



UNIVERSITAS
Miguel Hernández

MÁSTER UNIVERSITARIO EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA



Curso 2023-2024

Trabajo Fin de Máster

Prevención de Recaídas en paciente post tratamiento de alcohol: un estudio de caso único

Autora: Marina Gómez Martínez

Tutora: Ainhoa Coloma Carmona

Código de la Oficina de Investigación Responsable: TFM.MPG.ACC.MGM.240124

Convocatoria: junio 2024



Resumen

Teniendo en cuenta que dos tercios de los pacientes recaen en un plazo de 6 meses tras finalizar el tratamiento por consumo de alcohol, el presente estudio de caso único muestra como objetivo aplicar y evaluar la efectividad de una intervención basada en prevención de recaídas, tras finalizar el tratamiento de desintoxicación por trastorno por consumo de alcohol, enfocándose en mejorar las habilidades de afrontamiento y la autoeficacia para mantener la abstinencia.

La intervención incluyó el análisis de situaciones de riesgo y la creación de planes de acción, el conocimiento de la escalera de la recaída, estrategias de toma de decisiones, técnicas cognitivas para manejar pensamientos, respiración diafragmática para la relajación y habilidades sociales mediante comunicación asertiva.

Las variables evaluadas fueron la autoconfianza (BSCQ), las habilidades de afrontamiento (CBI) y los niveles de ansiedad (STAI) y depresión (BDI-II) y se realizó una medición pre y post-intervención.

Los resultados post-intervención mostraron mejoras significativas en la gestión de los factores de riesgo, mejorando las habilidades de afrontamiento y la autoeficacia y disminuyendo de la sintomatología emocional, concluyendo con ello, que la intervención fue efectiva. Así pues, se pone de manifiesto la necesidad de ampliar las líneas de investigación para reducir la alta tasa de recaídas.

Palabras clave: prevención de recaídas, estudio de caso único, habilidades de afrontamiento, autoeficacia, terapia cognitivo-conductual y entrevista motivacional.

Abstract:

Considering that two thirds of patients relapse in 6 months after completing alcohol treatment, the present single case study aims to implement and evaluate the effectiveness of a relapse prevention-based intervention after completing detoxification treatment for alcohol use disorder, focusing on improving coping skills and self-efficacy to maintain abstinence.

The intervention included analysis of risk situations and creation of action plans, awareness of the relapse ladder, decision-making strategies, cognitive techniques for managing thoughts, diaphragmatic breathing for relaxation and social skills through assertive communication.

The variables assessed were self-confidence (BSCQ), coping skills (CBI) and levels of anxiety (STAI) and depression (BDI-II) and were measured pre- and post-intervention.

Post-intervention results showed significant improvements in the management of risk factors, improving coping skills and self-efficacy, and decreasing emotional symptomatology, thus concluding that the intervention was effective. This highlights the need to expand the lines of research to reduce the high rate of relapse is evident.

Key Words: *relapse prevention, single case study, coping skills, self-efficacy, cognitive-behavioural therapy, and motivational interviewing.*

Introducción

En la última encuesta sobre alcohol y drogas en España, el informe EDADES (2023) se recoge que un 9% de la población entrevistada entre los 15 y los 64 años consume alcohol diariamente, un 64,5% consumió en el último mes y un 76,4% en el último año. La prevalencia del consumo de riesgo en el cuestionario de cribado AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) ha aumentado en este último informe, del 5,2% al 6% de la muestra.

El Trastorno por Consumo de Alcohol puede tener consecuencias tales como: depresión, ansiedad, insomnio y trastornos de conducta, afecciones en los sistemas gastrointestinal, cardiovascular y al sistema nervioso central y periférico (APA, 2022). Además, cuando se cronifica el consumo, ocurren alteraciones cognitivas que sólo son recuperables tras un largo período de abstinencia (flexibilidad cognitiva, memoria, control inhibitorio) a excepción del dominio de procesamiento espacial y de la toma de decisiones, que persisten en el tiempo (Fernández-Serrano et al., 2022).

Actualmente, los tratamientos psicológicos más efectivos, respaldados por evidencia, para el trastorno por consumo de alcohol, incluyen intervenciones breves como la entrevista motivacional, técnicas de condicionamiento operante como el manejo de contingencias y el refuerzo comunitario, y tratamientos cognitivo-conductuales como el entrenamiento en habilidades de afrontamiento y la prevención de recaídas. También son efectivos los enfoques basados en la aceptación y la atención plena, la facilitación de los Doce Pasos para conectar con grupos de apoyo mutuo, y los tratamientos de reducción de daños como el autocontrol guiado y el consumo controlado de alcohol (Witkiewitz et al., 2019).

En el enfoque de la TCC, una recaída es la ruptura de la abstinencia o el fracaso por mantener el cambio en cualquiera de los comportamientos y se considera un evento posible dentro de la recuperación. Por ello, en los tratamientos de TCC se incluyen componentes del modelo de prevención de recaídas (Sánchez-Hervás et al., 2022). Marlatt y Gordon (1985), investigadores referentes en la temática, conciben el proceso de recaída a volver a la conducta de dependencia, independientemente de si se recuperan los niveles de consumo de línea base o no. Previamente, ocurren los deslices o recidivas, que son los obstáculos o retrocesos que encuentra la persona en su intento de cambiar una conducta concreta (Regadera, 2015).

El programa de Prevención de Recaídas (PR), creado por estos investigadores, busca que el individuo se anticipe y afronte los problemas de la recaída. Es decir, identificar las situaciones de riesgo, encontrar alternativas y desarrollar estrategias para solucionar la situación tanto a nivel comportamental como cognitivo-emocional (Sánchez-Hervás et al., 2022). También buscan promover el autocontrol, conjunto con entrenamiento en habilidades, tareas cognitivo-conductuales y mejorar el estilo de vida (Marlatt et al., 2002). Respecto a las tareas cognitivo-conductuales, se destacan para el manejo del craving: la parada de pensamiento, la distracción de la atención, el control y la programación de actividades saludables, entrenamiento en relajación, las técnicas de imaginación, la desensibilización sistemática, las autoinstrucciones y la reestructuración cognitiva (González, 2009).

Además, defienden que cuanto más tiempo dure la abstinencia, mayor percepción de autocontrol tendrá la persona. Esta percepción continuará hasta que se encuentre en una situación que suponga un aumento del riesgo de recaída debido a

que sea amenazante para la sensación de control. Se ha visto que las tres situaciones de riesgo más comunes, independientemente de si el problema es con la bebida o con otras sustancias, son: los estados emocionales, los conflictos interpersonales y la presión social. Por ello, hacer un entrenamiento en habilidades de afrontamiento es crucial para mantener esa sensación de control que hará que el riesgo de recaída disminuya. El programa de PR de Marlatt y Gordon (1985) combina la adquisición de habilidades sociales, técnicas cognitivas y cambios en el estilo de vida (Sánchez et al., 2011). De esta forma, la recuperación no es únicamente la no conducta de consumo, sino evitar recaídas (Regadera, 2015).

Otro enfoque con evidencia para el tratamiento por consumo de alcohol es la entrevista motivacional, de Miller y Rollnick, (1991) (Witkiewitz et al., 2019). Se basa en un estilo terapéutico directivo y que huye de la confrontación, siendo su objetivo el trabajo con la ambivalencia del paciente. Busca la discrepancia entre la conducta actual de consumo y los objetivos del paciente. Se trabaja la resistencia al cambio mediante la no confrontación, es decir, evitar entrar en discusión con el paciente sobre la importancia de los cambios. Además, se expresa empatía por el paciente y se fomenta su autoeficacia. En esta técnica hay cuatro procesos: vincular con el paciente, enfocar el diálogo de cambio, evocar las motivaciones para el cambio y, por último, planificar acciones. Para ello, se utilizan las siguientes estrategias: consejo y feedback, balance decisional, preguntas abiertas, escucha reflexiva, reforzamiento positivo y el parafraseo (Coloma-Carmona y Carballo, 2022).

Como señalan en su artículo Henderson et al., (2011), la eficacia de la PR para mantener la abstinencia está comprobada en varios estudios y meta-análisis (Carroll,

1996; Florez et al., 2009; Irvin et al., 1999; Luengo et al., 2000; McCrady, 2000 y Miller y Wilbourne, 2002). Actualmente, a la Prevención de Recaídas se ha incluido el Mindfulness (Bowen et al., 2011, Casas y Peña, 2018) y la realización de la terapia por internet (i-RPT) (Sharma et al, 2021).

Para aquellos pacientes de TUS que han recibido tratamiento, las tasas de remisión a corto plazo varían entre el 20 y el 50%, y a largo plazo entre el 20 y el 80%, dependiendo de la gravedad del trastorno (Moos y Moos, 2006). Otros investigadores señalan que el 40-60% de los pacientes tratados recaen en el primer año, siendo los primeros 3 meses el período de mayor vulnerabilidad (Sureshkumar, 2017). En promedio, dos tercios de los pacientes recaen en un plazo de 6 meses tras finalizar el tratamiento (Nguyen, 2020).

Mientras que, el apoyo social, la autoeficacia y el propósito o significado de la vida actuaban como factores de protección, como principales factores de riesgo de recaídas destacan: las bajas habilidades de afrontamiento (Moos y Moos, 2006; Slidrecht et al., 2019 y Sureshkumar, 2017), la comorbilidad psiquiátrica, estrés, ansiedad, depresión y la mala gestión emocional (Lejuez et al., 2010; Moos y Moos, 2006; Oliva et al., 2018; Sinha, 2022 y Slidrecht et al., 2019); el craving (Regadera, 2015 y Slidrecht et al., 2019); una falta de autoeficacia (Moos y Moos, 2006); los encuentros sociales alrededor de alguna bebida alcohólica o las actitudes culturales hacia la bebida (Rehm, 2013); tener un historial familiar de dependencias o un historial previo de recaídas (Sureshkumar et al., 2017) y la gravedad del trastorno (Moos y Moos, 2006, Slidrecht, 2019). Estos predictores son los que cubre el modelo de recaídas de Marlatt y Gordon.

Aun así, el porcentaje de recaídas en este tipo de trastorno tras finalizar su tratamiento es muy elevado y, sin embargo, los estudios que buscan paliar esta problemática se muestran más tendentes a hacer intervenciones de forma breve y espaciada en el tiempo con el objetivo de reducir o disminuir el consumo de alcohol.

Por este motivo, se presenta un estudio de caso único con el objetivo de evaluar la efectividad de un programa de recaídas, basado en TCC y Entrevista Motivacional, tras finalizar tratamiento por Trastorno de Consumo de Alcohol, mediante la adquisición de habilidades de afrontamiento y aumentar la autoeficacia para prevenir las recaídas y que tendrá 15 sesiones, dos sesiones a la semana.

Método

Participante



La intervención en prevención de recaídas se ha llevado a cabo en un hombre de 39 años, casado y con dos hijas de 8 y 5 años. La familia es residente en la Comunidad Valenciana y tiene un poder adquisitivo medio.

Descripción del caso

Histórico del tratamiento previo a la intervención en prevención de recaídas: Inició en enero de 2023 hasta principios de febrero de 2024, el objetivo fue la reducción del consumo de 40 UBES/semana a 0 UBES/semana. Acude acompañado por su pareja.

