



Modalidad: Propuesta de intervención

Título: Propuesta de prevención para el consumo de alcohol problemático en pacientes con un Trastorno Alimentario Purgativo

Autora: Sandra Jiménez Sánchez

Tutor: José Luis Carballo Crespo

Elche, a 03 de junio de 2022

Tabla de contenido

Resumen	3
Introducción	4
Método.....	6
Población diana	6
Variables e instrumentos	7
Procedimiento	9
Propuesta de prevención	10
Evaluación (pre-tratamiento)	11
Sesión 1. Fase psicoeducativa y familiar	11
Sesión 2. Intervención breve: motivación hacia las metas.....	12
Sesión 3. Intervención breve: factores de riesgo.....	13
Sesión 4. Intervención breve: planes de acción	14
Sesión 5. Intervención breve: cambios y futuras metas	15
Sesión 6, 7 y 8. Fase de seguimiento: repaso y recaídas.....	16
Discusión	17
Bibliografía.....	18

Resumen

Los Trastornos Alimentarios se dividen en especificados y no especificados, en los primeros se encuentran los más frecuentes: la Anorexia Nerviosa y la Bulimia Nerviosa. Ambos pueden ser de tipo purgativo, sobre los cuales se centrará el presente trabajo. Aparte de ser comórbidos con diferentes trastornos, los TCA lo son con el consumo de alcohol y sustancias debido, entre otras cosas, a la impulsividad característica de ambas patologías. El objetivo de este trabajo es el de presentar una propuesta de prevención para el consumo de alcohol problemático en pacientes con un Trastorno Alimentario purgativo a través de la intervención breve, cuya efectividad ha sido comprobada por varios autores. Este programa incluye estrategias como la regla motivacional, el balance decisional y los planes de cambio, con sesiones complementarias de evaluación de variables con instrumentos fiables, psicoeducación con familiares y seguimiento.

Palabras clave: TCA purgativo, consumo de alcohol, intervención breve, prevención, adicción.



Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria son, según Vargas (2013), “un grupo de trastornos mentales caracterizados por una conducta alterada ante la ingesta alimentaria y/o la aparición de comportamientos encaminados a controlar el peso” (p. 476). Además, este autor añade que presentan excesiva preocupación por el peso y la autoimagen corporal. La etiología de los TCA solo es entendida si se tiene en cuenta la interacción de diversos factores, como los factores biológicos, genéticos, psicológicos, familiares y socioculturales, así como los factores desencadenantes (por ejemplo los cambios corporales o el divorcio de los padres) y los mantenedores (por ejemplo el aislamiento social) (Vargas, 2013).

Respecto a los tipos de TCA existentes, Navarro (2019) expone su clasificación en base al DSM-5 y al CIE-10. En primer lugar, los TCA se han de clasificar en Trastornos de la Conducta Alimentaria Especificados y No Especificados. En este último tipo se incluyen: la AN y BN atípica, el trastorno de pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de evitación de alimentos, el trastorno por atracón, el trastorno por purga y, por último, el síndrome de ingesta nocturna de alimentos. En cuanto a los TCA especificados, estarían incluidos en ellos los más conocidos, es decir, la Anorexia Nerviosa (AN) y la Bulimia Nerviosa (BN). Ambos dos pueden ser de tipo purgativo o no purgativo (Navarro, 2019).

En relación a la epidemiología de los TCA, lo sufren un mayor número de mujeres que de hombres, de hecho por cada 5-10 mujeres 1 hombre presentaría un TCA. Asimismo, son alrededor de un 4% las mujeres que sufren AN y alrededor de un 2% las que sufren TCA de tipo purgativo. Cabe destacar que las edades en las que se encuentra mayor prevalencia es entre los 14 y los 18 años (Muñoz & Argente, 2019).

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria habitualmente van unidos o comparten síntomas con otros trastornos, especialmente con los afectivos y con los de la personalidad. Uno de estos trastornos comórbidos es la depresión destacando síntomas como la apatía, la baja autoestima o la tristeza (Rebuffo et al., 2012). Otro con el que están destacablemente relacionados es el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), caracterizado por la inestabilidad emocional e impulsividad, rasgos comunes a los TCA (Molina et al., 2019).

Conforme a lo abordado en un artículo de Humberto et al. (2013), se ha de resaltar que existe una gran comorbilidad entre los TCA y el consumo problemático de sustancias, sin embargo, dependiendo del TCA del que se hable es más característico el consumo de unas sustancias que de otras. Asimismo, según el autor, lo más habitual es que los pacientes con BN (y Anorexia Purgativa) tengan un problema de abuso de sustancias, ya que un rasgo que tiene especial importancia en la relación TCA-consumo problemático de sustancias es la impulsividad. Sin embargo, otras características como la baja autoestima, depresión o

ansiedad, o la búsqueda de nuevas sensaciones también son relevantes para entender esta comorbilidad. Las sustancias más consumidas por los pacientes con un TCA serían (de mayor a menor porcentaje) el alcohol, la cocaína, el cannabis y el tabaco (Humberto et al., 2013). Sin embargo, también se ha observado el consumo de alucinógenos, anfetaminas, estimulantes y heroína. Una de las razones por la que personas con TCA, particularmente con AN, recurren al consumo de drogas como las anfetaminas o la cocaína es porque suprimen el apetito; mientras que las personas con un TCA de tipo purgativo tienden a recurrir al consumo de alcohol para provocar el vómito, desinhibirse, o calmar la ansiedad (Humberto et al., 2013). En esta línea, un análisis sobre la prevalencia del TCA en un Centro de Rehabilitación de Adicciones realizado por Ascacibar (2014), muestra que ambas patologías (TCA y Trastorno por Consumo de Sustancias) tienen en común características como la depresión e impulsividad, y que principalmente las personas con TCA purgativo como la Bulimia Nerviosa tienen más tendencia al abuso de sustancias como el cannabis y el alcohol.

