de alcohol.

4. Desarrollo

4.1. Consumos problemáticos y alcohol: posibles factores determinantes

4.1.1 Factores que intervienen en un consumo problemático de alcohol

El estudio e investigación sobre el uso de sustancias y su consumo implica un análisis de múltiples dimensiones ya que se trata de un fenómeno complejo y multicausal. De este modo, planteamos que existen factores biológicos, sociales, culturales, históricos

e individuales que influyen y predisponen al desarrollo de un consumo problemático de alcohol. Desarrollaremos los mismos a continuación.

Para empezar, respecto a los factores biológicos, es preciso definir al alcohol como una droga. Entendemos a una droga como toda sustancia activa de origen natural, sintética o semisintética que tiene como fin modificar una respuesta o proceso biológico y que produce placer como efecto principal (Mendoza Patiño, 2008). Cuando son consumidas, las drogas repercuten en el cuerpo en tanto que modifican el funcionamiento del sistema nervioso central, manifestándose como alteraciones de diversa índole en los procesos de regulación del pensamiento, la conducta y emociones del individuo. El alcohol, cuya sustancia psicoactiva predominante es el etanol (C₂H₅OH), actúa como agente depresor del sistema nervioso central, produciendo como primeros efectos la desinhibición y relajación de quien consume (Mendoza Patiño, 2008). De este modo, podemos decir que las personas pueden consumir alcohol para experimentar la sensación de placer y euforia que éste brinda.

Tomar alcohol de manera recurrente implica el desarrollo de tolerancia, es decir, cuánto más alcohol se consuma más se necesitará aumentar la dosis para así poder experimentar los mismos efectos (Ortuño, 2010). Sin embargo, dejar el consumo regular de bebida trae ciertas dificultades: el síndrome de abstinencia. En cuanto se suspende el consumo de alcohol, pueden manifestarse una variedad de síntomas desagradables que pueden llevar a una persona a reanudar el consumo si se ha desarrollado un cierto grado de dependencia (Ortuño, 2010). Además de los procesos de tolerancia y del síndrome de abstinencia, aquí es importante tener en cuenta que una persona puede desarrollar distintos tipos de vínculo con el alcohol, los cuales desarrollaremos en el apartado siguiente.

En cuanto a los factores históricos y culturales, y como ya hemos adelantado en la introducción de este escrito, el consumo de sustancias no es algo propio de nuestra época. Se han encontrado elementos que permitieron reconstruir un largo registro sobre el tipo de vínculo que los distintos pueblos han tenido con las drogas a través de la historia de la humanidad. En Europa se han hallado alimentos y bebidas del periodo neolítico relacionados con bebidas alcohólicas como la cerveza de trigo y de cebada, el vino y la hidromiel (Bueno Ramirez et al., 2005, citado en Russo, 2022). Se presume que eran utilizadas principalmente en prácticas religiosas, ceremonias y festividades comunitarias, por oposición al consumo habitual que es frecuente en la actualidad. Dicho consumo era regulado por figuras espirituales como chamanes y brujos, en tanto que ellos eran el punto intermedio y los comunicadores entre los mundos (Russo, 2022). Sin embargo, sabemos que el paso del tiempo produjo un cambio cualitativo y cuantitativo con respecto a los consumos de sustancias en general y del alcohol en particular, pasando a ser una práctica particularmente privada. Según un informe de SEDRONAR (2023) titulado “Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado”, en la actualidad el consumo de alcohol es una práctica común y recurrente que está instalada fuertemente en la sociedad argentina. Los resultados indican que el 66,2% de la población consume alcohol, siendo los jóvenes quienes más consumen. Otro dato relevante es que dicho consumo se realiza principalmente dentro de contextos hogareños y con amigos (SEDRONAR, 2023). Los casos más graves son aquellos donde se recurre a la mezcla de sustancias; las

intoxicaciones más comunes que son atendidas en hospitales públicos de los grandes conglomerados del país tienen que ver con la combinación de alcohol y medicamentos. La mezcla de alcohol con psicofármacos depresores como benzodiazepinas y neurolépticos potencia los efectos de los mismos, por lo que las consultas a los servicios de toxicología son considerablemente numerosas (SEDRONAR, 2015). Esto se debe en parte a la tendencia a la automedicación y al abuso de medicamentos de prescripción,

que al igual que el alcohol, suelen estar fácilmente disponibles en los hogares.

Con respecto a los factores sociales e individuales, cabe preguntarnos, ¿de qué manera los entornos y experiencias individuales contribuyen al consumo de alcohol? Como plantea el Dr. Keegan (s.f), docente e investigador de la Universidad de Buenos Aires, “nadie nace consumidor ni comienza a consumir espontáneamente” (pp.x). La exposición temprana a situaciones de consumo influye en la naturalización de este comportamiento, lo que resulta fundamental para su perpetuación en el futuro. Asimismo, existen diversas representaciones asociadas a su consumo, en tanto que beber puede ser asociado como un signo de potencia, pertenencia social, diversión, ingreso a la adultez, incluso que favorece el desempeño sexual o que promueve vínculos, entre otros (SEDRONAR, 2023). Además, el alcohol muchas veces es utilizado para regular emociones asociadas al malestar, sumado a un contexto cultural y social donde se fomenta la diversión y la búsqueda de nuevas sensaciones (SEDRONAR, 2023). Asimismo, sabemos que el contexto impulsa la inclusión social a través de ciertos criterios de pertenencia que crean una identidad, excluyendo a quienes no cumplen con estas normas. Nuestra postura es que estos criterios tienden a promover soluciones inmediatas y centradas en el individuo, por lo que recurrir al alcohol puede ser visto como una posible salida.

Por último, en lo que respecta específicamente a los factores individuales y siguiendo los postulados de la TCC, vemos cómo las creencias disfuncionales de cada persona pueden ser activadas en circunstancias específicas, conocidas como situaciones estímulo. Estas situaciones ejercen una influencia significativa en los impulsos de consumo, moldeando las respuestas y comportamientos de las personas (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999). Estas creencias disfuncionales serán abordadas en el apartado siguiente, pero nos resulta pertinente aclarar a modo de reflexión, que éstas y los factores mencionados en este apartado influyen directamente sobre los procesos de consumo de drogas, y particularmente en el consumo de alcohol. Como se reseñó, se trata de un fenómeno multidimensional, donde factores diversos pueden influir en la vulnerabilidad a desarrollar problemas relacionados. Dicho de otro modo, el estudio del consumo de alcohol, así como su abordaje terapéutico, implica una exploración integral de múltiples dimensiones que interactúan entre sí de manera compleja.

4.1.2 De un uso casual a la pérdida de control: Diferencias entre Uso, Abuso, Adicción y Consumos Problemáticos

Entendemos que abordar las problemáticas relacionadas con las sustancias no implica sólo considerar a quien consume y la droga consumida, ya que esto sería una visión reduccionista y sesgada. Como se ha mencionado, el dinamismo de los factores involucrados y el contexto influyen directamente en los vínculos que una persona puede tener con las sustancias, por lo que es fundamental tenerlos en cuenta. A continuación, rastrearemos los conceptos relacionados con los distintos niveles de consumo que una persona puede establecer con el alcohol. En este sentido, es pertinente cuestionarnos: ¿existe un consumo “esperable”? En caso afirmativo, ¿cuándo hablamos de un consumo “esperable” de alcohol, de adicción y cuándo de consumo problemático? ¿Existe diferencia entre la adicción y el consumo problemático?