Respecto al historial de consumo, la primera vez que probó el alcohol fue en las fiestas de su pueblo a los 14 años. Más adelante, con 17 probó el cannabis, pero “no le sentó bien”, por lo que no volvió a consumir. Dice no haber consumido otro tipo de

sustancias y refiere que consumir sustancias como la cocaína o anfetaminas “sería pasarse”, pero sí tenía amistades que consumían. Su consumo de alcohol era mayormente de fiesta y con las amistades. Al llegar la paternidad, el consumo pasó a ser en quedadas con amigos en fin de semana a las comidas en casa entre semana, sobre todo en temporadas en las que tenía mucho estrés en su trabajo.

Al principio de este no mostraba conciencia del problema del alcohol, pero sí de las consecuencias que éste le traía a nivel familiar, como olvidarse de recoger a sus hijas o conducir bajo los efectos del alcohol, siendo éste el motivo final por el que decide pedir ayuda.

Se trabajó de forma ambulatoria y grupal, asistiendo dos veces por semana, un total de 97 sesiones grupales, familiares e individuales. Trabajaron el control estimular, identificación y gestión del craving, un estilo de vida más saludable (alimentación y deporte) y dejaron relaciones sociales que tuvieran relación con el consumo. Se finalizó la intervención en TUS al mantener la abstinencia durante varios meses.

Tuvo dos recaídas antes de iniciar tratamiento farmacológico con Disulfiram, coincidiendo con períodos vacacionales y con amigos y familiares, por ello, se hicieron sesiones con la familia para concienciar de la importancia de la influencia del entorno y las amistades. Lleva abstinento ocho meses previamente al inicio de la intervención en prevención de recaídas.

Motivo de consulta: Realizar prevención de recaídas tras finalizar tratamiento por trastorno por consumo de alcohol con el objetivo de mejorar habilidades de afrontamiento y autoeficacia para mantener la abstinencia.

Variables e instrumentos

En la evaluación inicial, durante la intervención y en la evaluación post-intervención se evaluaron las siguientes variables:

Estrategias de afrontamiento: se utilizó el Inventario de Habilidades de Afrontamiento, (CBI, Litman et al, 1983) validado al español por García (2002). Consta de 36 ítems pertenecientes a 4 factores: Pensamiento positivo, pensamiento negativo, distracción y evitación. Las respuestas van de “normalmente” (3 puntos), “a menudo (2)”, “alguna vez (1)” y “nunca” (0). Su consistencia interna en alfa de Cronbach es 0,90 (García y Alonso, 2002).

Autoeficacia percibida: Se utilizó el cuestionario Breve de Confianza Situacional (BSCQS, Annis y Graham., 1988), validado por López y Gutiérrez (2020) en población con drogodependencia, para medir la autoconfianza del participante. La autoconfianza es un elemento clave para que se mantenga la abstinencia. Presenta 8 ítems que miden la seguridad o inseguridad del participante en las siguientes escalas: emociones agradables, emociones desagradables, malestar físico, probar autocontrol, presión social, necesidad de consumo, momentos agradables con otros y conflicto con otros. Este cuestionario cuenta con un alfa de Cronbach 0,94 (López y Gutiérrez, 2020).

Estado de ánimo: Se midió la depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-2, Beck et al., 1996) adaptada al español por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003). Éste consta de 21 ítems con 4 alternativas de respuesta organizadas por intensidad, siendo 0 ausencia hasta 3 mayor intensidad. Cada alternativa de respuesta se valora entre 0 a 3 puntos según la intensidad, siendo la suma del total el resultado de la corrección del test. Los baremos de corrección son: 0-9 puntos, ausencia de

depresión; 10-18 puntos, depresión leve a moderada; 19-29 puntos, depresión moderada a grave y 30 o más, depresión grave. Este cuestionario cuenta con un alfa de Cronbach 0,87 (Sanz, 2003).

Para la ansiedad estado/rasgo se utilizó el State Trait Anxiety Inventory (STAI, Spielberger et al., 1982). Ambas escalas presentan 20 ítems con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (de 0 a 3). La adaptación al español presenta una consistencia interna de alfa de Cronbach 0,902 para la ansiedad estado y 0.885 para la ansiedad rasgo (del Rio et al., 2018).

Procedimiento

La intervención se llevó a cabo en las instalaciones de Exii UTCA tras el participante haber recibido TCC para el trastorno por consumo de alcohol y estar abstinerente desde hace 8 meses. El participante fue informado con detalle del procedimiento, objetivos, beneficios, riesgos, alternativas y la confidencialidad de los datos mediante una reunión y una hoja informativa. Finalmente, el participante firmó el consentimiento informado. Las sesiones se realizaron durante los meses de febrero a mayo, con una periodicidad de dos veces por semana para, posteriormente, espaciarlo a una vez a la semana. El programa se llevó a cabo en 15 sesiones de una hora de duración más las sesiones para realizar la evaluación pre y post.

Este estudio fue aprobado por el comité de ética de la Universidad de Miguel Hernández (nº TFM.MPG.ACC.MGM.240124).

Descripción del tratamiento en prevención de recaídas:

La intervención en prevención de recaídas realizada en este estudio toma como base la Terapia Cognitivo Conductual junto a la entrevista motivacional, siendo las técnicas empleadas las siguientes: Entrenamiento en resolución de problemas, reestructuración cognitiva, parada de pensamiento y autoinstrucciones, activación conductual y programación de actividades saludables, respiración diafragmática, estrategias de comunicación y asertividad.

Tabla 1

Plan de intervención por sesión

Sesión	Objetivos	Contenidos/técnicas de tratamiento	Tareas
0	Evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none"> – Agradecimiento por la participación – Explicación del tratamiento – Aplicación de cuestionarios – Vinculación con el paciente 	*
	Finalizar la evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none"> – Evaluación inicial. – Presentación de su historia en el tratamiento del TUS 	
1	Identificar los factores de riesgo del paciente.	<ul style="list-style-type: none"> – Psicoeducativo en la desescalada de la recaída – Identificar los factores de riesgo de las recaídas pasadas 	*
2	Identificar las habilidades de afrontamiento pasadas y concienciar de la necesidad de cambio	<ul style="list-style-type: none"> – Analizar sus estrategias de afrontamiento para sacar conclusiones. – Motivar al cambio tomando conciencia de la dinámica de consumo. 	<p>Escribir los factores de protección que él identifica, los motivos por los que se mantiene abstinerente.</p>

3	<p>Identificar los ámbitos de mayor estrés para el paciente.</p> <p>Elaborar un plan de acción frente a situaciones de alto estrés.</p>	<p>– Revisar las tareas para casa sobre factores de protección</p> <p>– Elaborar un plan de acción mediante los factores de riesgo y protección</p>	<p>– Ejercicio de roles y estrés.</p>
4	<p>Introducir apoyo social en el plan de acción.</p>	<p>– Introducir apoyo social en el plan de acción.</p> <p>– Ventilación emocional sobre miedo al rechazo.</p> <p>– Balance decisonal y beneficios.</p> <p>– Ventilación emocional.</p>	<p>Listado de potenciales actividades agradables</p>
5	<p>Aportar herramientas cognitivas para la gestión de conflictos.</p>	<p>– Explicación de la parada de pensamiento.</p> <p>– Explicación de la respiración diafragmática.</p> <p>– Activación conductual: tareas agradables</p>	<p>Practicar la respiración diafragmática.</p>
6	<p>Introducir la reestructuración cognitiva</p>	<p>– Balance de la importancia de practicar la respiración diafragmática.</p> <p>– Explicación de la reestructuración cognitiva.</p> <p>– Orientación</p>	<p>Autorregistro</p> <p>Practicar la respiración diafragmática</p>
7	<p>Puesta en práctica de la reestructuración cognitiva en situaciones de la vida diaria.</p>	<p>– Balance decisonal sobre asistir a la reunión social.</p> <p>– Trabajar reestructuración cognitiva.</p> <p>– Autoinstrucciones.</p>	<p>Anotación de pensamientos cuando sienta ira.</p>

8	Realizar reestructuración cognitiva y práctica de herramientas aprendidas.	<ul style="list-style-type: none"> – Parada de pensamiento – Respiración diafragmática – Reestructuración cognitiva – Resolución de problemas: generación de alternativas de respuesta 	Puesta en práctica en el día a día.
9	Recordar el plan de acción frente potenciales situaciones de riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> – Balance decisional – Resolución de problemas: generación de alternativas – Explicación de técnicas de comunicación: disco rayado y banco de niebla. 	Roleplaying de disco rayado y banco de niebla.
10	Introducir las distorsiones cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> – Trabajo de reestructuración cognitiva – Psicoeducativo en distorsiones cognitivas 	Aplicar el análisis de las distorsiones cognitivas
11	Asertividad	<ul style="list-style-type: none"> – Psicoeducativo en asertividad – Análisis de su comunicación 	Observación de su comunicación y clasificación de asertividad.
12	Asertividad y comunicación asertiva	<ul style="list-style-type: none"> – Recordar el plan de acción – Psicoeducativo en comunicación asertiva – Psicoeducativo en derechos asertivos – RRCC 	Escribir cuáles son los derechos que él permite a los demás
13	Trabajar los derechos asertivos	<ul style="list-style-type: none"> – Identificar su estilo comunicativo en situaciones diarias. – Presentar el listado de derechos asertivos y elegir dos para 	Poner en práctica los derechos asertivos.

		comprometerse a hacerlos durante la semana	
14	Trabajar derechos asertivos Comunicación asertiva	– Evaluación de las tareas para casa. – Técnicas de comunicación asertiva. – Roleplaying.	Poner en práctica los derechos asertivos con la familia cercana.
15	Práctica de comunicación asertiva	– Evaluación de tareas para casa – Roleplaying	*
Fin	Evaluación final.	–Evaluación final. – Feedback de lo aprendido – Despedida y agradecimiento	*

Nota. *No se aplicaron tareas.

Al inicio de todas las sesiones se realizaba una prueba de orina para comprobar la continuidad de la abstinencia. Además, buscando trabajar la identificación de emociones para la gestión emocional, se empezaba y terminaba todas las sesiones preguntando: “¿cómo entras?” o “¿cómo sales de la sesión?”, y se guiaba mediante el Anexo 1 de la rueda de las emociones a que se concretara con la respuesta más allá de un “bien/mal”. Seguidamente, se trabajan las tareas para casa antes de proceder a entrar en la materia de la sesión, a no ser que el paciente trajera algo que fuera de importancia para él comentar.

Sesión 1: Identificación de factores de riesgo

Objetivo general: Identificar y comprender los factores de riesgo que contribuyen a la recaída.

Objetivo específico:

- Realizar psicoeducación sobre la desescalada de la recaída.

Se administró el cuestionario de habilidades de afrontamiento frente al alcohol y el de confianza situacional. A continuación, se le pidió que presentara su historia ligada al consumo y qué había aprendido hasta ahora en terapia previa.

Seguidamente, se realizó psicoeducación sobre la desescalada de la recaída con el *Anexo 2*. Se le pidió que relatara sus recaídas más recientes para ir analizando conforme el material, guiando mediante preguntas a identificar los factores que iniciaron las recaídas. Entre los factores más influyentes se encuentran la presión social, situaciones laborales y de pareja negativas. Los factores de riesgo identificados fueron la mala gestión de emociones negativas, la falta de habilidades sociales y comunicativas, y la falta de asertividad para gestionar situaciones sociales, laborales y maritales abrumadoras, así como el miedo al rechazo social.