Dado que los estudios muestran que las personas que sufren un TCA purgativo son las que recurren mayoritariamente al consumo de alcohol, alcanzando una prevalencia del 40% (Rica, 2017), será esta relación entre ambas condiciones lo que se abordará en el presente trabajo. De hecho, el consumo de alcohol en personas con un trastorno alimentario es tan común que se ha denominado "Alcohorexia" a un Trastorno de la Conducta Alimentaria No Especificado que trata de restringir las calorías que se ingieren en los días que se va a consumir grandes cantidades de alcohol (Ramos, 2017).

Existen estudios sobre la relación entre TCA y consumo de alcohol (o sustancias). Sin embargo, no parece existir gran cantidad de literatura sobre los tratamientos para el consumo de alcohol excesivo en pacientes con TCA. Aún así, Rica (2017) habla sobre el planteamiento de una estrategia terapéutica la cual dependerá del estado del paciente, pues podría ser prioritario abordar en primer lugar el peso, mientras que en otros casos podría ser más urgente abordar la desintoxicación al alcohol. En definitiva, lo que propone es que se aborden ambos trastornos de forma paralela a través de un equipo terapéutico multidisciplinar.

Por otro lado, a pesar de que no se encuentran tratamientos que combinen el abordaje conjunto del consumo de alcohol y los trastornos alimentarios, aparecen tratamientos para un abordaje efectivo sobre el consumo excesivo del alcohol, independientemente de la presencia de un trastorno alimentario comórbido. Maradona & Rodríguez (2015) y otros autores como Klimas et al. (2018) y Fonseca Pedrero et al. (2021) hablan de intervenciones psicológicas que han mostrado eficacia y apoyo empírico. En primer lugar, plantean las intervenciones breves, dedicadas más a la prevención, cuyo objetivo es que el paciente reconozca su dependencia al alcohol y se comprometa a cambiar; y las entrevistas motivacionales, terapias

centradas en el paciente que consisten en conseguir evocar en este el deseo de cambio haciéndolo capaz de comunicar su motivación (lo que provoca una mayor probabilidad de que haya un cambio conductual al escucharse) a través de técnicas o estrategias comunicativas que el terapeuta pone en práctica como la escucha reflexiva, la comunicación empática o el resumen, en conclusión, trata de aumentar la motivación para el cambio y de consolidar el compromiso para este (Hettema et al., 2008). Ambas dos muestran efectividad empírica, sin embargo, las intervenciones breves parecen ser más recomendadas, pues la entrevista motivacional por sí sola no tiene los efectos esperados. Por otro lado, destacan el entrenamiento en habilidades interpersonales y de afrontamiento cognitivo-conductual, utilizando por ejemplo la meditación, según Maradona y Rodríguez (2015), pero también mencionado por Fonseca Pedrero et al. (2021) que, además, añade como Terapias Empíricamente Apoyadas la terapia familiar conductual de pareja, la terapia de prevención de recaídas, y la terapia de reforzamiento comunitario.

Sería, por tanto, necesaria la presencia de programas de prevención, ya que no se han encontrado estudios sobre la prevención del consumo de alcohol problemático en personas con un trastorno alimentario, sino propuestas y programas preventivos para el consumo de alcohol (y otras drogas), sobre todo en adolescentes, como el programa "Saluda" basado en la evidencia (Sánchez y Carrillo, 2004), o el programa "Mantente real" de Cutrín et al. (2021) que parece haber tenido resultados prometedores.

Por ello, el objetivo de este trabajo será el de plantear una propuesta de prevención para el consumo de alcohol problemático en pacientes que sufren un Trastorno de la Conducta Alimentaria Purgativo, en los que se incluyen la Anorexia Purgativa y la Bulimia Nerviosa.

Método

Población diana

La población hacia la que irá dirigida la propuesta de prevención será mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 24 años, provenientes de la provincia de Alicante, sin importar el estado civil y si se encuentran estudiando, trabajando o ambas. Además, deberán ser personas que estén diagnosticadas de Bulimia Nerviosa o Anorexia Purgativa por los/las profesionales especializados/as en salud mental en las Unidades de Salud Mental de la provincia de Alicante, siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5 o del CIE-10. Por otro lado, estas mujeres deberán estar comenzando algún tratamiento para el Trastorno de la Conducta Alimentaria que sufren en estas unidades mencionadas. Por último, se ha de destacar que esta población ha de consumir alcohol de una forma no abusiva, pero sí esporádica. Para saber qué pacientes son consumidoras de alcohol se aplicará el AUDIT en

las sesiones individualizadas que realizan con su terapeuta con el fin de realizar un cribado. En este caso, las pacientes deberán tener una puntuación de 1 a 6, lo que significaría un consumo de bajo riesgo, ya que con consumir alcohol sería suficiente para asistir al taller.

Variables e instrumentos

Se proponen las siguientes variables: consumo de alcohol, autoeficacia y situaciones de riesgo, estilos de afrontamiento, apoyo social, y variables psicológicas como la impulsividad, ansiedad, y depresión. Se plantean 1 o 2 instrumentos de evaluación para cada variable con el fin de no provocar fatiga en las pacientes.

Las herramientas de evaluación planteadas han sido encontradas en Babor et al. (2011), González et al. (2017), Salvo y Castro (2013), Páez et al. (1996), Guillén-Riquelme et al. (2013), Sanz et al. (2003), Suárez Cuba (2011), Sanjuán et al. (2000), y Ortiz et al. (2020).

A continuación, se muestran las variables elegidas y los instrumentos propuestos para su evaluación:

Consumo de alcohol: para la evaluación de la cantidad de consumo de alcohol que ingieren las pacientes a modo de cribado se presenta el siguiente instrumento:

-El Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) diseñado por la OMS (1992), es un cuestionario que se puede aplicar a modo de entrevista o autoaplicado y que permite saber si hay un consumo de riesgo, un consumo perjudicial y una dependencia hacia el alcohol. Consta de 10 preguntas con una escala tipo likert de 0 a 4 donde 0 es "1 o 2", "nunca" o "no" y 4 es "4 veces o más", "a diario o casi a diario", o "sí, en el último año". La puntuación total es la suma de las respuestas y puntuaciones entre 8 y 15 son las menos preocupantes, son las indicadas para aconsejar sobre reducir el consumo de riesgo. Tiene un Alfa de Cronbach superior a 0,80 (Babor et al., 2001).