Aquello que podría denominarse como consumo “esperable” refiere a lo que la literatura especializada clasifica como “uso” de la sustancia (SEDRONAR, 2023). El “uso” de una sustancia es un término amplio que refiere al consumo esporádico y no riesgoso, que no implica una presencia significativa en la vida de la persona que consume ya que

puede ser ocasional o social. Sin embargo, cuando hablamos de “abuso”, el consumo cumple con un objetivo esperado, como podría ser perder la timidez o ser más gracioso

en situaciones sociales. Este implica ya un daño a la salud y una interferencia en situaciones cotidianas (SEDRONAR, 2023). Esto podemos verlo frecuentemente en las reuniones sociales o fiestas donde es común escuchar adolescentes que se han excedido en las cantidades de alcohol y que suele ser visto como una gracia. Por otro lado, cuando nos

referimos a la adicción, la persona pierde la capacidad de controlarse frente la bebida, en tanto que experimenta una necesidad compulsiva de consumir la sustancia. Ya implica un grado más grave de consumo, en tanto que la persona vive y hace todo lo posible para poder conseguirla y finalmente consumirla, a pesar de sepa los problemas significativos que puede traerle a su vida (SEDRONAR, 2023). Por otra parte, a lo que refiere el concepto de consumos problemáticos, la ley nacional N° 26.934 “Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos” (2014) define que los consumos problemáticos deben considerarse fenómenos que no se limitan solamente al consumo de sustancias, sino que abarcan cualquier tipo de consumo que genere problemas o consecuencias negativas para la persona, como por ejemplo el juego compulsivo o la comida.

Consideramos que utilizar el concepto “consumo problemático” nos permite ir más allá, ya que posibilita sostener una mirada más amplia acerca de la problemática que incluya a los factores que hemos desarrollado en la sección anterior. En otras palabras, el concepto no abarca sólo la persona y el consumo de la sustancia con su respectiva dependencia física o psicológica propia de la adicción, sino que permite considerar otros factores que hacen al consumo y que afectan a una o más áreas significativas de la persona. Esto permite abordar el tema desde un enfoque más global, considerando una gama de factores que pueden ser dañinos, aunque no necesariamente cumplan con los criterios clínicos de una adicción. Sostenemos que tanto la palabra adicción como nombrar a alguien como adicto conlleva connotaciones negativas y estigmatizantes propias de un paradigma ya caduco, que pueden desincentivar a las personas a buscar ayuda. De tal modo, nuestra posición es que poder preguntarnos por el sentido que adquiere el alcohol y cómo se inscribe en la cotidianidad de cada persona es clave para comprender el consumo problemático de sustancias en cada caso específico.

4. 2. Terapia cognitiva conductual: principales conceptos teóricos

En el siguiente apartado expondremos un breve recorrido sobre el origen e historia de la TCC y presentaremos los principales conceptos teóricos de dicha psicoterapia. Para esto, es preciso definir qué entendemos como psicoterapias, en este sentido, tomamos la definición de la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas (1992) la cual consideramos que la define de manera correcta:

Todo tratamiento de naturaleza psicológica, que a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física y psíquica, la integración de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. (p.3)

En este sentido, en el siglo XX se desarrollaron diversas corrientes de psicoterapias que ofrecieron distintas perspectivas y respuestas acerca del enigma de lo puramente humano: la mente. Dentro del amplio espectro de psicoterapias, la TCC emerge alrededor de la década de 1980 como producto de la integración de dos modelos, el conductual y el cognitivo. Sin embargo, es necesario aclarar que la TCC es un nombre genérico que se le asigna a un conjunto de tratamientos que están basados en el paradigma surgido en la década del 60 y que el mismo fue utilizado por varias disciplinas tales como la neuropsicología, la inteligencia artificial y la psicopatología (Keegan, 2007). De este modo, hoy en día existen muchas psicoterapias que forman parte del modelo TCC; algunas de ellas son la Terapia Racional Emotiva Comportamental, la Terapia Cognitiva, el Entrenamiento Auto-instructivo, el Entrenamiento en Manejo de Ansiedad, El Entrenamiento en Inoculación de Estrés, la Terapia de Resolución de Problemas, entre otras (Keegan, 2007). Por lo tanto, nos parece preciso aclarar que, en este trabajo, cuando hablamos de TCC, nos referimos estrictamente a la psicoterapia estándar desarrollada por Aaron Beck (Terapia Cognitiva) y no a otras acepciones con las que es posible asociar al término debido a la maleabilidad que ha tenido a lo largo de su historia.

De este modo y siguiendo a Keegan y Pawel (2010) podemos plantear que, a grandes rasgos, la historia de la TCC se divide en 4 etapas. Entre los años de 1950 surge la denominada “primera ola” de TCC con la emergencia de la terapia comportamental, centrada en el estudio del comportamiento observable y sus relaciones con el entorno. Asimismo, en los años 60 nace la terapia cognitiva entendida como la “segunda ola” siendo sus exponentes principales Aaron Beck y Albert Ellis. En los años 80 se produce una combinación de las dos terapias mencionadas y como resultado surge lo que hoy en día se denomina terapia cognitiva conductual. La integración de las terapias se dio porque los conceptos de Beck y Ellis eran demasiado abstractos y “cognitivos”, lo que causaba resistencia entre los conductistas para aplicarlos. El nuevo enfoque permitió incorporar nociones que respetaban la terapia conductista y que además añadían componentes cognitivos a los tratamientos (Keegan y Pawel, 2010). Un dato importante es que por aquellos años Aaron Beck publicó un libro sobre el tratamiento para la depresión con postulados novedosos que fueron llevados a la práctica y que resultaron muy favorables, que sumado al descontento generalizado ya que terapias como la conductista, empezó a ser considerada como insuficiente para abordar la complejidad del ser humano, fueron dos sucesos, que entre otros, fueron claves para el surgimiento y expansión de la TCC (Keegan y Pawel, 2010). Por último, las terapias contextuales, también llamadas terapias basadas en procesos, son aquellas que pertenecen a la “tercera ola”, las cuales nacieron hace aproximadamente 15 años y siguen siendo desarrolladas hasta el día de hoy. A grandes rasgos, en muchas de estas terapias su énfasis no está puesto en modificar los procesos de pensamiento como en la TCC, sino que se centran en los procesos de atención en el aquí y ahora, adoptando una postura de aceptación y conciencia plena (*mindfulness*) (Keegan y Pawel, 2010). Si bien en los últimos años las terapias basadas en procesos parecen estar ganando terreno en el ámbito psicoterapéutico, consideramos que el abordaje cognitivo conductual estándar, es decir el abordaje de “segunda ola”, es el más

adecuado para la problemática tratada en este TIF, ya que dicho enfoque nos proporciona una base sólida y empíricamente comprobada para abordarla, en tanto ha sido objeto de numerosos estudios científicos que respaldan su eficacia.

