



Universidad Veracruzana

Instituto de Investigaciones Psicológicas

Región Xalapa

Doctorado en Psicología

## **Factibilidad de la Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol en Adultos con Síntomas Depresivos**

Tesis para obtener el grado de Doctor en  
Psicología

Presenta:

**Mtro. Diego Alejandro Garcés Rojas**

Comité tutorial:

Dr. Jorge Luis Arellanez Hernández

Dra. Shoshana Berenzon Gorn

Dra. Alejandra Núñez de la Mora

Marzo de 2025

“Lis de Veracruz: Arte, Ciencia, Luz”



Universidad Veracruzana

Instituto de Investigaciones Psicológicas  
Región Xalapa

Doctorado en Psicología

***Factibilidad de la Terapia de Activación Conductual para  
Consumo Nocivo de Alcohol en Adultos con Síntomas  
Depresivos***

Tesis para obtener el grado de Doctor en  
Psicología

Presenta:

Mtro. Diego Alejandro Garcés Rojas

Comité Tutorial:

Dr. Jorge Luis Arellanez Hernández, Director

Dra. Shoshana Berenzon Gorn, Asesora

Dra. Alejandra Núñez de la Mora, Asesora

## **Dedicatoria o agradecimientos**

Dedico esta tesis a mis padres, cuyo amor y apoyo incondicional han sido la base de todos mis logros. Gracias por enseñarme el valor de la educación y por creer en mí en todo momento. A Pepito, que con su compañía y ánimo constante hicieron este viaje mucho más llevadero. A mis hermanos Jairo y Mario, que con su apoyo emocional logré salir adelante muchas veces.

Quiero expresar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que hicieron posible la realización de esta tesis:

A mi director de tesis, el Dr. Jorge Arellanez, por su invaluable orientación, paciencia y consejos. Su dedicación y pasión por la investigación fueron una fuente constante de inspiración.

A mi comité tutorial, la Dra. Shoshana Berenzon y la Dra. Alejandra Núñez, cuya guía y aportes me ayudaron a tener claridad en mis ideas y fueron fundamentales para la culminación de este trabajo.

Al Mtro. Javier Bianchi, que desde la maestría me ha acompañado y apoyado en mi crecimiento como investigador.

A CONAHCYT, por proporcionarme los recursos necesarios y un ambiente propicio para el desarrollo de este trabajo.

A los miembros del Instituto de Investigaciones Psicológicas, quienes con su alegría y amabilidad me hicieron muy amena las mañanas y tardes de escritura en la oficina.

Y finalmente, a todos aquellos que de una manera u otra contribuyeron al desarrollo de esta tesis, gracias por su apoyo y colaboración. Sin ustedes, este logro no habría sido posible.

# Índice

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Resumen .....                                                                                                        | 5  |
| Abstract.....                                                                                                        | 7  |
| Introducción.....                                                                                                    | 9  |
| Justificación.....                                                                                                   | 11 |
| Capítulo I. Generalidades sobre el consumo de alcohol.....                                                           | 14 |
| Capítulo II. La depresión.....                                                                                       | 21 |
| Capítulo III. Activación conductual.....                                                                             | 26 |
| Capítulo IV. Evaluación y factibilidad de las intervenciones.....                                                    | 39 |
| Capítulo V. Estudio de la factibilidad de la terapia de activación conductual para el consumo nocivo de alcohol..... | 45 |
| Discusiones .....                                                                                                    | 65 |
| Conclusiones .....                                                                                                   | 69 |
| Limitaciones y recomendaciones .....                                                                                 | 71 |
| Referencias.....                                                                                                     | 74 |
| Anexos.....                                                                                                          | 83 |

## **Resumen**

A nivel mundial, el consumo nocivo de alcohol es una de las principales causas de mortalidad, superando incluso a varias enfermedades crónicas y de transmisión. Este problema no solo tiene implicaciones físicas, sino también psicológicas, ya que existe una alta comorbilidad entre los síntomas depresivos y el consumo abusivo de alcohol. La relación entre estas dos condiciones puede crear un círculo vicioso en el que el consumo de alcohol exacerba los síntomas depresivos, y viceversa, lo que complica el tratamiento y la recuperación de las personas afectadas.