Sesión 2: Identificación y manejo de estrategias de afrontamiento

Objetivo general: Identificar las habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo.

Objetivo específico:

- Concienciar sobre los problemas derivados de la evitación.
- Motivar hacia el cambio y la adopción de nuevas estrategias.

Se analizó sus habilidades de afrontamiento mediante la escalera de la desescalada. Se encontró que las situaciones en las que sentía emociones negativas generalmente ocurrían en el trabajo (rechazo, altas expectativas, ordenes contrarias, etc.), repercutían en su matrimonio mediante discusiones. Antes del tratamiento, el

participante evitaba llegar a casa para no discutir, optando por salir al bar con amigos, lo cual agravaba los problemas maritales. Tras el inicio de la terapia, evitaba estas situaciones aislándose o viendo televisión en casa. Se trabajó, desde la perspectiva de la entrevista motivacional, la toma de conciencia sobre el problema de evitar situaciones incómodas y la importancia de la comunicación.

Como tareas para casa, se le pidió que identificara sus factores de protección, las razones por las que no desea volver a beber y los motivos por los que no ha tenido otra recaída.

Sesión 3: Desarrollo de planes de acción

Objetivo general: Diseñar un plan de acción para las situaciones de craving y alto estrés

Objetivo específico:

- Identificar los roles sociales y ámbitos de mayor estrés.
- Validar y explorar las emociones asociadas a estos roles.
- Promover la comunicación con la pareja sobre el plan de acción.

En esta sesión se realizó una actividad para identificar los roles del participante.

Se escribió el nombre del participante en el centro de la hoja, de donde salen líneas hacia sus roles (hijo, padre, marido, trabajo, amigo, futbolista...). Se le pidió que marcara cuál de estos roles le generaba mayor estrés o carga emocional, identificando el trabajo y, en ocasiones, la pareja. Se le preguntaron los motivos y se validaron sus emociones. Recientemente había cambiado de trabajo, lo que le estaba generando estrés.

Se revisaron las tareas para casa. Aunque no las había hecho por escrito, las había pensado. Los factores de protección identificados fueron su familia, esposa e hijas. Rescatando los factores de riesgo y los de protección, se elaboró conjuntamente un plan de acción para situaciones de craving o alto estrés. Este plan incluía elementos como: comunicación en pareja, cómo comunicarse, establecimiento de límites en el trabajo, evitar el aislamiento y la evitación de situaciones incómodas, entre otros. Se le pidió que compartiera este plan con su esposa para favorecer la comunicación y el conocimiento del tratamiento para la prevención de recaídas.

Sesión 4: Incluir el apoyo social como estrategia de afrontamiento

Objetivo general: Incorporar el apoyo social en el plan de acción.

Objetivo específico:

- Establecer alternativas de resolución de problemas para las situaciones de riesgo.
- Reforzar los beneficios de comunicarse mediante el balance decisional.

En esta sesión se continuó con el plan de actuación, incluyendo el apoyo social, llamar a dos amigos que conocen la historia de tratamiento, ambos practican algún deporte y no suelen consumir. Se trabajó la importancia de comunicarse con estas dos personas para evitar situaciones de riesgo, como que consuman delante de él y establecer alternativas de resolución de problemas en caso de que ocurriese, como irse a casa. Comentó que le fue realmente difícil decirles su situación sobre la terapia, mostrándose reticente a volver a sacar el tema por temor al rechazo o a ser etiquetado. Sin embargo, era algo que había trabajado previamente en su tratamiento

del TUS. Se realizó una ventilación emocional sobre el miedo al rechazo y se trabajó su balance decisional para reforzar los beneficios de haberse sincerado con ellos.

Como tareas para casa, con el objetivo de poner en marcha la activación conductual, se le dio el listado del Anexo 3.

Sesión 5: Entrenamiento en herramientas para conflictos

Objetivo general: Aportar herramientas cognitivas y conductuales para la gestión de conflictos.

Objetivo específico:

- Realizar activación conductual mediante actividades agradables.
- Introducir y practicar la parada de pensamiento.
- Enseñar y practicar la respiración diafragmática para el manejo de la ira.
- Planificar la incorporación de actividades agradables en la rutina semanal.

La sesión dio inicio preguntando por el fin de semana y las actividades realizadas. Debido a una discusión marital ocurrida durante el fin de semana, el participante presentaba alta rumiación cognitiva y malestar emocional. Se dejaron las tareas para casa para el final. Dado que sentía rabia e indignación, se trabajó la ventilación emocional, y se explicó cómo funcionaba la parada de pensamiento y los beneficios de aplicarla antes de entrar en las rumiaciones. El participante expresó que una vez se enfada le cuesta mucho parar, por ello, se hizo una resolución de problemas conjuntamente concluyendo que cuando se notara enfadado, se iría a otra habitación a calmarse. De este modo, se le enseñó la respiración diafragmática y como tareas para casa se le mandó practicar lo trabajado.

En los últimos minutos de sesión se habló sobre las tareas para casa. Las actividades que más motivaban al participante eran: pádel, paseos y restauración de muebles. Se discutió la importancia de introducir al menos una de estas actividades una vez a la semana, preguntándole cómo cambiaría su semana si realizara estas actividades con mayor frecuencia.

Sesión 6: Aplicar la reestructuración cognitiva

Objetivo general: Implementar la reestructuración cognitiva para gestionar pensamientos y emociones negativas.

Objetivo específico:

- Reforzar la práctica de la respiración diafragmática
- Promover la autoobservación y el registro de pensamientos asociados a emociones intensas.
- Planificar actividades agradables en familia y fomentar la práctica de hobbies.

Se inició la sesión preguntando al participante sobre su semana y revisando las tareas para casa. Aunque pensó en las tareas, no las llevó a cabo. Mediante preguntas dirigidas, se subrayó la importancia y los beneficios de ponerlas en práctica, y se volvió a practicar la respiración diafragmática.

Se explicó la influencia de los pensamientos sobre las emociones y conductas, y el malestar asociado, introduciendo la técnica de reestructuración cognitiva. Para empezar a ponerlo en práctica se le indicó que, al experimentar una emoción intensa, reflexionara sobre sus pensamientos y los trajera registrados en el Anexo 4 para la próxima sesión.

También se preguntó acerca de las rutinas y del fin de semana. Al no haber actividades de riesgo, se le orientó hacia posibles actividades agradables en familia y a practicar sus hobbies. Como tarea para casa, se le asignó la práctica de la respiración y la observación de sus pensamientos en momentos de alta emoción.

Sesión 7: Mejorar la toma de decisiones

Objetivo general: Mejorar la toma de decisiones y el manejo emocional en situaciones sociales desafiantes.

Objetivo específico:

- Utilizar el balance decisional para trabajar la ambivalencia.
- Facilitar la reestructuración cognitiva para reducir la rumiación.
- Introducir las autoinstrucciones para momentos de malestar y craving.
- Promover la práctica de la respiración diafragmática.

Durante el fin de semana, el participante se encontró en el supermercado a un antiguo amigo con el que había consumido alcohol en el pasado, y acordaron verse la semana siguiente. Expresó dudas sobre si era lo correcto, pero sentía dificultad para decir que no, ya que esta persona desconoce que ha estado en tratamiento por consumo de alcohol.

Debido a su ambivalencia, se elaboró un balance decisional, explorando los beneficios de asistir y de no asistir. Se le recordó sus objetivos terapéuticos y se le preguntó si sería beneficioso para él o no asistir. Escribió sus conclusiones para visualizar mejor su decisión final. Finalmente, el participante decidió cancelar la reunión.

Debido a su alta rumiación, se le pidió que escribiera las preocupaciones en un lado y se trabajó la reestructuración cognitiva con ello. Posteriormente, se introdujeron las auto instrucciones para momentos de malestar, alta ansiedad o posible craving.

Para finalizar la sesión, se le preguntó acerca de la respiración diafragmática. Decidió ponerlo en práctica con situaciones asociadas a sus hijas tras una conversación con su mujer sobre el control de la ira. Como tarea para casa, se le pidió que observara y anotara sus pensamientos cuando sintiera ira o una emoción similar.

Sesión 8: Entrenar el manejo de emociones intensas

Objetivo general: Mejorar la gestión de emociones intensas y desarrollar estrategias efectivas de resolución de problemas

Objetivo específico:

- Implementar la parada de pensamiento y la respiración diafragmática.
- Generar alternativas de respuesta para la resolución de problemas.

Se revisaron las tareas para casa sobre el análisis de situaciones que le generen emociones fuertes. El participante relató las situaciones, que se escribieron conjuntamente en el Anexo 4. Al exponer una de las situaciones, la intensidad de su emoción aumentó, elevando su tono de voz y acelerando su habla. Se le indicó hacer la parada de pensamiento y luego practicó la respiración diafragmática. Se trabajó conjuntamente evaluar la veracidad de su pensamiento y promover el cambio de éstos. Por último, se generaron alternativas de respuesta para la resolución de problemas.

Como tareas para casa, se le pidió que siguiera practicando las técnicas aprendidas.

Sesión 9: Recordar el Plan de Acción

Objetivo general: Recordar el plan de acción para las situaciones venideras.

En esta sesión se preguntó sobre la resolución del problema de la semana pasada, el paciente comenta estar contento con el resultado y su ejecución. Debido a que al día siguiente era el día del padre, se decidió rescatar el plan de acción ante situaciones de riesgo. Iba a comer en un restaurante con su familia y algunos de ellos desconocían que había estado en tratamiento de conductas adictivas. Se trabajó la reestructuración cognitiva y un balance decisional. Finalmente decidió contar a la familia extensa sobre el proceso de tratamiento. Se generaron alternativas a las posibles respuestas que dieran, por lo que se presentó la técnica de comunicación asertiva del disco rayado y la del banco de niebla, que se practicaron mediante roleplaying

Sesión 10: Identificar y trabajar las distorsiones cognitivas

Objetivo general: Identificar y corregir distorsiones cognitivas.

Objetivo específico:

- Explicar y analizar las distorsiones cognitivas.
- Desarrollar un plan de acción para identificar y corregirlas.

El participante contó en el evento familiar a los familiares que no sabían sobre el tratamiento. Se rescató un comentario que hizo acerca del primo que bebía alcohol cuando estuvo en desintoxicación y se trabajó una reestructuración cognitiva con ello. Posteriormente, se explicaron las distorsiones cognitivas mediante el anexo 5 y se realizó un análisis de ejercicios previos, identificando las más frecuentes: pensamiento polarizado, pensamiento catastrófico, error del adivino y falacia de la justicia. Se

elaboró un plan de acción para identificar y corregir estas distorsiones, asignando como tarea para casa su observación y anotación.

Sesión 11: Entrenar la comunicación asertiva

Objetivo general: Mejorar la comunicación y la identificación de distorsiones cognitivas.

Objetivo específico:

- Introducir y practicar técnicas de comunicación asertiva.
- Evaluar situaciones y practicar respuestas asertivas.

En esta sesión, se trabajó con lo observado del paciente sobre sus distorsiones cognitivas desde la última sesión. Se mostró sorprendido y contento con la reducción de su intensidad emocional al analizar sus pensamientos. Expuso una situación laboral donde aplicó lo aprendido. A continuación, se preguntó por otros momentos en los que considere que no aplicara lo aprendido y se trabajó cómo habría sido dar una respuesta más acorde a la realidad.

Posteriormente se introdujo el término de asertividad y la comunicación asertiva y se trabajó el análisis de sus respuestas y cómo podría haberse dicho de forma asertiva.