Por otro lado, consideramos que la comprensión profunda de los principios subyacentes a cualquier enfoque terapéutico es esencial para su aplicación efectiva. En el caso de la TCC, en su libro *“Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización”* Judith Beck (2000), hija de Aaron Beck, propone que la TCC parte de la premisa de que las distorsiones del pensamiento afectan el estado de ánimo y conducta de una persona. En este sentido se considera que el pensamiento, la conducta y la emoción son tres subsistemas interdependientes. Si bien sabemos la importancia que se le atribuye a las cogniciones dentro de este enfoque, el proceso de afectación de cada subsistema no sigue un orden lineal, por lo que no hay primero un pensamiento que provoca una emoción y que tiene como resultado una conducta, sino que, según Rodríguez Biglieri & Vetterre (2024), están interconectados y se influyen mutuamente. De hecho, si se realiza una modificación en alguno de ellos, inevitablemente producirá cambios en los otros dos restantes. En este sentido, consideramos que, si bien la TCC plantea a la cognición como un mediador en el funcionamiento humano, a raíz de lo expuesto consideramos que pensar que hay intervenciones puramente cognitivas o conductuales no es del todo cierto, ya que al modificarse uno, se produce la modificación todos de todos los subsistemas. Resulta interesante en tanto que se puede pensar que desde este abordaje se puede producir un cambio más integral en el individuo en pos de su bienestar. Además, el hecho de que cuente con una serie variada y extensa de intervenciones, permite una mayor flexibilidad en el tratamiento porque puede adaptarse mejor a las necesidades y circunstancias específicas de cada paciente.

En función de lo antedicho nos preguntamos, ¿cómo es el proceso de interacción de dichos subsistemas? Para poder responder a esta pregunta, expondremos los principios básicos del modelo de Aaron Beck. Tomamos a Beck a raíz de que, como hemos desarrollado anteriormente, se trata del padre de la segunda ola de TCC y que esto no le resta validez a sus planteos, ya que numerosas investigaciones han avalado sus postulados, con lo cual nos da una base sólida para comprender la complejidad de la experiencia humana.

Según Rodríguez Biglieri & Vetterre (2011), quien sigue a Beck para explicar los principios de la TCC, cuando una persona interactúa con su entorno se produce la activación de sus esquemas, entendidos éstos como estructuras que tienen la función de procesar información para generar significados. Cada esquema tiene como elemento central lo que se suele denominar “creencias centrales”, las cuales son entendidas como enunciados globales y absolutos, difícilmente modificables, por lo que suelen aportar una mirada sesgada sobre sí mismo, otras personas y el mundo (Rodríguez Biglieri & Vetterre, 2024). Según Beck (2007), las creencias centrales tienen una cara positiva y una negativa, donde esta última suele manifestarse mediante pensamientos automáticos en situaciones de estrés psicológico, y pueden clasificarse en “Imposibilidad de ser querido, incapacidad /desamparo y no ser valioso”. Nos resulta necesario aclarar que una persona puede tener una de estas creencias o varias de ellas a la vez por lo que es tarea del terapeuta identificarlas, ya que suponen un marco de referencia para el paciente que es fundamental para el tratamiento.

Asimismo, de estas creencias centrales se desprenden las creencias intermedias, las cuales se manifiestan en forma de reglas, presunciones y actitudes; podemos entenderlas como modos distintos de expresar el mismo contenido (es decir las creencias centrales) y que, al igual que sucede con éstas últimas, no suelen ser expresadas (J Beck, 2000). Como ya se mencionó anteriormente, las creencias, en tanto responden a determinados esquemas, influyen directamente en cómo se percibe e interpreta la información resultante de las situaciones experimentadas por las personas influyendo el

modo de pensar, sentir y actuar. A partir de este proceso, se da lugar a lo que se suele denominar “pensamientos automáticos”, éstos son pensamientos involuntarios que brotan de manera breve y veloz y que pueden tener formato verbal o de una imagen y suelen girar

9

sobre un mismo tema, lo que es clave para poder identificar el tipo de contenido de estas creencias que los determinan (Beck, 2000). Al ser tomados como el fiel reflejo de la realidad, estos pensamientos automáticos hacen que a las personas les resulte difícil no creer en ellos. Pero, ¿qué sucede si incluso la experiencia nos demuestra lo contrario a lo que interpretamos de ella? ¿Por qué seguimos creyendo en estas creencias? La respuesta yace en que, según argumenta Judith Beck (2000), las personas tienden a enfocarse involuntariamente en la información que confirma su visión negativa, mientras que ignoran o no reconocen los datos que la contradicen. Por ello, es crucial que los terapeutas identifiquen las cogniciones implicadas para llevar a cabo una terapia efectiva.

Por otro lado, a nivel conductual, las personas desarrollan “estrategias compensatorias” que les ayudan a afrontar el sufrimiento que les producen las creencias centrales negativas (Villalonga, 2021), ya que ninguna experiencia es experimentada de manera objetiva, pasan por el filtro de la interpretación de las creencias. En este sentido, las estrategias compensatorias de una persona suelen asociarse a las creencias intermedias, en tanto que “si hago tal cosa”, es decir, la estrategia compensatoria, “pasará (o no) tal otra” que será la establecida por la creencia central; Un ejemplo puede ser: “si me esfuerzo al máximo, podré lograrlo” (Villalonga, 2021, diapositiva 16). En este sentido, se reflejan en las creencias intermedias. La rigidez de una creencia sirve de indicador psicopatológico en tanto son inflexibles, negativas y extremas (Beck, 2000) por lo que limitan la capacidad de la persona para adaptarse a nuevas circunstancias o considerar alternativas más realistas y positivas, ya que la información es filtrada de manera distorsionada.

Siguiendo nuevamente a Rodríguez Biglieri & Vetterre (2011), plantean que “si se entiende por cognición el conjunto de procesos y estructuras intervinientes en el procesamiento de la información (...), emoción y cognición pueden ser vistas como dos caras de una misma moneda” (p. 39), por lo que las emociones son una fuente de información que influyen en la interpretación de los datos obtenidos y en las respuestas de afrontamiento que son elegidas. Esta perspectiva nos invita a reconsiderar la importancia de las emociones en la toma de decisiones y la regulación del comportamiento. Nos recuerda que las emociones no son simples reacciones automáticas, sino que están profundamente conectadas con el modo en que entendemos el mundo.

A modo de conclusión de este apartado, sostenemos que reseñar, analizar y reflexionar acerca de los principios teóricos de la Terapia Cognitiva Conductual (TCC) nos permite tener una visión acerca de la complejidad de este enfoque psicoterapéutico, el cual integra de manera dinámica los procesos cognitivos, emocionales y conductuales. La evolución histórica de la TCC, desde sus primeras fases hasta la integración de conceptos como el *mindfulness*, refleja su capacidad para adaptarse a las necesidades cambiantes de la práctica terapéutica. Creemos que la TCC sigue siendo una herramienta esencial en la comprensión y tratamiento de diversas problemáticas psicológicas, ofreciendo un camino hacia el bienestar de cada paciente.