Autoeficacia y situaciones de riesgo: para evaluar el grado de autoeficacia y las situaciones de riesgo que llevan a las pacientes a consumir alcohol u otro tipo de sustancias se proponen las siguientes herramientas de evaluación:

-La Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996) en su adaptación española de Sanjuán, Pérez y Bermúdez, es un instrumento que mide el sentimiento que una persona tiene sobre su capacidad de manejo adecuado de las diferentes y variadas situaciones que pueden ser estresantes. Consta de 10 ítems con escala de tipo Likert de 10 puntos. Tiene una consistencia interna alta con un Alfa de Cronbach de 0,87 (Sanjuán et al., 2000).

-El Cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQ) de Annis y Graham (1987) mide cuán segura se siente la persona para resistirse a la tentación de consumir alcohol. Contiene 39 preguntas con una escala de respuesta del 1 al 6, donde 1 sería no poder resistir la tentación, y 6 indicaría que sí podría resistir la tentación del consumo de alcohol. Presenta una consistencia interna alta con un Alfa de Cronbach de 0,94 (Ortiz et al., 2020) (Hinojosa García, 2012).

Estilos de afrontamiento: para conocer la forma en que las pacientes manejan ciertas situaciones y responden a las demandas del entorno que pueden ser consideradas como estresantes se propone el siguiente instrumento:

-El Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), en su adaptación española por Cano, Rodríguez y García (2007), consta de 40 ítems y este recoge 2 tipos de información: una primera parte o fase cualitativa en la que la persona describe la situación estresante que ha experimentado el último mes, fase donde pueden distinguirse estrategias de respuesta o resultado; y una segunda fase o parte cuantitativa que sería un autoinforme en el cual se pide que conteste la frecuencia con la que utiliza algunas estrategias de afrontamiento específicas en la situación planteada anteriormente, según una escala likert que va de 0 a 4, donde 0 sería “en absoluto” y 4 sería “totalmente”. Muestra un coeficiente de consistencia interna entre 0,63 y 0,89 (González et al., 2017).

Apoyo social: para medir esta variable que consiste en saber si las pacientes tienen un entorno que le pueda brindar apoyo en una situación en la que haya un abuso del alcohol o en el momento actual se proponen dos instrumentos de evaluación:

-La Escala de Duke-UNC de Broadhead et al. (1988) en la versión de Bellón et al. (1996) es un cuestionario autoaplicado, fácil y breve, que está validado en español, y que recoge la opinión de la persona destinataria sobre la disponibilidad de otras personas para ofrecerle ayuda en un momento difícil, también recoge su opinión sobre la facilidad que tiene para las relaciones sociales y comunicarse de forma afectiva y con empatía. Es decir, tiene dos dimensiones: una afectiva y otra confidencial. Consta de 11 ítems, con una escala Likert de 5 opciones de respuesta, donde 1 sería mucho de lo que deseo y 5 mucho menos de lo que deseo. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. Presenta una consistencia interna de 0,92, es decir, alta (Suárez Cuba, 2011).

-El Cuestionario MOS de Sherbourne y Stewart (1991), es un instrumento que permite saber sobre el apoyo tanto familiar como social en general y sus cuatro dimensiones: la afectiva (muestras de cariño y amor); de interacción social positiva (poder contar con otros para comunicarse); instrumental (posibilidad de ayuda doméstica); e informativa (posibilidad de información). Está formado por 20 ítems, el primero mide el

número de amigos cercanos del destinatario/al; los demás están estructurados en base a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre). La consistencia interna de acuerdo al Alfa de Cronbach es de 0,97 (Suárez Cuba, 2011).

Variables psicológicas: existen algunas variables psicológicas relacionadas directamente con el consumo de alcohol también en relación con el TCA. Por esta alta comorbilidad se presentan las siguientes variables y sus respectivos instrumentos:

-*Impulsividad:* la Escala de Impulsividad (BIS-11) de Barratt (1985) trata de medir la impulsividad y se divide en tres subescalas: impulsividad cognitiva, motora y no planeada. Consta de 30 ítems con cuatro opciones de respuesta. Además, su consistencia interna es de 0,77 (Salvo y Castro, 2013). Por otro lado, la Escala de Impulsividad de Plutchik (EI), versión española de Rubio et al. (1999), incluye 15 ítems con una escala de 0 a 3 puntos: desde nunca hasta muy frecuentemente. Estos preguntan al destinatario sobre su tendencia a realizar conductas impulsivas, que muestran posibles pérdidas de control. Las preguntas tratan acerca de la planeación, los gastos impulsivos, la sobrealimentación, el control emocional y conductual. Muestra un Alfa de Cronbach de 0,66 (Páez et al., 1996)

-*Ansiedad:* el STAI de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970), versión adaptada de Buela-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos Cubero (2011), permite evaluar la ansiedad rasgo (característica estable en el tiempo, es decir responder con ansiedad ante situaciones interpretadas como amenazantes) y estado (estado emocional temporal). La escala de respuesta es de tipo Likert con 4 alternativas de respuesta (en la adaptación española es de 0 a 3). Consta de 20 ítems y la escala de respuesta va desde 0 a 60, de menor a mayor grado de ansiedad. La adaptación española presenta propiedades psicométricas adecuadas con un Alfa de Cronbach de 0,82. (Guillén-Riquelme et al., 2013).