Como tareas para casa, se le pidió que observara sus respuestas y analizara si eran asertivas.

Sesión 12: Revisión y fortalecimiento del Plan de acción

Objetivo general: Reforzar las estrategias de prevención de recaídas y mejorar la comunicación asertiva del paciente

Objetivo específico:

- Mejorar las habilidades de reestructuración cognitiva.
- Fomentar la comunicación asertiva.

Se cambió la fecha de la sesión debido a que al día siguiente se iba de viaje con la familia. Por ello, se rescató el plan de acción creado al inicio para afianzar las potencialidades del paciente para alejarse del consumo. Este plan es compartido con su mujer de nuevo. Se continuó trabajando la reestructuración cognitiva y el análisis de distorsiones cognitivas, esta vez sin escribirlo.

Recapitulando con el final de la sesión anterior, el paciente dice hacer generalmente un estilo comunicativo de pasivo-agresividad. Se explica por qué funciona así y se explica la comunicación asertiva y los beneficios de ésta. Además, se introducen los derechos asertivos.

Como tareas para casa se le pidió que elaborase una lista con los derechos que los demás se permiten y los que él les permite, para identificar aquellos que no se permite.

Sesión 13: Mejorar la comunicación

Objetivo general: Mejorar la comunicación y la gestión emocional en situaciones familiares.

Objetivo específico:

- Introducir y aplicar los derechos asertivos.

La sesión comenzó con cómo había ido el viaje y repasando las tareas para casa. Señaló haber estado atento a la comunicación con sus hijas y su esposa. Comenta situaciones en las que adoptó un estilo pasivo, rumió y respondió tosco. Por ello, puso en marcha la parada de pensamiento y la reestructuración cognitiva, logrando comunicarse adecuadamente y disculparse con ella.

Comentó que su esposa tiene un estilo comunicativo agresivo. Debido a este comentario, se rescatan las tareas para casa, la lista de derechos que se permiten los demás. No la había realizado, así que se indagó sobre ello. Después se le presentó el Anexo 6 sobre el listado de derechos asertivos y acordamos poner en marcha la siguiente semana por lo menos dos de ellos.

Cerrando la sesión, se rescató las actividades agradables elegidas en la sesión 5. Previamente a los días festivos y los cambios de rutina, había incorporado en su agenda tiempo para dedicarle a sus proyectos personales, pero había dejado de hacerlos desde el día del padre. En su lugar, había priorizado pasar tiempo con su familia.

De aquí en adelante, se hicieron las sesiones una vez a la semana.

Sesión 14: Implementar derechos asertivos

Objetivo general: Consolidar la práctica de la comunicación asertiva.

Objetivo específico:

- Evaluar la implementación de derechos asertivos en situaciones cotidianas.
- Practicas técnicas de comunicación asertiva mediante roleplaying.

Se inició evaluando la puesta en práctica de los derechos asertivos: decir que no y no dar justificaciones. Aunque le resultó complicado, finalmente se evaluó como

exitoso. Se destacó que era más fácil aplicarlos con desconocidos que con personas de confianza. La tarea para la siguiente semana incluyó aplicar estos derechos con familiares cercanos, junto con otros dos derechos asertivos. Se introdujeron técnicas de comunicación asertiva mediante el Anexo 7 y se practicaron en roleplaying.

Sesión 15: Entrenar la comunicación no verbal

Objetivo general: Desarrollar la coherencia entre el lenguaje no verbal y verbal.

Objetivo específico:

- Practicar la coherencia entre el tono de voz, gesto facial y contenido del mensaje.

La sesión inició repasando las tareas para casa. Tras comentar un par de situaciones, comentó que normalmente, cuando algo le disgusta, prefiere pasar un tiempo solo para poner en práctica lo aprendido (respirar, parar el pensamiento, comprobar la veracidad de lo que piensa, etc.) pero que en esta ocasión volvió antes de haberse serenado con la creencia de que, por decirlo así, tendría la razón. Se volvió a practicar el roleplaying destacando la importancia de que aquello que se diga concuerde con el tono de voz y el gesto facial.

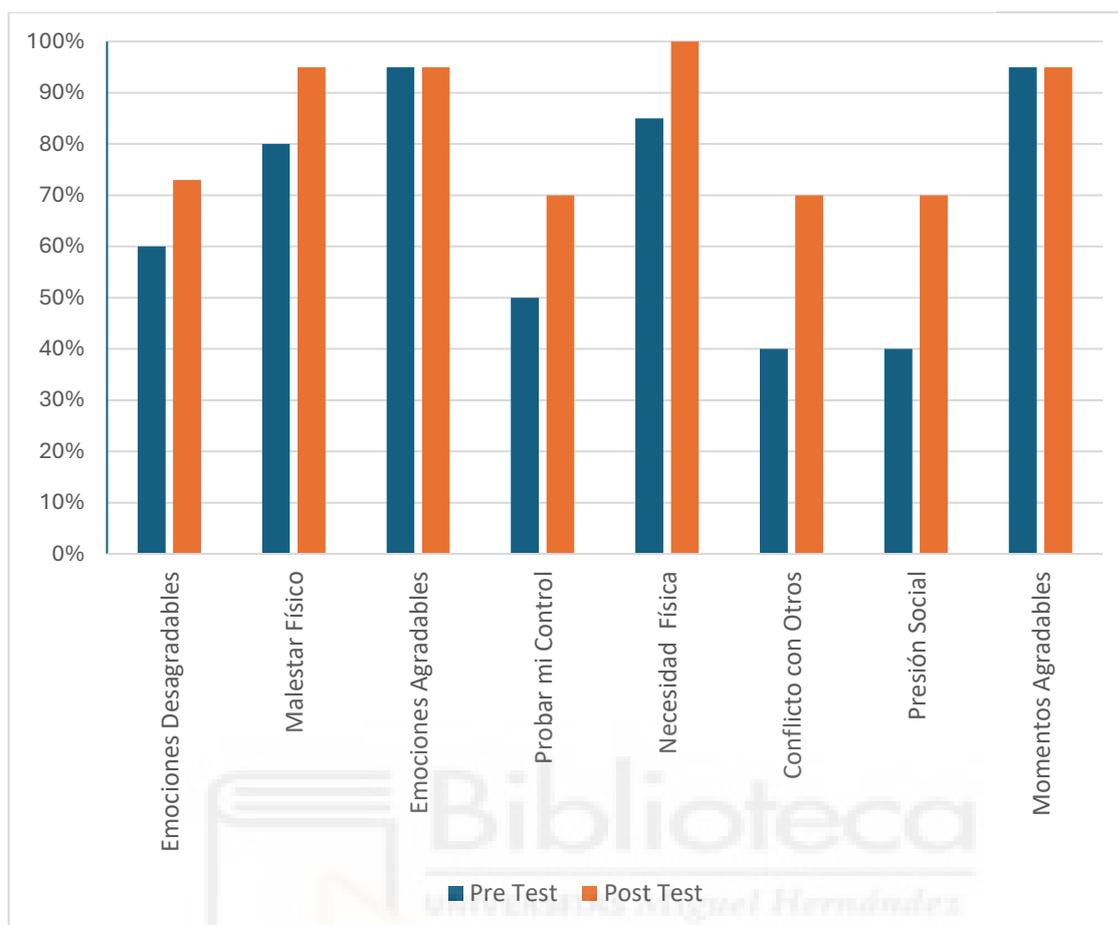
Resultados

Diferencias pre-intervención y post-intervención en la autoeficacia percibida para hacer frente a situaciones de riesgo:

Los resultados post-evaluación muestran un notable incremento en la confianza en resistir el impulso de beber del participante en diversas situaciones. En la evaluación inicial, las situaciones donde presentaba menor autoeficacia percibida fueron las relacionadas con emociones desagradables (60% de seguridad), control sobre el consumo (50%) y situaciones de conflicto con otros o presión social (40%). En la evaluación posterior, todas las escalas de seguridad superaron el 70%.

En particular, la confianza en situaciones de emociones y momentos agradables con otros se mantuvo alta, con un 95% en ambas evaluaciones, indicando que el participante no teme beber si se siente bien. Las situaciones de emociones desagradables mostraron un aumento de confianza del 60% al 73%. Las situaciones de presión social y conflicto con otros también mostraron una significativa mejora, subiendo del 40% al 70%. El control sobre el consumo mejoró del 50% al 70%.

En términos de malestar físico, la confianza del participante aumentó del 80% al 95%, y en la necesidad física, subió del 85% al 100%, ya que el participante afirmó no sentir necesidad física alguna de consumir. En general, los resultados reflejan un aumento o mantenimiento de la confianza situacional, con la puntuación más baja en el post-test siendo un 70% de seguridad.

Figura 1

Diferencias entre pre-intervención y post-intervención en la autoeficacia percibida para hacer frente a situaciones de riesgo, medido mediante el cuestionario Breve de Confianza Situacional.

Diferencias pre y post intervención en las Habilidades de Afrontamiento:

En el pretest, la estrategia de afrontamiento más utilizada fue la evitación, con una puntuación de 15 sobre 15, seguida por el pensamiento negativo (18 sobre 24) y la distracción (20 sobre 30). La estrategia de pensamiento positivo fue la menos utilizada, con una puntuación de 18 sobre 33.

En el post-test, la puntuación para la variable de evitación se mantuvo constante y se observaron incrementos significativos en las demás estrategias. El pensamiento negativo aumentó en 3 puntos, alcanzando 21 sobre 24. La distracción

aumentó en 4 puntos, logrando 24 sobre 30. El pensamiento positivo mostró el mayor incremento, con una mejora de 7 puntos, llegando a 25 sobre 33. Estos resultados indican un fortalecimiento general en las habilidades de afrontamiento del participante, especialmente en las estrategias de pensamiento positivo y distracción.

Tabla 2

Diferencias entre el pre-test y post-test en las habilidades de afrontamiento.

Dimensión	Rango	Pre-test	Post-test	Porcentaje de cambio pre y post
Evitación	0-25	15	15	0%
Pensamiento Negativo	0-24	18	21	↑ 16,67%
Distracción	0-30	14	24	↑ 71,43%
Pensamiento positivo	0-33	14	25	↑ 78,57%

Diferencias pre-intervención y post-intervención en la variable estado de ánimo:

Respecto a la sintomatología depresiva, la puntuación pre indicaba sintomatología depresiva de moderada a grave (22 puntos), disminuyendo un 40,91% en el post a sintomatología leve (13 puntos). Analizando las respuestas, se observan mejoras significativas, como en el ítem de la autocrítica, que pasó de “3- Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede” a “0- No me critico más de lo habitual”, y en el ítem de desvalorización, que cambió de “2- Me siento menos valioso cuando me comparo con otros” a “0- No siento que yo no sea valioso”. En el ítem de sentimientos

de culpa, la puntuación mejoró de “3- Me siento culpable todo el tiempo” a “2- Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo”.

Respecto a la ansiedad, la puntuación pre indicaba ansiedad “sobre promedio” para Ansiedad Rasgo (AR, 24 puntos) y “ansiedad alta” para la Ansiedad Estado (AE, 33 puntos). En el post, hubo una disminución del 36,36%, “ansiedad media”, para la AE (21 puntos) y una leve disminución del 8,33% en AR, manteniéndose en “sobre promedio” (22 puntos). Notables mejoras se observan en ítems como “11- Tengo confianza en mí mismo”, que pasó de “0- Nada” a “2- Bastante”, y “14- Me siento muy atado (como oprimido)”, que mejoró de “3- Mucho” a “0- Nada”. El ítem “1- Me siento calmado” pasó de “1- Algo” en el pretest a “3- Mucho” en el post-test, sugiriendo una mejor adaptación y confianza en el proceso terapéutico.