4.2.1 TCC y consumos problemáticos: principios y aplicaciones

Al inicio de este trabajo mencionamos que uno de los factores que influyen en el inicio y mantenimiento del consumo problemático de alcohol puede ser el factor individual. Tal como se explicó previamente, desde la perspectiva teórica de la TCC estos factores se

relacionan con las creencias que cada paciente tiene sobre los eventos que experimenta. En relación a los consumos problemáticos, destacan las llamadas "creencias adictivas" (Beck, 1999), que desempeñan un papel crucial en la perpetuación de la problemática y, por lo tanto, en su tratamiento. Estas creencias disfuncionales (Beck, 1999), derivadas de las creencias centrales, están profundamente vinculadas con el consumo ya que al estar caracterizadas por su búsqueda de placer, alivio o escape, se centran en la idea de que la sustancia es necesaria para mantener el equilibrio emocional, mejorar las relaciones sociales e intelectuales, o encontrar excitación y alivio ante el aburrimiento, la ansiedad y/o

10

la depresión (Beck, 1999). Un ejemplo típico de estas creencias podría ser: "No puedo ser feliz a menos que consuma (...). Si no consumo, no seré capaz de soportar el dolor" (Beck, 1999, p.49). Aunque en este apartado se resalta el componente cognitivo, nuevamente sostenemos que es fundamental recordar que el consumo problemático de alcohol no es un fenómeno exclusivamente psicológico ya que su complejidad radica en la interacción de múltiples dimensiones.

En relación a estas creencias disfuncionales y siguiendo con los postulados de la TCC, además de las creencias adictivas, para Beck (1999), las personas con un vínculo problemático con la bebida tienen una gran variedad de pensamientos automáticos que justifican y por lo tanto dan permiso al consumo. Por ejemplo: "me estoy sintiendo mal, está bien si consumo algo para poder aliviarme" (p. 66). Además, existen muchas otras creencias que están relacionadas a una creencia de vulnerabilidad o indefensión con respecto al deseo irrefrenable de consumir o *craving*: "no tengo capacidad para poder parar" (p. 50), que termina dando como resultado una profecía autocumplida: como no puede pararlo, no lo intenta y por lo tanto afirma la creencia de no poder pararlo. En estos acotados ejemplos vemos cómo las emociones se asocian a situaciones determinadas y que estas activan creencias que llevan a los impulsos de consumir.

El *craving*, por su parte, es otra clave para entender la complejidad del fenómeno de consumo problemático. Beck (1999) lo define como aquello que "representa el deseo muy intenso por una experiencia concreta de algún tipo" (p. 57), que en este caso tiene que ver con el deseo de beber. Suele estar influenciado por sentimientos depresivos/ansiosos o por situaciones que activan las creencias que lo desencadenan. El deseo irrefrenable de beber impulsa a la persona a actuar en búsqueda de alcohol, lo que suele denominarse "impulso". Según Beck (1999) la consecuencia instrumental del *craving* es el impulso y puede ser incitado por una emoción o también por la anticipación de una situación desagradable. En este sentido, el impulso serviría para disminuir este estado que lo ha provocado. Incluso podemos decir que tanto el *craving* como los impulsos pueden llegar a automatizarse y ser muy difíciles de controlar.

La interrelación entre las creencias, emociones, *craving* y conductas de búsqueda de la bebida no se dan de manera aleatoria, sino que se sitúan en un espacio y tiempo determinado. Un consumo problemático de alcohol suele ser desencadenado por lo que se denomina "situaciones estímulo", pero debemos aclarar que la situación en sí no despierta el proceso de *craving*, sino la lectura que la persona hace de la situación a través de la activación de las creencias relacionadas con la bebida (Beck, 1999). En definitiva, lo que sucede en un consumo problemático desde este punto de vista es que ante determinada circunstancia, se activa una creencia que provocará el desarrollo del *craving* y que una serie de pensamientos automáticos le darán el "permiso" que cree necesitar para poder buscar el alcohol y consumirlo.

Por otro lado, es harto común escuchar que la solución a muchos problemas de salud mental es una mera aplicación de la fuerza de voluntad del paciente, responsabilizándolo de su padecer. En este sentido nos fue pertinente pensar qué lugar tiene la "fuerza de voluntad" en este tipo de problemáticas. Esto implica entenderla como una decisión deliberada y puramente consciente, donde una persona sabe y comprende

los costos y beneficios de sus acciones y obra en función de esto. Desde la TCC, y en particular el tema que nos convoca, se considera que puede ser una gran herramienta para detener la realización de un impulso, pero también es un hecho que la misma depende de una amplia variedad de factores, ya que una persona puede estar comprometida con la idea de dejar de beber, pero puede que carezca de las habilidades necesarias para lograrlo (Beck, 1999). Además, consideramos que la bebida puede resultar muy tentadora por la fiabilidad de su consumo, es decir, la persona sabe que al tomar alcohol se producirán los efectos buscados, lo que a su vez sumado a un contexto que incita a beber puede tornar muy difícil al paciente rechazar la tentación.

Más allá de la explicación de un consumo problemático desde el punto de vista de la terapia cognitivo conductual, es pertinente preguntarnos cómo ésta enfrenta concretamente dicha problemática. Siguiendo a (Villalonga, 2021), lo primero que debe

11

hacer el terapeuta es realizar la conceptualización del caso, lo cual implica desarrollar una clara comprensión del paciente y de sus problemas, lo que le permitirá un abordaje estratégico. Por otro lado, la hipótesis de trabajo constituye el núcleo de la conceptualización del caso (Beck, 2000). Esta debe identificar las estructuras cognitivas clave, como las creencias y los pensamientos automáticos, además de los eventos y situaciones que activan dichas creencias, junto con una teoría clínica que explore sus posibles orígenes (Beck, 2000). Comprender sus problemas desde el modelo cognitivo conductual implica también tener en cuenta el contexto en que el paciente está inmerso, lo cual sirve como fundamento del plan de tratamiento. En suma, entender desde una perspectiva cognitiva se refiere a poder identificar qué tipos de creencias tiene la persona, qué estrategias compensatorias están puestas en juego y cuáles son las situaciones desencadenantes.

Según Beck (1999), el terapeuta debe intentar establecer un tipo de abordaje activo, basado en una buena relación de confianza terapeuta-paciente, y organizado de una manera estructurada con objetivos precisos donde se intentará “reducir la intensidad y frecuencia de los impulsos de consumir drogas mediante la refutación de las creencias subyacentes” (p. 52) y “enseñar al paciente técnicas específicas a fin de controlar y manejar sus impulsos” (p. 52). Esto puede llevarse a cabo a partir de encontrar formas más satisfactorias de poder afrontar los problemas que se le presentan sin tener que recurrir al alcohol o a las drogas para encontrar alivio. Además, se intentará encontrar juntos formas alternativas de afrontamiento que aporten a su bienestar y que no incluyan al alcohol.

Sin embargo, esto no siempre resulta tarea sencilla. Según Beck (2000) muchos pacientes tienen poca tolerancia ante la frustración, lo que puede derivar en reacciones desmedidas que obstaculicen la terapia. Por lo que esto también debe ser trabajado para que no se convierta en un peso adicional para el paciente. Por último, poder trabajar la asertividad puede ser muy útil cuando hay otros que convidan alcohol al paciente o lo incitan para que consuman, priorizando las ganancias a largo plazo más que a corto plazo.