-*Depresión:* el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) de Bec, Steer y Brown (1996), en su adaptación española de Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). El BDI-II es un instrumento autoaplicado que consta de 21 ítems indicado para la evaluación de la gravedad de la sintomatología depresiva tanto en adultos como en adolescentes. Consiste en 4 alternativas de respuesta, que van de menor a mayor gravedad, sobre las cuales la persona tiene que elegir la que mejor represente su estado de ánimo en las últimas dos semanas. La puntuación final es la suma de los ítems elegidos y puede oscilar entre 0 y 63. Presenta un Alfa de Cronbach de 0,87 (consistencia interna alta) (Sanz et al., 2003).

Procedimiento

La prevención propuesta para el consumo de alcohol problemático se llevaría a cabo en salas habilitadas en los centros de salud de la provincia de Alicante, más concretamente en las áreas de salud mental, ya que estas pacientes acuden habitualmente a terapia

individual con el/la psicólogo/a de los centros de salud mencionados para tratar el TCA purgativo que presentan. Para determinar qué pacientes serán enviadas al taller de prevención, el/la psicólogo/a pasará en la terapia individual el AUDIT para identificar qué pacientes consumen alcohol y así hacer un cribado. Tras identificarlas se les recomendará asistir a las sesiones propuestas.

Por último, el taller durará alrededor de 1 mes, con dos o tres sesiones por semana aproximadamente, es decir, constaría de 9 o 10 sesiones en total. Las primeras sesiones incluirían, sobre todo, el pase de cuestionarios, y se aclararía el hecho de tener que mantener la confidencialidad de todas las pacientes que se encuentren en el taller. Posteriormente, se llevaría a cabo todo lo relacionado con la prevención del consumo de alcohol problemático, a través de la intervención breve, así como las sesiones de seguimiento a los 2 y 6 meses tras su finalización.

Propuesta de prevención

Respecto a la prevención del consumo de alcohol problemático, se propone un programa cuya base será la intervención breve basada en el programa de Auto-cambio Dirigido de Sobell y Sobell (2015). Asimismo, se hace esta propuesta ya que la intervención breve surge como una alternativa a otras técnicas de intervención para reducir y prevenir el consumo de alcohol, ya que sus costes son menores y muestra unos buenos resultados clínicos en un período breve de tiempo (Hewitt Ramírez y Gantiva Díaz, 2009).

Por otro lado, el taller se realizará de forma grupal, en salas habilitadas en las áreas de salud mental de algunos hospitales de la provincia de Alicante. Es decir, se impartirían talleres grupales en los que se trabajara con todas las pacientes la prevención del consumo de alcohol problemático de forma participativa y cooperativa. Además, existiría la posibilidad de que en algunas sesiones, sobre todo las iniciales, asistieran familiares con el objetivo de darles pautas para una detección o supervisión más eficaz. Sin embargo, mantendrían la terapia individualizada que ya estaba iniciada con el fin de tratar el problema alimentario, por lo que esta propuesta sería un complemento a la terapia. Se considera más conveniente realizar una prevención grupal debido a la homogeneidad de las características de las pacientes (edad, diagnóstico, consumo de alcohol) y a los beneficios que puede aportar el grupo a cada una de las participantes.

La propuesta de prevención incluirá 8 sesiones (9 o 10 contando la fase de evaluación) las cuales tendrán una duración de 1 hora y media cada una aproximadamente, es decir, el programa constaría de 4 sesiones dedicadas a la intervención breve, y otras 4 sesiones destinadas a la psicoeducación y seguimiento. El objetivo que se pretende conseguir con estas acciones preventivas es que las pacientes, las cuales tienen un TCA purgativo y

consumen alcohol, no conviertan el consumo de alcohol en uno abusivo, y aprender a prevenirlo, así como a reducirlo.

Evaluación (pre-tratamiento)

Se dedicarán 2 sesiones, es decir, 2 días, al pase de cuestionarios antes de comenzar con los contenidos de la intervención breve. Se realizará en dos sesiones debido a la cantidad de autoinformes que se proponen, con el fin de reducir la fatiga. Los cuestionarios serán aplicados por el/la psicólogo/psicóloga que lleve a cabo la propuesta de prevención en las salas habilitadas en las unidades de salud mental, es decir, en el lugar donde se impartirá el taller completo.

Sesión 1. Fase psicoeducativa y familiar

Objetivos:

- Dotar a las pacientes y familiares de información sobre las consecuencias que acarrea el consumo de alcohol excesivo.
- Lograr aumentar los conocimientos en las pacientes y familiares sobre la relación entre los trastornos alimentarios y el consumo de alcohol.
- Conseguir ayudar a los familiares de las pacientes a la detección y prevención del consumo de alcohol excesivo.

Tareas:

- Los/las participantes realizarán un debate/brainstorming.
- Las pacientes rellenarán un autorregistro entre sesiones.

En primer lugar, se comenzará con un primer acercamiento hacia las pacientes, de manera que cada una de ellas se vaya presentando a las demás y se les comentará que todo lo que se comparta en estas sesiones es confidencial. En esta presentación podrán contar un poco sobre ellas expresando, por ejemplo, cómo se sienten en ese momento o algo positivo de ellas, para hacerlo más dinámico. Se expondrán los objetivos del taller y, posteriormente, se hará una explicación sobre las consecuencias tanto físicas como mentales del consumo de alcohol en exceso, abriendo un debate sobre el tema. En esta sesión es importante que los padres/familiares acudan junto a sus hijas, ya que estará dedicada en gran parte a ayudarles a detectar indicios de consumo de alcohol excesivo. Para ello, se realizará un debate/lluvia de ideas en el que padres, madres o familiares e hijas participarán, respetando siempre el turno de los/las demás. Este se abrirá preguntando “¿Creéis que existe algún tipo de relación entre el consumo de alcohol y los trastornos alimentarios?”, a través de esta pregunta las pacientes voluntariamente aportarán lo que crean conveniente, y, a continuación, se realizará una explicación sobre cuál es su relación. Esta relación ocurre por varios motivos:

se recurre al alcohol para conseguir manejar la depresión y ansiedad; la existencia de la personalidad impulsiva que desarrollan las personas con un TCA las puede hacer más vulnerables a desarrollar una conducta adictiva; el hecho de recurrir a la privación de calorías alimentarias para ingerirlas en alcohol; entre otras. Por otro lado, se tratará de ayudar a los familiares a detectar signos de consumo de alcohol excesivo en sus hijas para poder prevenir que siga aumentando. Algunas de las señales que pueden indicar problemas con el alcohol podrían ser: aislamiento social, irritabilidad, depresión, inquietud o ansiedad (aunque esto también pueden ser síntomas del propio TCA que sufren); involucrarse mayoritariamente en actividades que suponen beber; se puede apreciar que en situaciones sociales beben más alcohol que el que beben las personas de alrededor y, además, no les afecta su consumo, es decir, son más tolerantes; bajo rendimiento escolar; cambio de intereses y amigos; etc. Por último, se proporcionará a las pacientes un autorregistro para observar cuántos días y qué cantidad de alcohol consumen entre las sesiones, así como los sentimientos y emociones antes, durante y después de su consumo. Se indicará que este autorregistro han de rellenarlo hasta la última sesión de este taller preventivo.

Sesión 2. Intervención breve: motivación hacia las metas

Objetivos:

- Dotar de conocimientos sobre la intervención breve a las pacientes.
- Aumentar la motivación de las pacientes hacia el cambio.
- Ayudar a las pacientes a conseguir establecer metas para reducir o dejar de consumir alcohol.

Tareas:

- Las pacientes deben realizar un balance decisional sobre el consumo de alcohol.
- Las pacientes han de llevar a cabo la regla motivacional.
- Las pacientes rellenarán el autorregistro entre sesiones.

Esta primera sesión de la intervención breve estará destinada a conocer el consumo de alcohol de las pacientes y a establecer objetivos que ellas desean conseguir, pero antes se proporcionará una explicación introductoria sobre la intervención breve, comentando que esta tiene la intención de concienciar a las pacientes de su comportamiento (consumo de alcohol) y de sus capacidades y motivación para conseguir cambiar este (Hewitt Ramírez y Gantiva Díaz, 2009). Para comenzar, las participantes deben indicar cuánto alcohol han consumido durante los últimos días a través del autorregistro que se les proporcionó en la última sesión. A continuación, se pretende ayudarlas a establecer objetivos con el fin de reducir el consumo de alcohol o incluso eliminarlo. Para ello, es recomendable indicar que

las metas han de ser realistas y alcanzables, pues será más fácil conseguirlas y, por ende, aumentará la autoeficacia percibida (por ejemplo: “el sábado cuando quede con mis amigas me beberé 3 cervezas en lugar de 4 cervezas” o “cuando tenga una celebración me beberé 3 copas en lugar de 4”). Para llevar a cabo la regla motivacional, las pacientes deben marcar, en una escala del 0 al 100, el nivel de confianza que tienen para alcanzar los pequeños objetivos que se han propuesto. Por último, se procede a la realización del balance decisional sobre el consumo de alcohol, es decir, las participantes deben proponer cosas buenas y malas que tiene el hecho de consumir alcohol, pudiendo relacionarlo con el TCA que presentan. Un ejemplo de algo positivo sobre el consumo podría ser: “consumir alcohol me ayuda a evadirme de mis problemas” o “...me ayuda a divertirme”. Un ejemplo de algo negativo del alcohol podría ser: “consumir alcohol aumenta la probabilidad de provocar conductas purgativas” o “...aumenta mis síntomas depresivos”. Tras esto, se ha de dar un valor del 1 al 5 a cada pro y contra que se haya identificado con el fin de calcular qué lado de la balanza pesa más. Para que se empiece a producir un cambio en las pacientes, el número de desventajas de consumir alcohol ha de ser más que el de las ventajas, pues eso puede motivar hacia la modificación del comportamiento. Además, el hecho de identificar las cosas que para ellas son positivas hace que las haga más conscientes de los factores mantenedores de esa conducta.

Sesión 3. Intervención breve: factores de riesgo

Objetivos:

- Conseguir que las pacientes identifiquen los factores detonantes que les lleva a consumir alcohol.
- Aumentar la motivación de las pacientes hacia el cambio.

Tareas:

- Se realizará una discusión del autorregistro.
- Se proporcionará feedback sobre el BSCQ.
- Las pacientes establecerán la regla motivacional.
- Las participantes rellenarán el autorregistro entre sesiones.

Esta sesión estará destinada a analizar los cambios que se van produciendo en las pacientes, así como a identificar las situaciones de riesgo que haría a las pacientes consumir. Para ello, se explicará la metáfora de la montaña, la cual enseña que existen dos caminos para alcanzar la cima, es decir, los objetivos: el primero sería el camino progresivo, que incluye parones y resbalones; el segundo sería el camino directo hacia la cima, en el que no habrían paradas, es decir, quizás no habrían recaídas de consumo. Esta metáfora

trata de explicar que se puede subir por las dos vías (es decir, conseguir las metas de dos formas), ambas igual de aceptables para alcanzar el objetivo de la reducción/eliminación del consumo de alcohol, por lo que el hecho de que existan obstáculos y paradas no significa que se haya echado a perder todo lo escalado, de hecho, hace que se coja más impulso para seguir hacia los objetivos propuestos. A continuación, se analizarían cuáles son las situaciones de riesgo para consumir alcohol, las cuales podrían ser, según el cuestionario BSCQ aplicado en la evaluación inicial, sentirse deprimidas, la presión social, una celebración, un malestar físico, entre otras; así como se analizarían las consecuencias a corto y largo plazo de estos factores de riesgo, pudiendo ser una consecuencia a corto plazo la evasión de pensamientos negativos, la diversión o la desinhibición, y una consecuencia a largo plazo el hecho de que el problema o la emoción negativa vuelva o siga ahí, por ejemplo. Por último, se proporcionará retroalimentación sobre los resultados del BSCQ a las pacientes y se pondrá en común.