Tabla 3

Diferencias pre-intervención y post-intervención en el estado de ánimo

	Pretest	Rango Pre	Post-test	Rango Post	Porcentaje de cambio
Depresión	22	Moderada a grave (19-29)	13	Leve a moderada (10-18)	↓ 40,91%
Ansiedad Estado	33	Ansiedad alta (29-60)	21	Ansiedad media (20-28)	↓ 36,36%
Ansiedad Rasgo	24	Sobre promedio (20-25)	22	Sobre promedio (20-25)	↓ 8,33%

Discusión y conclusiones

El objetivo de este estudio fue realizar y evaluar la efectividad de una intervención basada en el modelo de prevención de recaídas tras finalizar el tratamiento por trastorno por consumo de alcohol, buscando mejorar las habilidades de afrontamiento y la autoeficacia para mantener la abstinencia. El participante, que había completado un tratamiento de desintoxicación de un año, participó en esta intervención para fortalecer sus herramientas frente a los factores de riesgo de consumo, que eran: la comorbilidad psiquiátrica, estrés, ansiedad, depresión y la mala gestión emocional (Moos y Moos, 2006; Sliedrecht et al., 2019; Sinha, 2022 y Oliva et al., 2018); tener bajas habilidades de afrontamiento (Moos y Moos, 2006; Sliedrecht et al., 2019 y Sureshkumar et al., 2017); el craving (Regadera, 2015 y Sliedrecht et al., 2019) y una falta de autoeficacia (Moos y Moos, 2006).

La intervención se centró en el análisis de situaciones de riesgo, el desarrollo de planes de acción, estrategias de toma de decisiones (Sánchez-Hervás et al., 2020), la educación sobre la escalera de la recaída, técnicas cognitivas para manejar pensamientos (Marlatt et al., 2002), respiración diafragmática para la relajación y habilidades sociales mediante comunicación asertiva (González, 2009).

Los resultados post-intervención mostraron mejoras clínicamente significativas en la gestión de los factores de riesgo de recaída, aunque no un control total de estos. En cuanto a la depresión y ansiedad, hubo una reducción notable entre la evaluación pre-intervención y post-intervención, pasando de niveles de depresión moderada-grave (22 puntos en el BDI-2) a leve (13 puntos), y una disminución de la ansiedad tanto en rasgo (de 24 a 22) como en estado (de 33 a 21) según las puntuaciones

obtenidas en el STAI. Esto indica una mejora general en el estado emocional del participante, aunque aún persisten niveles de ansiedad sobre el promedio. La disminución menos pronunciada de los niveles de ansiedad podría deberse a características personales de la situación del participante, como la convivencia con menores, la personalidad de la pareja o el tipo de trabajo. No obstante, estudios previos también indican que los pacientes con trastornos de consumo de sustancias valoran los estímulos emocionales de forma más extrema (Chicharro et al, 2012), pudiendo ser la explicación de dichos resultados.

Las habilidades de afrontamiento del participante mejoraron considerablemente. Inicialmente, la estrategia primaria era la evitación y el pensamiento negativo. Tras la intervención, se observó un aumento en las estrategias de distracción y pensamiento positivo, mostrando una evolución hacia métodos más constructivos para enfrentar el consumo de alcohol.

La percepción de autoeficacia y confianza situacional también mostró un incremento significativo. En situaciones de alto riesgo, como emociones desagradables, control sobre el consumo y conflictos sociales, la seguridad percibida aumentó considerablemente. Esto es crucial, ya que una mayor percepción de control está relacionada con una mayor probabilidad de mantener la abstinencia a largo plazo (Marlatt et al., 2002).

El participante mostró una notable progresión en la identificación emocional y un aumento en la seguridad en sí mismo y en sus habilidades de afrontamiento. Esta evolución sugiere que la intervención fue efectiva.

Aunque los resultados muestran que la intervención es efectiva, solo se han recogido muestras pre-post, por lo que es necesario realizar un seguimiento a los 6 y 12 meses para evaluar si se mantiene la abstinencia a largo plazo.

Las limitaciones del presente estudio son las inherentes a una prevención de recaídas en un caso único, como la falta de grupo de control, por lo que los resultados no pueden generalizarse a una población más amplia. Además, la abstinencia fue monitoreada mediante pruebas bioquímicas al inicio de las sesiones, lo que plantea la cuestión de si la abstinencia se mantendría sin estas evaluaciones. La posibilidad de la ruptura de la abstinencia podrá revelar nuevas variables no contempladas en este estudio, sugiriendo futuras líneas de investigación. En resumen, si bien la intervención parece eficaz, se requiere un análisis más exhaustivo y un seguimiento prolongado para confirmar su efectividad y durabilidad en la prevención de recaídas en trastornos por consumo de alcohol.

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos son alentadores y muestran una mejora significativa en las habilidades de afrontamiento y la autoeficacia del participante. La intervención ha logrado proporcionar herramientas valiosas que, con un seguimiento adecuado, pueden sostener la abstinencia a largo plazo y mejorar la calidad de vida del paciente.

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association (APA) (2022) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition revised, DSM-5-TR*. American Psychiatric Publishing.

Annis, H. M., y Graham, J. M. (1988). Situational Confidence Questionnaire (SCQ): User's guide. Toronto: *Addiction Research Foundation* of Ontario

Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation

Bowen S., Chawla N. y Marlatt A. (2011) Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness. Guía clínica. 1ª ed. Bilbao: Desclée d Brouwer

Carroll K., (1996) Relapse prevention as a psychosocial treatment: A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*. 4(1), 46-54.

Casas, E. y Peña, T. (2018) Relapse prevention programme effectiveness based on mindfulness, in order to decrease alcoholic patients craving. *Nure Investigación* 15(93)

<https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1324/828>

Coloma-Carmona, A. y Carballo, J.L (2022) Intervenciones breves en Secades Villa, R., García, G., y Fernández Artamendi, Sergio. (2022). Manual de conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento. (221-237) Pirámide.

Del río, F.J, Cabello, F., Cabello, M. y Aragón, J., (2018) Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI): análisis psicométrico y funcionamiento en una muestra de

drogodependientes y controles. *Universitas Psychologica*. 17(1), 80-89.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy17-1.caer>

Fernández-Serrano, M.J, Moreno, M., Verdejo-García, A. (2022) Evaluación neuropsicoógica En Secades Villa, R., García, G., y Fernández Artamendi, Sergio. (2022). Manual de conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento. (185-195) Pirámide.

Florez, G., Saíz, J. y Cuello, L. (2009) Alcohol. En Pereiro, C. (2009), Manual de adicciones para médicos especialistas en formación. *Socidroalcohol*.

García, R., Alonso, M. (2002) Evaluación en programas de prevención de recaídas: adaptación española del Inventario de Habilidades de Afrontamiento (CBI) de Litman en dependientes de alcohol. *Adicciones*. 14(4) 455-463

González, I. (2009) Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *RET: revista de toxicomanías*, 57, 12-17

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627227>

Henderson, C., Witkiewitz, K., George, W. y Marlatt, A., (2011) Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*. 6(17)

<https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>

Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. y Wang, M.C. (1999). Efficacy of Relapse Prevention: a meta – analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570. DOI: 10.1037//0022-006x.67.4.563

Lejuez, C.W., Magidson, J.F., Mitchell, S.H., Sinha, R., Stevens, M.C., y de Wit, H. (2010) Behavioural and biological indicators of impulsivity in the development of

alcohol use, problems, and disorders. *Alcohol Clin Exp Res*, 34(8), 1334-45.

doi: [10.1111/j.1530-0277.2010.01217.x](https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01217.x)

Litman, G.K., Stapleton, J., Oppenheim, A.N. y Peleg, M. (1983). An instrument for measuring coping behaviours in hospitalized alcoholics: Implications for relapse prevention and treatment. *British Journal of Addiction*, 78, 269-276

López, A. y Gutiérrez, V. (2020) Validación del cuestionario breve de confianza situacional en muestra clínica con drogodependencia. *Revista internacional de Investigación en Adicciones*. 6(2) DOI: 10.28931/riiad.2020.2.02

Luengo, M.A., Romero, E. y Gómez-Fraguela, J.A., (2000) Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas. *Editorial Compostela, S.A.*
https://minerva.usc.es/xmlui/bitstream/handle/10347/15520/2001_prevenicion_recaidas.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). Relapse Prevention: Theoretical rationale and overview model. En Marlatt, G.A., Gordon, J.R. (eds), *Relapse Prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviours*, 93-116. New York: Guildorf Press.

Marlatt, G. A., Parks, G. A. y Witkiewitz, K. (2002). *Clinical guidelines for implementing Relapse Prevention Therapy: A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. Seattle: University of Washington, Addictive Behaviors Research Center

- McCrary, B. S. (2000). Alcohol use disorders and the Division 12 Task Force of the American Psychological Association. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(3), 267–276. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.14.3.267>
- Miller, W. R. y Rollnick, S (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. The Guilford Press.
- Miller, W. R., y Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265–277. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2023) Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas en  https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm
- Moos, R. y Moos, B. (2006) Rates and predictors of relapse after natural and treated remission from alcohol use disorders. *Addiction*, 101(2), 212-222. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01310.x>
- Nguyen, L. C., Durazzo, T. C., Dwyer, C. L., Rauch, A. A., Humphreys, K., Williams, L. M., y Padula, C. B. (2020) Predicting relapse after alcohol use disorder treatment in a high-risk cohort: The roles of anhedonia and smoking. *Journal of psychiatric research*, 126, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.04.003>
- Oliva, F., Nibbio, G., Vizzuso, P., Jaretti, S., Ostacoli, L., Carletto, S., Picci, R.L., (2018) Gender differences in anxiety and depression before and after alcohol

detoxification: Anxiety and depression as gender-related predictors of relapse.

European Addiction Research. 24(4), 163-172

<http://dx.doi.org/publicaciones.umh.es:8080/10.1159/000490046>

Regadera, B. (2015) Alcohol and substance abuse relapse: An alternative treatment from the perspective of mindfulness. *InfoNova*. 27, 37-53.

Rehm, J., Rehm, M. X., Shield, K. D., Gmel, G., y Gual, A. (2013). Alcohol consumption, alcohol dependence and related harms in Spain, and the effect of treatment-based interventions on alcohol dependence. *Adicciones*, 25(1), 11–18.