4. 3. Abordaje terapéutico

Hemos comentado al principio de este trabajo que el modelo TCC no implica sólo un único modo de abordaje, sino que existe una amplia variedad de tratamientos bajo la misma propuesta terapéutica. En este sentido, para el desarrollo del siguiente apartado hemos seleccionado un tratamiento centrado en el entrenamiento de habilidades del paciente para enfrentarse a situaciones denominado por Caballo (1998) "Habilidades de Afrontamiento para la Conducta de Beber"¹(en adelante, HACB). Distintos estudios avalan el éxito de su aplicación, por lo que es considerada como una de las intervenciones más validadas empíricamente (Figueroa, 2017). Los motivos por los cuales nos centramos en este tratamiento es que resulta de fácil aplicación y posee una corta duración, y que además pueden verse reflejados los conceptos de la terapia cognitiva conductual de Aaron Beck mencionados en el apartado anterior.

En este sentido, el tratamiento HACB es un modo de abordaje basado en el tratamiento propuesto por Langley (Langley et al, 1994, citado en Caballo) el cual se basó principalmente en intervenciones para personas con deterioro neurológico a causa de sus problemas con la bebida. Sin embargo, el modelo de tratamiento que hoy en día se aplica ha sido modificado para que se puedan abordar todo tipo de casos, es decir, sin el requisito del deterioro neurológico, donde se pueden encontrar una serie de intervenciones que tienen como objetivo principal la adquisición de habilidades y mejorar la motivación de la persona para que pueda autocontrolarse ante situaciones que lo pongan a prueba (Caballo, 1998). Lo interesante de esta propuesta es que nos permite adentrarnos en un campo que no se limita a lo neurológico, sino que además resalta la complejidad de los consumos problemáticos teniendo en cuenta múltiples dimensiones, sobre todo la contextual.

Siguiendo a Caballo (1998), el tratamiento HACB tiene como objetivo principal que el paciente pueda aprender nuevas habilidades de afrontamiento distintas al consumo de alcohol, lo que implica nuevas posibilidades a la hora de solucionar problemas, mejorando así su calidad de vida. El término afrontamiento se refiere a la capacidad de las personas para lidiar con una situación, utilizando habilidades cognitivas o conductuales, según las circunstancias en las que se encuentren (Sarango-Ortega Ronald, 2021). En relación con los consumos problemáticos, este tratamiento parte de la idea de que para poder regular los efectos negativos que tienen sus emociones sobre sí y poder aumentar su bienestar, algunas personas recurren al consumo desmedido de alcohol. Tal como ya se ha comentado, esta problemática está asociada a la creencia de que el alcohol mejorará su estado de ánimo y/o funcionalidad en ciertas áreas de su vida. En este sentido, y como lo indica el nombre del tratamiento, desde este programa es clave trabajar en las habilidades de afrontamiento que cada persona tiene, para que recurrir al alcohol no sea su única opción. Si se entiende que cada una de estas habilidades está motivada por una creencia determinada, consideramos fundamental que el terapeuta pueda identificar dicha creencia y construir junto al paciente las alternativas que le permitan no recaer en el consumo de alcohol; recurrir al alcohol como solución a sus problemas no sólo implica poner en riesgo su salud sino que, al ser un recurso limitado, disminuye el acceso a otras formas de respuesta y socava todas las áreas de su vida, afectando la calidad de ésta.

Nuevamente siguiendo a Caballo (1998) vemos cómo la intervención en el programa de HACB se lleva a cabo luego de la evaluación a través de tres fases: en primer lugar fase de preparación para el cambio, seguida de una fase de intervención que consiste en el entrenamiento en las habilidades de afrontamiento y, finalmente, el tratamiento consta de una tercera fase de generalización estructurada.

Con lo que respecta la evaluación amplia, la misma trata de evaluar las expectativas que tiene la persona respecto a consumir alcohol. Dicho de otro modo, se trata de identificar creencias, y una herramienta útil para ello puede ser el “Cuestionario de expectativas sobre

¹ Este tratamiento puede tener distintas denominaciones, ya que existe una amplia gama de tratamientos que tienen como núcleo el entrenamiento de habilidades.

el alcohol” (Goldman, Brown y Christiansen, 1987 Citado en Caballo, 1998). Este cuestionario se utiliza para evaluar las creencias de las personas acerca del consumo de esta sustancia, ya que los individuos desarrollan creencias sobre las consecuencias de beber alcohol: si esperan que los efectos del consumo sean positivos (expectativas positivas), su motivación para consumir aumentará; sin embargo, si consideran más las consecuencias negativas (expectativas negativas), estarán menos inclinados a hacerlo (Jones, Corbin, & Fromme, 2001, como se citó en Peltzer, Lichtenberger, Conde, & Cremonte, 2017). No obstante, sostenemos que utilizar estos instrumentos, si bien pueden brindar una información valiosa, no debe reemplazar la escucha atendiendo a las características personales y contextuales del paciente.

Las intervenciones terapéuticas que siguen a la identificación de las creencias se denominan “reestructuración cognitiva”, cuyo objetivo es modificar la manera de interpretar la información tratando de buscar soluciones alternativas (Beck, 2000). En esta primera fase del tratamiento, el paciente es instruido para que pueda ponerle límites a las creencias “positivas” que tiene con respecto al alcohol y para que recurra a la información objetiva sobre las posibles consecuencias negativas de consumirlo en exceso. Asimismo, se le enseñan las habilidades de afrontamiento que puedan sustituir al consumo de alcohol de una manera flexible (Caballo, 1998). A partir de lo planteado anteriormente, afirmamos que una herramienta útil que puede contribuir favorablemente a este proceso puede ser un trabajo de autoconocimiento personal, que permita al paciente

registrar tanto sus estados de ánimo como las situaciones y/o circunstancias en la que puede sentirse vulnerable.

En la segunda fase del programa HACB, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento se enfoca en enseñar técnicas para enfrentar de manera inmediata las situaciones de alto riesgo, una vez que el paciente ya se encuentra inmerso en ellas (Caballo, 1998). Se prepara al paciente para que considere la posibilidad de poder cambiar su conducta. Esta preparación se basa en la confianza y calma que se debe generar en la relación terapéutica, complementada con información objetiva y concisa que el terapeuta debe proporcionarle al paciente sobre el impacto que el consumo de alcohol ha tenido y probablemente seguirá teniendo en su vida (Caballo, 1998). Asimismo, esta fase también se trata de establecer objetivos realistas a corto y largo plazo y que el paciente comprenda realmente cual es el problema y cómo aplicar lo aprendido a situaciones concretas de la vida cotidiana, por lo que se le puede pedir en el contexto terapéutico que repita la información, ofrezca ejemplos de su vida y explique su significado personal (Caballo, 1998). Es necesario resaltar la importancia de que el paciente pueda comprender aquello que está trabajando en la terapia, ya que implica que el trabajo terapéutico pueda pasar de la exposición meramente teórica por parte del terapeuta y la recepción pasiva de ésta por parte del paciente, a que el paciente pueda incorporar nuevas habilidades y construir nuevas maneras de afrontamiento con aquello que se le ofrece ante las situaciones que puedan considerar adversas.