Sesión 4. Intervención breve: planes de acción

Objetivos:

- Conseguir que las pacientes desarrollen alternativas de acción ante el consumo de alcohol.
- Mantener la motivación de las pacientes.

Tareas:

- Se realizará una discusión sobre el autorregistro.
- Se proporcionará feedback de los cambios.
- Las pacientes establecerán la regla motivacional.
- Las pacientes deben practicar las alternativas entre sesiones.
- Las participantes deben rellenar el autorregistro entre sesiones.

Esta sesión estaría dedicada principalmente a establecer, analizar y discutir planes de cambio o planes de acción. Para ello, se comenzaría con las alternativas de acción. Para establecerlas, primero han de plantear una situación que pueda llevar a las pacientes a consumir alcohol (y también a realizar una conducta purgativa) como por ejemplo tener un problema con sus parejas, una crítica sobre el físico por parte de algún/alguna compañero/a de clase, una discusión en casa, etc. Ante la situación establecida han de proponer diferentes alternativas de acción que no tengan que ver con el consumo o con el TCA, como por ejemplo “cuando discuto con mi pareja puedo: salir a dar un paseo, quedar con una amiga para hablar, ver una película, hacer ejercicio, meditar...” o “cuando alguien ha hecho algún comentario negativo sobre mi cuerpo: trato de calmarme y dejar de pensar sobre ello, trato de evadirme

de esos pensamientos llamando a una amiga para hablar, trato de escribir esos pensamientos en un diario, etc....". Posteriormente, se discuten las alternativas en grupo y entre todas las participantes se van descartando las alternativas menos viables y se eligen las propuestas más factibles. Después, se descomponen los planes de cambio en pequeños pasos para poder llevarlos a cabo con viabilidad. Para finalizar, las pacientes deben pensar qué situaciones de las puestas en común puede que aparezcan esa semana y se propone su puesta en práctica en la vida real en caso de que aparezcan.

Sesión 5. Intervención breve: cambios y futuras metas

Objetivos:

- Ayudar a las pacientes a establecer nuevos objetivos.
- Conseguir que las pacientes mantengan la motivación hacia el cambio.
- Dotar de información sobre servicios de atención y servicios médicos.

Tareas:

- Se realizará una discusión sobre los autorregistros.
- Se proporcionará feedback comparativo sobre los cambios en el consumo de alcohol.
- Se establecerá de nuevo la regla motivacional.
- Se realizará el balance decisional sobre el cambio.

Esta última sesión de la intervención breve tratará, principalmente, de analizar los cambios y progresos que las pacientes han alcanzado durante la intervención a través de los autorregistros, para así, además, establecer nuevos objetivos y metas a alcanzar y mantener la motivación hacia el futuro cambio. Para ello, ante el grupo se proporcionará feedback sobre el consumo de alcohol de cada una de las pacientes, comparando los progresos y cambios desde el principio de la intervención hasta este momento, pudiendo apoyar esta información con alguna gráfica. Tras ello, se pedirá a las pacientes que comenten cómo se sienten ante los cambios y ante el consumo actual de alcohol. Por otro lado, se volverá a poner en práctica el establecimiento de nuevos planes de acción ante situaciones de riesgo, y se llevará a cabo la regla motivacional, necesaria para conocer el grado de preparación hacia el cambio con el que se identifican en esos momentos. A continuación, se establecerá un nuevo objetivo realista sobre el consumo de alcohol y se realizará de nuevo el balance decisional, pero sobre el cambio, identificando las ventajas y desventajas de eliminar o reducir el consumo. Algunos ejemplos de cosas positivas sobre el cambio serían “seré capaz de pasarlo bien sin beber alcohol”, “habrá menos posibilidades de recaer en conductas propias de un TCA, por ejemplo, ingerir menos calorías alimentarias para beberlas en alcohol”, o “sabré gestionar mejor mis emociones sin recurrir al alcohol”; mientras que algunos ejemplos negativos podrían ser “mis

amigas/os beberán alcohol sin limitaciones mientras que yo no” o “no seré capaz de desinhibirme”, incluso “me aburriré cuando vea a mis amigos bebiendo más de la cuenta”. En este caso, las ventajas sobre el cambio han de ser mayores para que haya más probabilidad de modificar el comportamiento hacia el alcohol. Por último, se proporcionará información sobre los servicios y médicos de atención primaria, así como las UCAS en caso de que sus casos se vuelvan de riesgo o se conviertan en personas dependientes del alcohol. Para concluir la intervención se informará sobre las sesiones de seguimiento que se realizarán tras 2 y 6 meses después de su finalización, a las cuales es recomendable que acudan para determinar si han habido cambios o si la intervención ha sido efectiva de forma mantenida. Por otro lado, se establecerá un espacio para la expresión emocional de las pacientes sobre la intervención.

Sesión 6, 7 y 8. Fase de seguimiento: repaso y recaídas

Objetivos:

- Conseguir que las pacientes recuerden los conceptos básicos abordados en la intervención breve (relación TCA-consumo de alcohol, regla motivacional, balance decisional y planes de acción).
- Dotar de conocimientos sobre las recaídas.

Tareas:

- Se pasarán los instrumentos aplicados en la evaluación inicial.
- Discusión sobre los cambios tras la finalización de la intervención breve.

Tras pasar 2 meses, se llevarán a cabo las sesiones de seguimiento, las cuales se pondrán en marcha a lo largo de tres días en el período de una semana. En las sesiones 6 y 7 se pasarán los cuestionarios que se aplicaron en el pretratamiento, con el fin de analizar los resultados y constatar si han habido cambios desde este primer pase. Tras ello, se hará una discusión grupal sobre estos y las sensaciones de las pacientes durante los meses sin intervención. En la octava sesión se procederá a recordar algunos conceptos abordados durante el programa. En primer lugar, se volverá a repetir la relación entre TCA y consumo de alcohol; después, se recordará la regla motivacional, el balance decisional sobre el mantenimiento de los cambios, y el establecimiento de nuevos planes de acción, así como de nuevos objetivos. Por último, se proporcionará información sobre las recaídas y las fases que esta involucra, que en este caso una recaída podría ser volver a consumir alcohol si se ha alcanzado el objetivo de eliminar su consumo, o también podría ser el hecho de beber más cantidad de la establecida en los objetivos. Por otro lado, se explicará que una de las vías para prevenir las recaídas es a través de la terapia cognitivo-conductual, la cual trata de

aumentar el autocontrol, modificar las conductas desadaptativas y mejorar las habilidades sociales. Para concluir, se informará sobre la última sesión de seguimiento que se repetirá 4 meses después (es decir, 6 tras finalizar la IB), que tratará los mismos contenidos abordados en estas sesiones.