Sánchez-Hervás, E., Llorente, J.M., García-Fernández, G. y Weidberg, S. (2022)

Tratamiento cognitivo- conductual. En Secades Villa, R., García, G., y Fernández Artamendi, Sergio. (2022). Manual de conductas adictivas: teoría, evaluación y tratamiento. (251-265) Pirámide

Sanz, J., Perdigón, A. L., y 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

Sharma A., Das, K., Sharma, S. y Gosh, A., (2021) Feasibility and preliminary effectiveness of internet-mediated 'relapse prevention therapy' for patients with alcohol use disorder: A pilot study. *Drug and Alcohol Review* 41(3), 641-645

<https://doi-org.publicaciones.umh.es/10.1111/dar.13395>

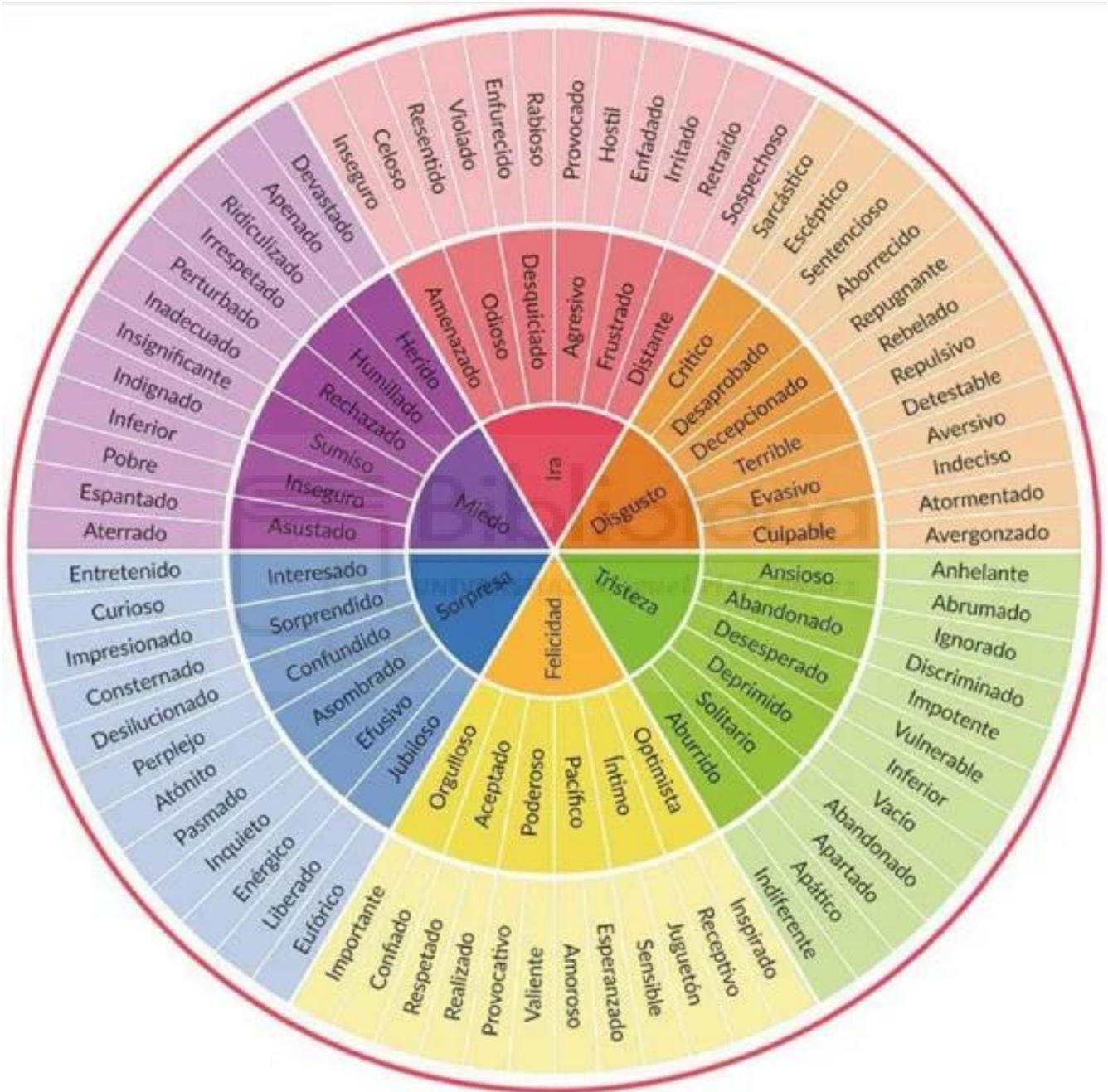
Sinha R. (2022). Alcohol's Negative Emotional Side: The Role of Stress Neurobiology in Alcohol Use Disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 42(1), 12.

<https://doi.org/10.35946/arcr.v42.1.12>

- Sliedrecht, W., de Waart, R., Witkiewitz, K. y Roozen, H., (2019) Alcohol use disorder relapse factors: a systematic review. *Psychiatry Research*, Vol 278, pp. 97-115.
- Spielberger C, Gorsuch R y Lushene R. (1982) STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire). California: Consulting Psychologists Press. Adaptación española. Madrid: Sección de Estudio de Tests. TEA Ediciones S.A.
- Sureshkumar, K., Kailash, S., Dalal, P. K., Reddy, M. M., y Sinha, P. K. (2017) Psychosocial Factors Associated with Relapse in Patients with Alcohol Dependence. *Indian journal of psychological medicine*, 39(3), 312–315.
<https://doi.org/10.4103/0253-7176.207337>
- Witkiewitz, K., Litten, R. Z., y Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science advances*, 5(9), eaax4043.
<https://doi.org/10.1126/sciadv.aax4043>

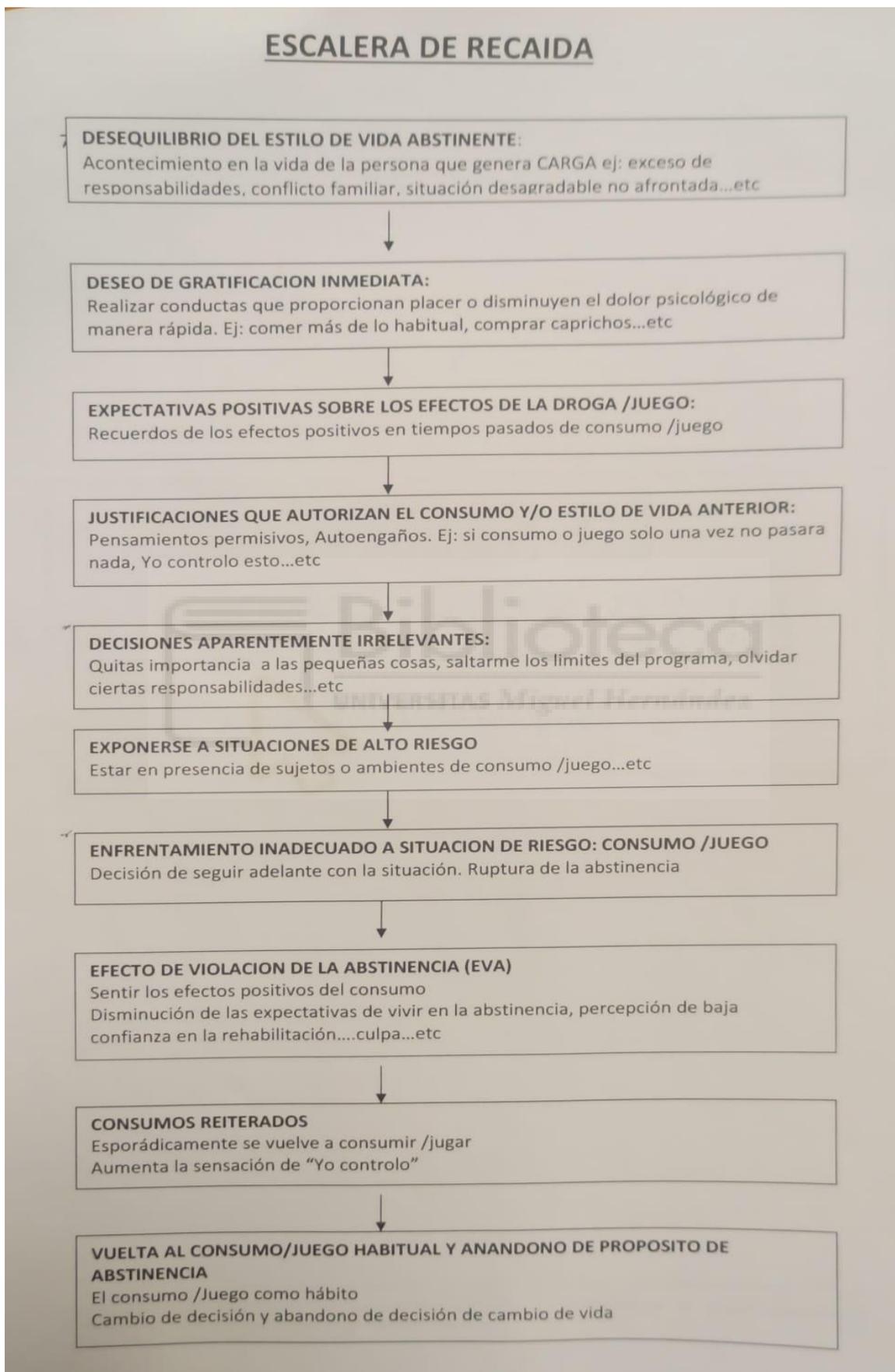
Anexos

ANEXO 1- La rueda de las emociones



—

ANEXO 2 – Desescalada de la Recaída



ANEXO 3-

LISTADO DE POTENCIALES ACTIVIDADES AGRADABLES (LPAA)

(Pleasant Events Schedule, MacPhillamy y Lewinsohn, 1982, revisado)

Instrucciones. A continuación, están listadas una serie de actividades. Por favor, anote en la columna FRECUENCIA con que frecuencia realiza esa actividad (nunca=0, algo=1, bastante=2, mucho=3, muchísimo=4) y en la columna de AGRADO, en que medida le gusta (nada=0, algo=1, bastante=2, mucho=3, muchísimo=4).

ACTIVIDAD	FRECUENCIA	AGRADO
1. Ir al campo 2. Hacer contribuciones a obras religiosas, caritativas o a otros grupos. 3. Hablar de deportes 4. Conocer a alguien nuevo 5. Ir a un concierto 7. Planificar excursiones o vacaciones 8. Comprarme cosas 9. Ir a la playa, a la piscina 10. Hacer trabajos artísticos (pintura, escultura, dibujo, cine, etc.) 11. Escalar o hacer montañismo, piragüismo... 12. Leer la Biblia u otros libros sagrados 13. Jugar al fútbol, baloncesto, tenis... 14. Asistir a actos militares 15. Reordenar o redecorar mi habitación o casa 16. Asistir a acontecimientos deportivos 17. Leer un libro, revista o artículo de bricolaje ("hágaselo usted mismo") 18. Ir a las carreras (de caballos, de coches, regatas, etc.) 19. Leer historias, novelas, poemas u obras de teatro 20. Ir a un bar, taberna, club, etc. 21. Asistir a conferencias 22. Respirar aire puro 23. Componer o hacer arreglos musicales 24. Hablar claramente, sin tapujos 25. Practicar navegación (de canoa, motor, vela, etc.) 26. Complacer a mis hijos, u otros familiares 27. Restaurar antigüedades, retocar los muebles, etc. 28. Ver la televisión 29. Hacer camping 30. Hablar de política		