La adquisición de estrategias de afrontamiento se divide en tres fases. La primera consiste en desarrollar habilidades de afrontamiento anticipatorias, que permiten al paciente planificar con anticipación cómo evitar o manejar situaciones que signifiquen la exposición a un consumo de alcohol (Annis & Davis, 1988). Por ejemplo, es posible ensayar estrategias de control de estímulos evitando los lugares donde haya presencia de alcohol (Annis & Davis, 1988). La segunda fase se enfoca en técnicas de afrontamiento inmediato, dirigidas a manejar situaciones de alto riesgo una vez que el paciente ya se encuentra en ellas. Ejemplos de estas técnicas incluyen realizar actividades distractoras o utilizar habilidades de relajación y manejo del estrés (Annis & Davis, 1988). La tercera fase, conocida como afrontamiento restaurador, se centra en estrategias para gestionar los tropiezos, en el caso de que sucedan, o recaídas temporales en el consumo excesivo de alcohol, con el objetivo de prevenir recaídas completas (Annis & Davis, 1988).

Dichas estrategias nos abren el interrogante acerca de si el acento está puesto en evitar las situaciones o afrontarlas, ya que se mencionan ambas opciones. Para Caballo (1998), se debe establecer un equilibrio entre evitar las situaciones estimulantes y el afrontamiento de las mismas, ya que se ha demostrado que las personas que sólo evitan

14

la situación y no la afrontan tienen más probabilidades de recaer que aquellas que pueden controlar la situación afrontándola. Nos parece muy interesante este punto de vista ya que al poder enfrentarse a situaciones donde el alcohol está presente, el paciente puede seguir participando en situaciones sociales de las cuales el alcohol sigue siendo parte, es decir, no queda excluido de ellas, ya que, como mencionamos al principio de este trabajo, la presencia y la normalización del alcohol en la sociedad está muy presente en nuestros días.

La etapa final del programa HACB está dirigida a garantizar la generalización y el mantenimiento de los logros alcanzados durante el tratamiento, que puede ser logrado mediante diversas estrategias como tareas estructuradas para el hogar, entrenamiento en prevención de recaídas, práctica de habilidades en contextos de exposición a señales y apoyo social (Caballo, 1998). El paciente debe practicar las habilidades de afrontamiento en las sesiones terapéuticas hasta alcanzar un nivel de competencia que facilite su éxito en situaciones de la vida real. Al principio, las actividades se realizan con el terapeuta y, tras lograr éxito bajo este apoyo, se continúan de manera independiente fuera de la

terapia.

Asimismo, con respecto a lo que implica aquello que la literatura suele denominar como “recaída”, se debe explicar a paciente que desde este enfoque se considera como un retroceso, pero que el tratamiento no termina de ese modo; muy por el contrario, el tratamiento debe ser reiniciado (Caballo, 1998). Consideramos que, al ser una problemática compleja, las posibilidades de recaídas son muy altas ya que, como ya hemos explicado, puede suceder que haya predisposición y ganas del paciente a querer mejorar su calidad de vida pero que su contexto sea contraproducente para dicho proceso.

La exposición del paciente a situaciones relacionadas al alcohol, la cual podemos entender como una técnica conductual, generalmente se realiza en etapas: primero, en la clínica del terapeuta, comenzando con una exposición simbólica (Caballo, 1998) (donde, por ejemplo, se le pide al paciente que imagine el olor de una cerveza). Luego se avanza a la exposición directa a las señales de alcohol y, finalmente, se culmina con exposiciones a situaciones consideradas de “alto riesgo” en la vida real (Caballo, 1998). La práctica de las nuevas habilidades aprendidas en situaciones reales incluye rechazar de manera asertiva las ofertas de alcohol, gestionar y resolver problemas, reforzar la capacidad de recordar las consecuencias negativas del consumo de alcohol, así como aprender técnicas de respiración y relajación muscular (Caballo, 1998).

Además, Caballo (1998) considera que una red de apoyo conformada por familia y amigos es beneficiosa ya que podrían proporcionarle la ayuda necesaria y apoyo emocional clave al consultante, por lo que considera que es necesario trabajar en conjunto con sus vínculos. Una de las actividades en las que pueden participar sus allegados es como instructores de las tareas para la casa, ayudando a dirigir la atención a situaciones que no impliquen un alto riesgo, a mitigar los impulsos y a poder lograr un registro de acontecimientos y sus consecuencias en el caso de que fuese necesario (Caballo, 1998). Consideramos que la presencia de una red de apoyo sólida puede ser crucial para el éxito del tratamiento, ya que familiares y amigos pueden ofrecer aliento, comprensión y acompañamiento emocional en momentos difíciles. Además, su implicación puede ayudar a reforzar las estrategias de afrontamiento aprendidas en la terapia y a proporcionar un entorno más seguro y libre de tentaciones para el paciente.

Por último, a partir de la revisión de diferentes investigaciones hemos constatado que la aplicación de la TCC tiene resultados favorables en personas con consumos problemáticos de alcohol, pero cuyo éxito puede variar de acuerdo al caso concreto (Sarango-Ortega, 2021). Cabe aclarar que, tras una amplia revisión bibliográfica, hasta donde llega nuestro conocimiento no existen investigaciones exclusivas del programa HACB, pero sí de tratamientos TCC muy similares a este que, por formar parte de la misma familia de terapias, se basan en los mismos principios y tienen las mismas etapas.

En España, los investigadores Monras, Mondon y Jou (2010) mediante los resultados obtenidos del instrumento COPE (*Coping Orientations to Problems Experienced*, en español: Orientaciones de Afrontamiento ante Problemas Experimentados) han analizado las estrategias de afrontamiento de 216 pacientes con problemas con el alcohol que estaban hospitalizados, tomando en cuenta la presencia de trastornos de personalidad

(TP), deterioro cognitivo (DC) y abuso de benzodiazepinas (BZD). Según los resultados de la mencionada investigación, los pacientes con TP tienden a utilizar formas de afrontamiento poco adecuadas y dependen más de factores externos. En cambio, aquellos con DC o BZD tienen dificultades para reflexionar sobre sí mismos y sobreestiman sus habilidades, presentando una imagen favorable pero poco realista. En este sentido, los autores de la investigación remarcan que la aplicación del tratamiento en una persona con TP podría verse dificultada, ya que estos pacientes suelen tener problemas para evaluar sus capacidades de manera precisa (Monras, Mondon y Jou,

2010).

En otra investigación realizada por Rask et al. (2006) se examinaron las estrategias de afrontamiento previas al tratamiento de 136 pacientes con consumos problemáticos de alcohol que posteriormente recibieron tratamiento. La muestra estaba conformada por 188 personas que solicitaron tratamiento en instituciones públicas de Dinamarca, a las que se les intentó hacer un seguimiento un año después a través de entrevistas, pero sólo pudieron localizarse 136 personas. Previo al tratamiento, se los evaluó con el cuestionario de Estrategias de Afrontamiento ante Problemas Experimentados (COPE) y con el Índice de Severidad de la Adicción (ASI), siendo este último también utilizado en las entrevistas post tratamiento un año después. Los tratamientos utilizados fueron la terapia cognitivo conductual, terapia de familia, y terapia de apoyo y la elección. La asignación de cada tipo de terapia a los pacientes en el estudio no se basó en un criterio específico predeterminado. Según el artículo, la asignación de los pacientes a las diferentes terapias fue hecha por los terapeutas, basándose en su evaluación profesional.