Discusión

En el presente trabajo se ha propuesto la prevención del consumo problemático de alcohol en pacientes jóvenes con un Trastorno Alimentario de tipo Purgativo a través de la intervención breve, la cual integra estrategias como la regla motivacional, el balance decisional y la detección de situaciones de riesgo, así como el establecimiento de planes de acción.

La intervención breve ha demostrado ser eficaz para prevenir el consumo de alcohol, así como el consumo de otras drogas, así lo indican diversos autores como Klimas et al. (2018) o Fonseca Pedrero et al. (2021) mencionados con anterioridad. Otros autores, como Durán et al. (2017) muestran su eficacia en adolescentes consumidores de riesgo, en los cuales aumentó la autoeficacia y se redujo el consumo mucho más en los que finalizaron la intervención breve que en los que no la finalizaron, además de mostrar el mantenimiento de los resultados en el tiempo. Es por ello que se podrían esperar resultados satisfactorios a corto y a largo plazo teniendo en cuenta que se propone seguimiento junto a prevención de recaídas.

Por otro lado, la intervención propuesta podría ser efectiva en la población elegida ya que las estrategias que se utilizan podrían ser extrapoladas a las conductas purgativas o propias de los TCA. Además, el hecho de que haya una sesión destinada a los familiares se puede considerar beneficioso a la hora de detectar un consumo de riesgo y poder actuar sobre él, ya que en diversos artículos se resalta la importancia de actuar con los padres en la prevención de un consumo de riesgo de sus hijos/as como en el programa “familias fuertes” de Alemán Ríos (2019) dirigido a padres de adolescentes, o como en el artículo de Pérez y Vinaccia (2005) que menciona el entrenamiento de padres como facilitadores para el cambio de sus hijos/as.

En cuanto a las limitaciones que se pueden encontrar en la intervención preventiva podría ser que las pacientes y familiares no asistan al taller, incluso que se muestren poco participativas. Para evitar esto o reducir su ausencia se podría informar sobre los buenos resultados que suele tener la intervención breve en las pacientes, así como destacar la importancia de una detección precoz por parte de los familiares y de la participación activa. Por otro lado, podría ser un problema el hecho de que no comprendan la relación entre el TCA

que sufren y el consumo de alcohol, pudiendo ser uno de ellos un factor de riesgo para el otro, por ello es importante hacer hincapié sobre esta relación en la sesión psicoeducativa.

Para concluir, se propone como sugerencia para el futuro que se realicen más investigaciones sobre tratamientos específicos dedicados a la relación de las dos patologías mencionadas en este trabajo (TCA y consumo de alcohol problemático), ya que ambas se retroalimentan más frecuentemente de lo que aparentan. Se podría realizar una investigación más exhaustiva sobre la Terapia Cognitivo-Conductual o la Terapia Interpersonal de aspectos comunes en ambas patologías, ya que esta terapia es una técnica psicológica empíricamente apoyada para las dos condiciones según la revisión realizada por Fonseca Pedrero et al. (2021).

Bibliografía

- Alemán Ríos, J. (2019). Programa familias fuertes: amor y límites para la prevención del consumo de drogas y alcohol. *Revista Ecuatoriana De Psicología*, 2(4), 126. <https://doi.org/10.33996/repsi.v2i4.23>
- Ascacibar, S. (2014). *Relación de adicciones con trastornos alimentarios y deficiencias nutricionales* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad Fasta]. Repositorio Institucional de la Universidad Fasta <http://redi.ufasta.edu.ar:8082/jspui/handle/123456789/762>
- Bador, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Monteiro, Maristela G., Saunders, J. B., y Organización Mundial de la Salud (2001). *AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria*. Organización Mundial de la Salud.
- Cutrín, O., Kulis, S., Maneiro, L., MacFadden, I., Navas, M. P., Alarcón, D., Gómez-Fraguela, J.A, Villalba, C., y Marsiglia, F.F. (2020). Efectividad del Programa Mantente REAL para la prevención del consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Intervención Psicosocial*, 30 (3), 113-122. <https://doi.org/10.5093/pi2020a19>
- Durán, C. A. R., Echeverría, L., Martínez, K. I., y Morales-Chainé, S. (2017). Intervención breve para adolescentes que inician el consumo abusivo de alcohol y otras drogas: su eficacia en un escenario clínico. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 3(1), 16-37. <https://doi.org/10.28931/riiad.2017.1.03>
- Fonseca Pedrero, E., Pérez Álvarez, M., Al-Halabí, S., Inchausti, F., Muñiz, J., López Navarro, E., Pérez De Albéniz, A., Lucas Molina, B., Debbané, M., Bobes-Bascarán, M.T., Gimeno-Peón, A., Prado-Abril, J., Fernández-Álvarez, J., Rodríguez-Testal, J.F., González-Pando, D., Díez-Gómez, A., García Montes, J. M., García-Cerdán, L., Osma, J., Peris Baquero, Ó., Quilez Orden, A., Suso Ribera, C., Crespo Delgado, E., Salla,