<p>31. Trabajar con máquinas (coches, bicicletas, motocicletas, tractores, etc.</p> <p>32. Planear para el futuro</p> <p>33. Jugar a las cartas</p> <p>34. Completar una tarea difícil</p> <p>35. Reír</p> <p>36. Resolver un problema, acertijo, crucigrama, etc.</p> <p>37. Asistir a bodas, bautizos, comuniones, etc.</p> <p>38. Criticar a alguien</p> <p>39. Afeitarse</p> <p>40. Almorzar con amigos o socios</p> <p>41. Jugar al tenis</p> <p>42. Ducharse</p> <p>43. Trabajar la madera, carpintería</p> <p>44. Escribir historias, novelas, obras de teatro o poesía</p> <p>45. Estar con animales</p> <p>46. Montar en avión</p> <p>47. Explorar, hacer marchas, espeleología</p> <p>48. Conversar franca y abiertamente</p> <p>49. Cantar en grupo</p> <p>50. Trabajar en mi trabajo de siempre</p> <p>51. Ir a una fiesta o guateque</p> <p>52. Participar en funciones eclesiásticas, sociales, tómbolas benéficas, etc.</p> <p>53. Hablar un idioma extranjero</p> <p>54. Ir a reuniones cívicas o de club social, homenajes, etc.</p> <p>55. Ir a una reunión de negocios o a un congreso</p> <p>56. Pasear en un coche deportivo caro</p> <p>57. Tocar un instrumento musical</p> <p>58. Preparar sándwiches, canapés, etc.</p> <p>59. Esquiar</p> <p>60. Recibir ayuda</p> <p>61. Vestir informalmente</p> <p>62. Peinarme o cepillarme el pelo</p> <p>63. Actuar, representar un papel.</p> <p>64. Echarme la siesta</p> <p>65. Estar con amigos</p> <p>66. Enlatar, congelar, hacer conservas, etc.</p> <p>67. Conducir con rapidez</p> <p>68. Resolver un problema personal</p> <p>69. Darme un baño</p> <p>70. Cantar solo</p> <p>71. Preparar comida o hacer trabajos manuales para vender o regalar</p> <p>72. Hacer apuestas</p> <p>73. Estar con mis nietos</p>		
---	--	--

<p>74. Jugar al ajedrez o damas</p> <p>75. Realizar trabajos de artesanía (alfarería, joyería, cuero, perlas, telar, etc.)</p> <p>76. Rascarme</p> <p>88. Maquillarme, arreglarme el pelo</p> <p>89. Diseñar o hacer bocetos</p> <p>90. Visitar a personas enfermas, internadas o con problemas</p> <p>91. Brindar, animar una fiesta</p> <p>92. Jugar a los bolos</p> <p>93. Ser popular en una reunión</p> <p>94. Observar animales salvajes</p> <p>95. Tener una idea original</p> <p>96. Cuidar el jardín, trabajar y cuidar la tierra</p> <p>98. Leer ensayos o literatura teórica, académica o profesional</p> <p>99. Llevar ropas nuevas</p> <p>100. Bailar.</p> <p>101. Tomar el sol</p> <p>102. Montar en moto</p> <p>103. Sentarme y pensar</p> <p>104. Beber en compañía de otras personas</p> <p>105. Ver que suceden cosas buenas a mi familia o amigos</p> <p>106. Ir a una feria, carnaval, circo, zoo, parque de atracciones</p> <p>107. Hablar de historia, de religión, de política</p> <p>108. Jugar dinero</p> <p>109. Planear u organizar algo</p> <p>112. Escuchar los sonidos de la naturaleza</p> <p>113. Tener una cita, cortejar a alguien, etc.</p> <p>114. Conversar animadamente</p> <p>115. Participar en una carrera de coches, motos, barcos.</p> <p>116. Escuchar la radio</p> <p>117. Invitar a amigos a casa.</p> <p>118. Participar en una competición deportiva</p> <p>119. Presentar personas que posiblemente simpatizarán</p> <p>120. Hacer regalos</p> <p>122. Recibir masajes, sesiones corporales, etc.</p> <p>123. Recibir cartas, postales, notas.</p> <p>124. Observar el cielo, las nubes, una tormenta</p> <p>127. Comprar algo para mi familia</p> <p>128. Hacer fotos</p> <p>129. Dar una conferencia o discurso</p> <p>130. Consultar mapas</p>		
--	--	--

<p>131. Coleccionar objetos naturales (comidas o frutas salvajes, rocas, minerales...)</p> <p>132. Trabajar en mis finanzas, administrar mi dinero</p> <p>133. Llevar ropa limpia</p> <p>134. Realizar una compra importante o una inversión (coche, aparatos, casa, etc.)</p> <p>135. Ayudar a alguien</p> <p>136. Ir a la montaña</p> <p>137. Ser promocionado u obtener una distinción por lo realizado</p> <p>138. Oír chistes</p> <p>139. Ganar una apuesta</p> <p>140. Hablar de mis hijos o nietos</p> <p>141. Conocer a alguien nuevo de distintos sexos</p> <p>142. Asistir a la exaltación de un evento pasado, a una manifestación</p> <p>143. Hablar de mi salud</p> <p>144. Contemplar un paisaje hermoso</p> <p>145. Comer una buena comida.</p> <p>146. Mejorar mi salud (arreglar mi dentadura, ponerme gafas nuevas, cambiar mi dieta).</p> <p>147. Ir al centro de la ciudad</p> <p>148. Tocar en un grupo musical, cantar en una coral</p> <p>149. Caminar</p> <p>150. Visitar museos o exposiciones</p> <p>151. Escribir documentos, ensayos, artículos, reportajes, memorias, etc.</p> <p>152. Hacer bien un trabajo</p> <p>153. Tener tiempo libre</p> <p>154. Pescar</p> <p>155. Prestar algo</p> <p>156. Ser considerado sexualmente atractivo</p> <p>157. Complacer a otras personas importantes</p> <p>158. Aconsejar a alguien</p> <p>159. Ir a un gimnasio, un club deportivo</p> <p>160. Ser alabado</p> <p>161. Aprender a hacer algo nuevo</p> <p>162. Sentarme en una terraza y ver pasar a la gente</p> <p>163. Cumplimentar o alabar a alguien</p> <p>164. Pensar en la gente que me gusta</p> <p>165. Pertenecer a asociaciones, grupos, peñas, cofradías,</p> <p>166. Tomar la revancha</p> <p>167. Estar con mi familia</p> <p>168. Montar a caballo</p> <p>169. Protestar de las condiciones sociales, políticas, ambientales, etc.</p>		
---	--	--

<p>170. Hablar por teléfono</p> <p>171. Tener ensueños, fantasías,</p> <p>172. Jugar a la petanca o a la rana, o juegos semejantes.</p> <p>173. Ir a las reuniones donde encuentre gente del pasado.</p> <p>174. Ver personas famosas</p> <p>175. Ir al cine</p> <p>176. Besar</p> <p>177. Estar solo</p> <p>178. Planificar mi tiempo</p> <p>179. Cocinar</p> <p>180. Ser más astuto, más listo que otros</p> <p>181. Sentir la presencia del Dios en mi vida</p> <p>182. Hacer un trabajo a mi modo</p> <p>183. Hacer trabajos ocasionales en la casa</p> <p>184. Llorar</p> <p>185. Que me digan que se me necesita</p> <p>186. Ir a comer o cenar a un restaurante</p> <p>187. Ver u oler una flor o planta</p> <p>188. Ser invitado a casa de otros</p> <p>189. Recibir honores (cívicos, militares, académicos, etc.)</p> <p>190. Usar colonia, perfumes o lociones</p> <p>191. Que alguien esté de acuerdo conmigo</p> <p>192. Recordar, hablar de los viejos tiempos</p> <p>193. Levantarme temprano.</p> <p>194. Tener paz y tranquilidad.</p> <p>195. Hacer experimentos u otros trabajos científicos.</p> <p>196. Visitar amigos.</p> <p>197. Escribir en una agenda.</p> <p>198. Ser aconsejado.</p> <p>199. Rezar.</p> <p>200. Dar masajes.</p> <p>201. Meditar, hacer yoga.</p> <p>202. Ver una pelea.</p> <p>203. Hacer favores a la gente.</p> <p>204. Estar relajado.</p> <p>205. Pensar en los problemas de otros.</p> <p>206. Practicar juegos de mesa (Monopoli, parchís, etc.).</p> <p>207. Dormir profundamente por la noche.</p> <p>208. Hacer trabajo duro al aire libre (cortar o podar madera, limpiar la maleza, trabajar en el campo, etc.).</p> <p>209. Leer el periódico.</p> <p>210. Hacer algún deporte de riesgo</p>		
--	--	--

<p>211. Sorprender a alguien por mi indumentaria</p> <p>212. Hacer terapia de grupo, desarrollo de la consciencia corporal, sensibilidad, etc.</p> <p>213. Soñar durante la noche.</p> <p>214. Lavarme los dientes.</p> <p>215. Nadar.</p> <p>216. Correr, hacer gimnasia., ponerme en forma, hacer ejercicios deportivos.</p> <p>217. Andar descalzo.</p> <p>218. Jugar al escondite.</p> <p>219. Hacer labores domésticas o lavandería, limpiar cosas.</p> <p>220. Escuchar música.</p> <p>221. Discutir</p> <p>222. Hacer punto, ganchillo, bordado, cose</p> <p>223. Acariciar a tu pareja.</p> <p>224. Hablar de sexo.</p> <p>225. Ir a la, peluquería o a un salón de belleza.</p> <p>226. Tener invitados en casa.</p> <p>227. Estar con alguien que amo.</p> <p>228. Leer revistas.</p> <p>229. Levantarme tarde.</p> <p>230. Empezar un nuevo proyecto.</p> <p>231. Ser obstinado.</p> <p>232. Ir a la biblioteca.</p> <p>233. Preparar una comida nueva o especial.</p> <p>234. Observar a los pájaros.</p> <p>235. Ir de compras.</p> <p>236. Observar a las personas.</p> <p>237. Encender, mirar el fuego.</p> <p>238. Ganar una discusión.</p> <p>239. Vender o comerciar con algo.</p> <p>240. Terminar u proyecto o tarea.</p> <p>241. Disculparse.</p> <p>242. Reparar cosas.</p> <p>243. Trabajar en equipo.</p> <p>244. Montar en bicicleta.</p> <p>245. Decir a la gente lo que ha de hacer.</p> <p>246. Estar con personas alegres, felices.</p> <p>247. Practicar juegos en reuniones, guateques (prendas, botella "cerilla", etc.).</p> <p>248. Hablar de política o asuntos públicos.</p> <p>249. Pedir ayuda o consejo.</p> <p>250. Hablar de mis hobbies, o de mis intereses principales.</p> <p>251. Mirar a mujeres u hombres atractivos.</p> <p>252. Sonreír a la gente.</p>		
---	--	--

<p>253. Jugar en la arena, en el río, en la hierba, etc.</p> <p>254. Estar con mi marido o mi mujer</p> <p>255. Que otras personas se muestren interesadas en lo que yo digo</p> <p>256. Expresar mi amor a alguien</p> <p>257. Cuidar de las plantas domésticas</p> <p>258. Tomar café, té, un refresco, etc. con amigos</p> <p>259. Coleccionar cosas</p> <p>260. Defender una buena causa</p> <p>261. Recordar a un amigo o amado ausente</p> <p>262. Trabajar y jugar con los niños</p> <p>263. Recibir felicitaciones</p> <p>264. Que me digan que me aman</p> <p>265. Acostarme tarde</p> <p>266. Tener familiares o amigos de los que me siento orgulloso</p> <p>267. Hacer trabajos de voluntariado, servicios a la comunidad</p> <p>267. Practicar deportes acuáticos (por ej.: bucear).</p> <p>268. Recibir dinero</p> <p>269. Defender o proteger a los débiles, parar el fraude</p> <p>270. Leer comics, libros de humor</p> <p>271. Viajar</p> <p>272. Asistir a un concierto, opera o ballet o al teatro</p> <p>273. Contemplar las estrellas, los planetas o la luna</p> <p>274. Aprender cosas</p>		
--	--	--