Los resultados de Rask et al. (2006) sugieren que algunas estrategias de afrontamiento son más efectivas cuando se combinan con la terapia cognitiva en comparación con los otros tipos de tratamientos. Las estrategias de afrontamiento como la reinterpretación positiva y crecimiento y el afrontamiento activo se asocian con un mejor patrón de consumo cuando los pacientes reciben terapia cognitiva. Esto sugiere que la terapia cognitiva es particularmente efectiva para aquellos que ya usan estas estrategias antes del tratamiento. La capacidad de reinterpretación y el afrontamiento activo a situaciones adversas relacionadas al alcohol, según el artículo (Rask et al, 2006) son herramientas que proveen un mayor sentido de control sobre el problema y mayor énfasis en la resolución del problema para enfrentar la situación.

Es necesario aclarar que, tras arduos esfuerzos investigativos, no hemos conseguido dar con investigaciones sobre la aplicación del tratamiento HACB en Argentina. Por ello consideramos fundamental avanzar en la investigación de estos tratamientos para evaluar tanto su efectividad como su adaptabilidad a las características y problemáticas de la sociedad argentina.

Para finalizar con el presente apartado, podemos decir que partir del análisis de las investigaciones mencionadas anteriormente, la aplicación de tratamientos cognitivos conductuales que estén enfocados principalmente en las habilidades de afrontamiento de las personas ante situaciones adversas tienen resultados positivos, pero que se debe tener en cuenta la particularidad de cada caso ya que cada persona se encuentra en situaciones y contextos distintos, disponiendo de distintas herramientas y posibilidades.

5. Conclusiones

En el presente trabajo hemos abordado una serie de objetivos específicos a los fines de dar cuenta de la efectividad de la terapia cognitivo conductual en el abordaje

exitoso del consumo problemático de alcohol. En relación al primero de ellos, partimos de una concepción compleja del consumo problemático de alcohol, considerando que se trata de un fenómeno multidimensional que involucra la interacción de factores químicos, biológicos, sociales, culturales, históricos e individuales. El alcohol, consumido en exceso y en tanto es una sustancia depresora del sistema nervioso central, tiene efectos perjudiciales para el bienestar físico y psíquico del paciente. Además, con respecto a los factores históricos y culturales, hoy en día el consumo de alcohol es una práctica ampliamente extendida y habitual en la sociedad argentina. Su ingesta desmedida se encuentra legitimada ya que no sólo está naturalizada, sino que también se asocia a representaciones sociales tales como de madurez o ingreso a la adultez, diversión, entre otros. Asimismo, los factores individuales, tales como la exposición desde la infancia a contextos donde el alcohol está presente, y las creencias de las personas, concepto nodal del enfoque cognitivo conductual, también juegan un rol considerable y pueden ser activados ante situaciones estímulo. El desarrollo de todos estos factores en el primer apartado nos ha permitido dar cuenta de la complejidad que involucra el abordaje de un consumo problemático de alcohol.

Como segundo objetivo nos hemos propuesto describir los postulados centrales de la TCC sobre los consumos problemáticos. Para dicha tarea, hemos elegido la teorización de Aaron Beck. De este modo, el abordaje del consumo problemático de alcohol desde la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) pone énfasis en las creencias disfuncionales, también llamadas creencias adictivas, que mantiene el paciente con la bebida y que resultan en su vínculo problemático con ésta. Por su parte, los pensamientos automáticos, como hemos visto en el segundo apartado, justifican el consumo. Estas creencias están vinculadas al deseo irrefrenable de consumir (*craving*), el cual está influenciado por las emociones y situaciones que experimenta el paciente. Esta situación es interpretada por el paciente a partir de una serie de creencias que posee, por lo que la TCC sugiere que, para abordar este tipo de problemática, se debe refutar estas creencias subyacentes y enseñar técnicas de control de impulsos, ayudando al paciente a encontrar formas alternativas de lidiar con sus problemas sin recurrir al alcohol.

En este sentido, resulta evidente que en el abordaje terapéutico de un consumo problemático de alcohol quedan por fuera del control del terapeuta múltiples de los factores mencionados en el primer apartado de este trabajo. Sin embargo, es posible pensar la posibilidad de trabajar sobre algunos de ellos que, si bien se presentan como dados al terapeuta, pueden prestarse al objetivo de la terapia. En este sentido, más allá del trabajo sobre las creencias individuales de cada paciente, sostenemos que también es una buena herramienta la posible incorporación de la familia al proceso, ya que creemos que contar con una red de apoyo sólida es fundamental para el éxito del tratamiento. Amigos y familiares pueden brindar motivación, comprensión y apoyo emocional en los momentos difíciles del paciente. Asimismo, su participación puede fortalecer las estrategias de afrontamiento adquiridas durante la terapia y contribuir a crear un entorno más seguro y libre de tentaciones para el paciente.

Por otro lado, al estar inserto en un contexto sociocultural y que tomar alcohol sea una práctica social común, el paciente eventualmente deberá enfrentar situaciones donde la bebida estará presente, y lo que apunta el tratamiento es que pueda hacerlo sin necesidad de consumirla, es decir, que aprenda a manejar la situación para que no quede excluido. En este sentido, en el último apartado de este trabajo nos hemos preguntado acerca de qué papel tiene la "fuerza de voluntad" en estos casos, ya que es relativamente común escuchar que se atribuye al paciente la responsabilidad plena de su padecer. En este sentido, nos pareció pertinente poder situar el rol que la voluntad de cada persona tiene en el éxito de la terapia, ya que es una herramienta útil para detener el impulso de búsqueda y posterior consumo de alcohol. Sin embargo, la misma depende de varios

afrontamiento ante situaciones adversas que lo exponen al alcohol o puede que deba enfrentarse sólo a la presencia de la bebida, sino que haya personas que lo invitan a consumir. Por último, destacamos la importancia de la conceptualización del caso y el trabajo en una relación de confianza para desarrollar un tratamiento personalizado que contemple tanto las circunstancias y situaciones desencadenantes como las creencias y emociones involucradas.

De este modo y en relación a nuestro tercer objetivo, la TCC aborda las creencias del paciente mediante la técnica de reestructuración cognitiva, una técnica cognitiva que se enfoca inicialmente en los pensamientos más inmediatos y espontáneos de la persona, conocidos como pensamientos automáticos, que a su vez derivan de las creencias. Posteriormente, se trabaja en la revisión y modificación de los esquemas y creencias más profundas y menos conscientes, que influyen en su forma de interpretar la realidad. El objetivo es generar, junto con el paciente, nuevas maneras de dar sentido a sus experiencias, a modo de que pueda sobrellevarlo lo mejor posible. También se pueden implementar técnicas conductuales, como es la exposición del paciente a situaciones relacionadas con el alcohol de manera gradual, técnica propia del tratamiento HACB. Esto se desarrolla primero en el consultorio del terapeuta, comenzando con una exposición simbólica, como pedirle al paciente que imagine el olor de una cerveza. Posteriormente, se pasa a la exposición directa a estímulos relacionados con el alcohol, para finalmente abordar situaciones de "alto riesgo" en la vida real. La práctica de las nuevas habilidades adquiridas en estas situaciones incluye rechazar de manera asertiva ofertas de alcohol, manejar y resolver problemas, recordar las consecuencias negativas del consumo, y aprender técnicas de respiración y relajación muscular.