- M., Montesano, A., Paino, M., Perona-Garcelán, S., Vallina, Ó., Barraca Mairal, J., González-Blanch, C., Cano-Vindel, A., Ruíz Rodríguez, P., Barrio Martínez, S., Priede A., Vallejo Pareja, M. A., Vallejo-Slocker, L., Cruzado-Roríguez, J.A., Pastor Morales, J.M., García-Dantas, A., Bellido Zanin, G., Serret Romano, L.M., Arnesto Duque, L., López Santiago, J., Arnáez Sampedro, S., Gil-Luciano, B., Ruíz, F.J., Molina-Cobos, F.J., Sevillá Gascó, J., Pastor Gimeno, C., Secades-Villa, R., González Roz, A., Weidberg, S., García-Fernández, G., Espada Sánchez, J.P., González Maestre, M.T., Errasti Pérez, J., Sánchez-Reales, S., Caballero Peláez, C., Rodríguez-Muñoz, M.F., Soto-Balbuena, C., Olivares Crespo, M.E., Marcos-Nájera, R., García Haro, J.M., Montoya Castilla, I., Fumero A., y Marrero, R. J. (2021). Tratamientos Psicológicos Empíricamente Apoyados Para Adultos: Una Revisión Selectiva. *Psicothema*, 33(2), 188–197. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.426>
- González Y., Ortega, E., Castillo de Lemos R., Whetsell, M., y Cleghorn, D. (2017). Validación de la Escala Inventario de Estrategias de Afrontamiento, versión española de Cano, Rodríguez, García (2007), en el contexto de Panamá. *Revista Científica de Enfermería*, 21(17). <https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v21n17a7>
- Guillén-Riquelme, A., y Buela-Casal, G. (2013). Versión breve del STAI en adolescentes y universitarios españoles. *Terapia psicológica*, 31(3), 293-299. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000300004>
- Hettema, J., Steele, J., y Miller, W. R. (2008). Entrevista motivacional. *Revista de Toxicomanía*, 52, 3-24.
- Hewitt Ramírez, N., y Gantiva Díaz, C. A. (2009). La terapia breve: una alternativa de intervención psicológica efectiva. *Avances en psicología Latinoamericana*, 27(1), 165-176.
- Hinojosa-García, L., Alonso-Castillo, M. M., y Castillo-Muraira, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(1), 19-25.
- Persano, H.L., Ventura, A.D., Gutnisky, D.A., y Kremer, C.D. (2013). Consumo problemático de sustancias y desórdenes del comportamiento alimentario. Unidad Docente Hospital Borda. Recuperado el 31 de mayo de 2022, de <http://saludmental-jornadas.fmed.uba.ar/2016/4.4.pdf>
- Klimas, J., Fairgrieve, C., Tobin, H., Field, C., O’Gorman, C., Glynn, L., Keenan, E., Saunders, J., Bury, G., Dunne, C., y Cullen, W. (2018). Intervenciones psicosociales para reducir el consumo de alcohol en consumidores de drogas ilegales y con problemas con el

- alcohol concomitantes. *Base de datos Cochrane de revisiones sistemáticas*, 12 (12), CD009269. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009269.pub4>
- Maradona Cristóvão-Calado, J., y Rodríguez-Méndez, L. (2015). Alternativas psicoterapéuticas efectivas en el tratamiento del paciente alcohólico. *Gaceta Médica Espirituana*, 17(2), 107-119.
- Molina-Ruiz, R. M., Alberdi-Páramo, Í., Castro Oller, M. D., Gutiérrez Fernández, N., Carrasco Perera, J. L., y Díaz-Marsá, M. (2019). Personalidad en pacientes con trastorno alimentario en función de la presencia/ausencia de comorbilidad con trastorno límite de la personalidad. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 10(1), 109-120. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.494>
- Muñoz Calvo, M.T., y Argente, J. (2019). Trastornos del comportamiento alimentario. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, 295-306.
- Navarro, T. (2019). Trastornos de la conducta alimentaria. Tipos y criterios diagnósticos. *Revista digital INESEM*.
- Páez, F., Jiménez, A., López, A., Ariza, J. P. R., Soto, H. O., & Nicolini, H. (1996). Estudio de validez de la traducción al castellano de la Escala de Impulsividad de Plutchik. *Salud Mental*, 19(Supl 3), 10-12.
- Pérez, C. L., y Vinaccia, S. (2005). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y salud*, 15(2), 241-249. <https://doi.org/10.25009/pys.v15i2.808>
- Ramos Corvillo, L. (2017). Prevalencia de alcoholorexia y factores asociados en universitarios españoles (Proyecto UniHcos) [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. Repositorio Documental Universidad de Valladolid <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/25536>.
- Rebuffo, M., Siravegna, M. S., y Medrano, L. A. (2012). Comorbilidad depresiva en mujeres con trastornos de conducta alimentaria. *Psicología y Salud*, 22(2), 215-224. <https://doi.org/10.25009/pys.v22i2.546>
- Rica, R. (10 de mayo de 2017). Bulimia y abuso de sustancias: una relación frecuente y preocupante. Instituto Centta. Recuperado de: <https://centta.es/tca/bulimia-abuso-sustancias>.
- Salvo, L. y Castro, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 51(4), 245-254. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272013000400003>

- Sánchez, E. J. P., y Carrillo, M. F. X. (2004). *Programa Saluda. Prevención Del Abuso Del Alcohol Y Del Consumo De Drogas De Síntesis / Saluda Program. Alcohol Abuse Prevention and Drug Synthesis* (1.ª ed.). Pirámide Ediciones Sa.
- Sanz, J., Perdígón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Serecigni, J. G. (2015). Los antagonistas de los receptores opioides en el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 27(3), 214-230. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.708>
- Sobell, L. C., y Sobell, M. B. (2015). *Terapia de grupo para los trastornos por consumo de sustancias Un enfoque cognitivo-conductual* (1.ª ed.). Ediciones Pirámide.
- Suárez Cuba, M. Á. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista médica la paz*, 17(1), 60-67.
- Sanjuán, P., Pérez, A. M., y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Su2), 509-513.
- Vargas, M.J., (2013). Trastornos de la conducta alimentaria. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX*, (607), 475-482.