ANEXO 4- Reestructuración Cognitiva

SITUACIÓN <i>¿Qué sucedió?</i>	PENSAMIENTO <i>¿Qué pensé?</i>	EMOCIÓN <i>¿Qué sentí?</i>	ACCIÓN <i>¿Qué hice?</i>
 <p data-bbox="891 635 1659 863">Biblioteca UNIVERSITAS Miguel Hernández</p>			

ANEXO 5- Distorsiones Cognitivas

DISTORSIONES COGNITIVAS		
Filtraje – Abstracción Selectiva	Fijar la atención en los detalles negativos de cualquier situación	Antonio sale de una reunión de trabajo y piensa que ha ido mal porque ha olvidado comentar un dato (cuando ha sido muy productiva)
Pensamiento polarizado	Se considera únicamente los 2 extremos: las cosas buenas o las cosas malas	“Todo lo malo me pasa a mí”. “Solo me pasan cosas malas”
Sobre generalización	Se extrae una conclusión negativa de un simple incidente y se anticipa el mismo desenlace ante circunstancias similares.	Ante una ruptura sentimental: “Nadie me va a querer nunca si me conoce realmente. No podré confiar más en nadie.”
Interpretación del pensamiento - Error del adivino	Sin mediar palabra, la persona sabe qué sienten los demás y por qué se comportan de determinada manera.	Hablando con su jefe, José piensa: “Está valorando mi propuesta, pero sé que piensa que soy un incompetente” “Yo lo conozco y sé que va a hacer o decir eso”
Visión catastrófica	Esperar que ocurra lo peor ante cualquier situación.	Ana y Pedro han dejado salir solo a su hijo por primera vez. Piensan que puede tener un accidente.
Personalización	Hacerse responsable de ellos propios actos y de los actos de los demás.	Sé que lo que acaba de decir, lo ha dicho por mí.
Etiquetas Globales	Generalizar cualidades de un juicio negativo global. Normalmente acompaña al verbo “ser”, se toma como un rasgo estable.	Soy un payaso, siempre hago el ridículo.
Los Deberías	Reglas que se aplican de manera rígida sobre nuestras obligaciones o las de los demás.	Ante la depresión de su madre, piensa: soy una mala hija, debería haberme dado cuenta antes.

Razonamiento emocional	Suponer que las emociones que se sienten en un momento dado reflejan la realidad.	Me siento poco inteligente, por tanto, debo ser tonto. Me siento como una basura, por tanto, debo ser muy mala.
-------------------------------	---	--



ANEXO 6- Los derechos asertivos

LOS DERECHOS ASERTIVOS**¿QUÉ SON?**

Definimos derechos asertivos, como aquellos que los seres humanos asumimos y tenemos por el sólo hecho de ser personas. Esto implica que son válidos para nosotros, pero igualmente para todos lo demás. Ejercerlos implica lealtad hacia ti mismo y respeto hacia los demás. Todo un aprendizaje y un ejercicio de equilibrio.

Recuerda que estos derechos se supeditan a uno principal, que es el derecho a decidir si deseas hacerlos servir o no, y el criterio para tomar tal decisión será siempre personal. No olvides que todos cuantos le rodean tienen estos mismos derechos, no sólo tu. Ejerce tus derechos en libertad y respetando los derechos de quienes te rodean.

LISTADO:

1. Tengo derecho a ser tratado con respeto y dignidad.
2. Tengo derecho a tener y expresar mis propias opiniones y creencias.
3. Tengo derecho a interrumpir, a pedir información y aclaraciones.
4. Tengo derecho a detenerme y pensar antes de actuar.
5. Tengo derecho a experimentar y expresar mis propios sentimientos, así como a ser su único juez.
6. Tengo derecho a decir “no” sin sentir culpa.
7. Tengo derecho a pedir lo que quiero.
8. Tengo derecho a tener mis propias necesidades y que estas necesidades sean tan importantes como las de los demás.
9. Tengo derecho a no satisfacer las necesidades y expectativas de otras personas y comportarme siguiendo mis propios intereses.
10. Tengo derecho a no anticiparme a los deseos y necesidades de los demás y a no tener que intuirlos.
11. Tengo derecho a protestar cuando se me trata injustamente.
12. Tengo derecho a sentir y expresar el dolor.
13. Tengo derecho a no estar pendiente de la buena voluntad de los demás.
14. Tengo derecho a elegir entre responder o no hacerlo.
15. Tengo derecho a cambiar de opinión o a cambiar mi forma de actuar.

16. Tengo derecho a no tener que justificarme ante los demás.
17. Tengo derecho a cometer errores.
18. Tengo derecho a hacer menos de lo que soy capaz de hacer.
19. Tengo derecho a decidir qué hacer con mis propiedades, cuerpo, tiempo...
20. Tengo derecho a gozar y disfrutar.
21. Tengo derecho a mi descanso y aislamiento cuando así lo decida.
22. Tengo derecho a tener éxito y superarme, aun superando a los demás.
23. Tengo derecho a no ser perfecto.
24. Tengo derecho a tomar decisiones ilógicas.
25. Tengo derecho a no necesitar la aprobación del otro.
26. Tengo derecho a decir "no lo sé".
27. Tengo derecho a elegir si queremos dar o no explicaciones.
28. Tengo derecho a elegir si me hago o no responsable de los problemas de los demás.
29. Tengo derecho a pedir ayuda o apoyo emocional.
30. Tengo derecho a expresar críticas y a protestar por un trato injusto, pero siempre de forma respetuosa a los demás.
31. Tengo derecho a intentar cambiar lo que no me satisface.
32. Tengo el derecho a ser el primero a veces. No decir "lo que quieras" cuando tengo una preferencia.
33. Tengo el derecho de ignorar los consejos de los demás.
34. Tengo el derecho de recibir el reconocimiento por un trabajo bien hecho, tanto ajeno como propio.
35. Tengo derecho a estar solo, aun cuando los demás deseen mi compañía.

ANEXO 7- Técnicas de comunicación asertiva

TÉCNICA	FUNCIONAMIENTO	EJEMPLO
El Sándwich	<p>Se utiliza cuando buscamos un cambio de conducta en la otra persona o aplicar una crítica constructiva.</p> <p>Se hace una crítica constructiva mediante capas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pan: elogio. - Carne: la petición o el comentario y explicación. - Pan: agradecimiento y mensaje positivo. 	<< Me encanta lo proactivo que eres, Juan, pero me gustaría que antes de realizar cambios lo hablásemos en equipo, porque luego llegamos a reuniones con el cliente y no damos buena imagen, aunque sé que lo haces con tu buen hacer.>>
Banco de Niebla	<p>Sirve para responder a críticas sin hacer confrontación directa ni ser impulsivo.</p> <p>Consiste en crear una distracción mediante una serie de frases que, sin ceder en nuestra postura inicial y reconociendo los argumentos de los demás, conseguimos cortar la comunicación.</p> <p>La cuestión es, ¿estoy de acuerdo con lo que dice?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sí: “es verdad” “sí, tienes razón”. - Quizá: “Puede ser” “Tal vez”. - No: “Entiendo” “Comprendo lo que dices” 	<p><<- Eres muy blanda como jefa, deberías ser más estricta.</p> <p>+ Quizá sea muy blanda, puede ser.>></p> <p><<- Eres muy injusto, has sido mala persona.</p> <p>+ Entiendo.>></p>
Disco rayado	<p>Consiste en repetir una y otra vez el argumento que apoye nuestro punto de vista hasta que la otra persona se dé cuenta de que no va a lograr su objetivo.</p>	<p><<Buenos días, le llamo de la compañía de teléfono GrannyCall, era para ofrecerle una promoción, ¿quiere un nuevo iPhone gratis?</p> <p>+ No gracias, no estoy interesado.</p> <p>- ¿Y un televisor de pantalla plana?</p> <p>+ No, gracias.</p> <p>- ¿Está seguro? Es totalmente gratuito.</p> <p>+ No estoy interesado, gracias</p>
Redirección	<p>Consiste en cambiar el enfoque de la conversación para evitar temas conflictivos y poner la atención en algo más constructivo, evitando así que en las discusiones se mezclen temas.</p>	<<En lugar de discutir sobre quién tuvo la culpa, ¿por qué no pensamos cómo podemos resolverlo juntos?>>

		<< ¿Y si dejamos ese tema para luego y ahora nos centramos en este problema?>>
Espacio para Reflexión	En situaciones muy tensas, tomar un momento para reflexionar o sugerir un tiempo de espera puede ser útil para evitar reacciones impulsivas.	<<Creo que es mejor si tomamos un tiempo para pensar y retomamos esta conversación más tarde>>
Pregunta Abierta	Hacer preguntas abiertas permite que la otra persona exprese sus pensamientos y sentimientos, lo que puede ayudar a desescalar una situación tensa	<< ¿qué crees que podríamos hacer para mejorar esta situación?>>
Declaraciones "Yo"	Consiste en usar afirmaciones centradas en ti mismo para expresar tus sentimientos y necesidades sin culpar a los demás. Esto evita el lenguaje acusador y que los demás puedan sentirse ofendidos.	<<En lugar de decir "Siempre haces todo mal", puedes decir "Yo me siento frustrado cuando las cosas no salen como se planeó".>>
Bucle abierto	Se trata de hacer preguntas abiertas para fomentar la conversación y entender mejor la perspectiva de la otra persona. Esto ayuda a construir empatía y mantener un diálogo constructivo. Al finalizar, puedes tomar una decisión con la información que has obtenido de las preguntas.	<<Entiendo que estás molesto, ¿puedes explicarme qué fue lo que te hizo sentir así?>>



INFORME DE EVALUACIÓN DE INVESTIGACIÓN RESPONSABLE DE 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)

Elche, a 9/02/2024

Nombre del tutor/a	Ainhoa Coloma Carmona
Nombre del alumno/a	Marina Gómez Martínez
Tipo de actividad	5. Sin implicaciones Asistencial
Título del 2. TFM (Trabajo Fin de Máster)	Prevención de recaídas en un caso de trastorno de conductas adictivas
Evaluación de riesgos laborales	No solicitado/No procede
Evaluación ética humanos	No solicitado/No procede
Código provisional	240124015225
Código de autorización COIR	TFM.MPG.ACC.MGM.240124
Caducidad	2 años

Se considera que el presente proyecto carece de riesgos laborales significativos para las personas que participan en el mismo, ya sean de la UMH o de otras organizaciones.

La necesidad de evaluación ética del trabajo titulado: **Prevención de recaídas en un caso de trastorno de conductas adictivas** ha sido realizada en base a la información aportada en el formulario online: "TFG/TFM: Solicitud Código de Investigación Responsable (COIR)", habiéndose determinado que no requiere ninguna evaluación adicional, puesto que se trata de un trabajo de práctica clínica asistencial docente, es decir, no tiene fines científicos y, por tanto, no se pretende publicar los resultados en una revista científica. Es importante destacar que si la información aportada en dicho formulario no es correcta este informe no tiene validez.

Por todo lo anterior, **se autoriza** la realización de la presente actividad.

Atentamente,

Alberto Pastor Campos
Jefe de la Oficina de Investigación Responsable
Vicerrectorado de Investigación y Transferencia