En base a lo desarrollado en este trabajo, concluimos que, aunque la TCC considera a la cognición como un mediador en el funcionamiento humano, la idea de que existen intervenciones puramente cognitivas o conductuales no refleja completamente la realidad. Esto se debe a que, al modificar un aspecto, se producen cambios en todos los subsistemas involucrados. Esto resulta interesante porque sugiere que este enfoque puede promover un cambio más integral en el individuo para mejorar su bienestar. Además, la variedad y amplitud de intervenciones disponibles en la TCC permiten una mayor flexibilidad en el tratamiento, adaptándose de manera más efectiva a las necesidades y circunstancias específicas de cada paciente.

Por último, es importante resaltar que, a pesar de un exhaustivo esfuerzo investigativo, no hemos encontrado estudios específicos sobre la aplicación del tratamiento HACB en Argentina. Más allá de que sostenemos la efectividad general de esta clase de tratamientos basados en la TCC, teniendo en cuenta nuevamente la multicausalidad de un consumo problemático de alcohol, creemos esencial no tomar este ni ningún otro tratamiento de forma completamente acrítica, sino que primero se debería avanzar en la investigación de éstos para evaluar su efectividad y adaptabilidad a las particularidades y desafíos de la sociedad argentina.

En resumen, el análisis de las investigaciones previas indica que los tratamientos cognitivo conductuales centrados en las habilidades de afrontamiento ante situaciones adversas tienen resultados positivos. No obstante, es crucial considerar la individualidad de cada caso, ya que cada persona enfrenta contextos y circunstancias únicas, con diferentes herramientas y posibilidades disponibles. Consideramos que la TCC resulta particularmente relevante. Este enfoque ofrece estrategias concretas para abordar tanto los patrones de pensamiento disfuncionales como los comportamientos asociados con el consumo de alcohol. Al proporcionar herramientas para enfrentar situaciones adversas y desarrollar habilidades efectivas para, por ejemplo, el manejo del estrés, la TCC puede ser un recurso valioso en el tratamiento de los consumos problemáticos de alcohol, adaptándose a las necesidades individuales y promoviendo cambios significativos en la vida y el bienestar del paciente.

6. Referencias bibliográficas

- Annis, H. M., & Davis, C. S. (1988). Assessment of expectancies. En D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictions: An integrative approach* (pp. 1-23). Springer.
- Beck, A. T., Wright, J., Newman, C. F., & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, J. (2000). Capítulo 2: Conceptualizar a los pacientes que presentan problemas difíciles. En *Terapia cognitiva para la superación de retos* (pp. 39-64). Barcelona: Gedisa.
- Beck, Y. (2000). *Terapia cognitiva: Conceptos básicos y profundización*. Buenos Aires: Gedisa.
- Caballo, V. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (Vol. 2). España: Siglo XXI Editores, S. A.
- Cabrerizo, S., & Docampo, P. (2010). Alcohol y mezcla de fármacos: Modalidad de abuso frecuente. *Archivo argentino de pediatría*.
- Federación Española de Asociaciones de Psicólogos (1992). *Código ético*. Federación Española de Asociaciones de Psicólogos.
- Figueroba, A. (2017). Los 7 tratamientos psicológicos eficaces para el alcoholismo. *Portal Psicología y Mente*. Recuperado de: <https://psicologiymente.com/drogas/tratamientos-psicologicos-alcoholismo>
- Keegan, E. (2007). *La terapia cognitiva: Fundamento teórico, aplicaciones y perspectivas futuras* (1ª ed.). Buenos Aires: Eudeba
- Keegan, E., & Holas, P. (2010). Terapia cognitivo-comportamental: Teoría y práctica. En R. Carlstedt (Ed.), *Handbook of integrative clinical psychology, psychiatry and behavioral medicine: Perspectives, practices and research* (pp. 605-630). (Originalmente publicado como *Cognitive-Behavior Therapy: Theory and Practice*). Buenos Aires: Springer
- Keegan, E. (s.f.). Perspectiva cognitivo-conductual del abuso de sustancias. *Intersecciones Psi*. Recuperado de http://intersecciones.psi.uba.ar/index.php?option=com_content&view=article&id_4:perspectiva-cognitivo-conductual-del-abuso-de
- Mendoza Patiño, N. (2008). *Farmacología médica*. Argentina: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de

https://books.google.cl/books?id=EUBNE4Y0v9sC&printsec=frontcover&vq=droga&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=droga&f=false

Monras, M., Mondon, S., & Jou, J. (2010). Estrategias de afrontamiento en enfermos alcohólicos: Diferencias según el consumo de benzodiazepinas, los trastornos de la personalidad y el deterioro cognitivo. *Adicciones*, 22(3), 191-198.

Ortuño, F. (2010). Alcoholismo. En *Lecciones de psiquiatría* (pp. 123-145). Argentina: Panamericana.

Peltzer, R. I., Lichtenberger, A., Conde, K., & Cremonte, M. (2017). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Expectativas hacia el consumo de alcohol (AEQ A) en estudiantes de psicología de Mar del Plata, Argentina. *Acta Colombiana de Psicología*, 20(1), 11-21. DOI: 10.14718/ACP.2017.20.1.2

Rask, M. B., Jørgensen, T., Jensen, J. P., Jørgensen, K. B., Madsen, M., Nielsen, B., Andersen, A. M. N., Nielsen, A. S., & Grønbaek, M. (2006). Influence of pretreatment coping strategies on the outcome of outpatient treatment of Danish alcohol abusers. *European Addiction Research*, 12(2), 83–90. <https://doi.org/10.1159/000090427>

Rodríguez Biglieri, R., & Vetere, G. (2011). *Manual de Terapia Cognitiva Conductual de los trastornos de ansiedad* (Cap. 1). Buenos Aires: Polemos.

Russo, D. (2022). Sobre el uso de drogas en la historia y sus regulaciones antes del prohibicionismo. *Salud Mental y Comunidad*, 12. Buenos Aires, Argentina: Ediciones UNLa.

Sarango-Ortega, R. S. (2021). Habilidades de afrontamiento para la conducta de beber (HACB). Como tratamiento para el alcoholismo. *Revista Científica Arbitrada en Investigaciones de la Salud "GESTAR"*, 4(8). <https://doi.org/10.46296/gt.v4i8edesp.0049>

SEDRONAR. (2023). El consumo de alcohol como problemática social. Recuperado de https://campus.sedronar.gob.ar/pluginfile.php/50948/mod_resource/content/4/CI_C_Am1_20_23.pdf

SEDRONAR (2023). *Encuesta Nacional sobre Consumos y Prácticas de Cuidado 2022 ENCoPraC* (1ª ed.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Touzé, G. (2006). *Saberes y prácticas sobre drogas: El caso de la pasta base de cocaína*. Primera edición. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil.

Villalonga, M. (2021). Introducción y profundización en la Terapia Cognitiva. Introducción a la terapia cognitiva; T.C. de Aaron Beck; T.C. de Albert Ellis [Serie de diapositivas de