Diversos especialistas en psicología clínica han desarrollado una serie de intervenciones que han permitido atenuar una serie de malestares emocionales, tal es el caso de la Terapia de Activación Conductual (TAC), que surgió como una intervención prometedora en el tratamiento de la depresión. Esta terapia se centra en ayudar a las personas a aumentar su exposición en actividades que son valiosas y que ayudan a mejorar su estado de ánimo. Actualmente, diversos estudios han demostrado la efectividad de la TAC en la reducción del consumo de algunas sustancias (como el tabaco y la marihuana), sugiriendo que, al abordar los síntomas depresivos subyacentes, se puede también disminuir el consumo nocivo o la dependencia de estas sustancias psicoactivas.

Dado el potencial de la TAC, en el presente trabajo de investigación se adaptó para impactar el consumo nocivo de alcohol, denominando al protocolo: Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol y síntomas depresivos (TACA). Se consideró pertinente evaluar su factibilidad y eficacia preliminar específicamente en personas con un consumo nocivo de alcohol y la presencia de síntomas depresivos. Para ello, se diseñó un estudio pre-experimental que incluyó la aplicación pretest, intertest y posttest. Se conformaron dos grupos de comparación: uno intervenido, que recibió la terapia, y otro no intervenido; lo que permitió observar y comparar los cambios en ambos grupos a lo largo de la intervención.

Los resultados fueron prometedores en el grupo intervenido. La adaptación de la TACA no solo cumplió con los criterios de factibilidad, demostrando que es una intervención viable para esta población, sino que también mostró una disminución significativa en los síntomas depresivos y en la frecuencia del consumo de alcohol. Estos hallazgos sugieren que la TACA

puede ser una herramienta eficaz para abordar la comorbilidad entre el consumo nocivo de alcohol y la depresión.

En términos generales, es posible concluir que la evaluación de la TACA ha proporcionado una evidencia valiosa sobre su factibilidad y eficacia preliminar. Estos resultados apoyan la implementación de la TACA como una intervención útil en programas de tratamiento para personas que luchan con el consumo nocivo de alcohol y la depresión. No obstante, se recomienda la realización de estudios adicionales con diseños más robustos, como ensayos clínicos aleatorizados, para confirmar estos hallazgos y explorar más a fondo los mecanismos a través de los cuales la TACA puede beneficiar a esta población.

**Palabras clave:** Factibilidad, Activación Conductual, Depresión, Consumo nocivo de alcohol, Hombres, Adultos.

## **Abstract**

Worldwide, harmful alcohol consumption is one of the leading causes of mortality, surpassing even several chronic and communicable diseases. This issue not only has physical implications but also psychological ones, as there is a high comorbidity between depressive symptoms and alcohol consumption. The relationship between these two conditions can create a vicious circle where alcohol consumption exacerbates depressive symptoms, and vice versa, complicating the treatment and recovery of affected individuals.

Various specialists in clinical psychology have developed are many interventions that have made it possible to alleviate a series of emotional discomforts, such as the case of the Behavioral Activation Therapy (BAT), emerged as a promising intervention for treating depression. This therapy focuses on helping individuals increase their engagement in valuable activities that help improve their mood. Currently, various studies have demonstrated the effectiveness of BAT in reducing the consumption of certain substances (tobacco and mariguana), suggesting that by addressing underlying depressive symptoms, abuse or dependency on these psychoactive substances can also be reduced.

Given the potential of BAT, in this research was adapted and named Behavioral Activation Therapy for Harmful Alcohol Consumption (BATA). It was deemed pertinent to evaluate its feasibility and preliminary efficacy specifically in individuals with harmful alcohol consumption and depressive symptoms. For this purpose, a pre-experimental study was designed, including the application of pretest, intertest, and posttest measures. Two comparison groups were formed: an intervention group, which received the therapy, and a non-intervention group. This design allowed for the observation and comparison of changes in both groups throughout the intervention.

The results were promising. The adaptation of BATA not only met feasibility criteria, demonstrating that it is a viable intervention for this population, but also showed a significant reduction in depressive symptoms and the frequency of alcohol consumption in the intervention group. These findings suggest that BATA can be an effective tool for addressing the comorbidity between harmful alcohol consumption and depression.

In general, is possible to conclude that the assessment of the BATA has provided valuable evidence regarding its feasibility and preliminary efficacy. These results support the implementation of BATA as a useful intervention in treatment programs for individuals struggling with harmful alcohol consumption and depression. However, additional studies with more robust designs, such as randomized clinical trials, are recommended to confirm these findings and further explore the mechanisms through which BATA can benefit this population.

**Keywords:** Feasibility, Behavioral Activation, Depression, Alcohol abuse, Men, Adults.

## Introducción

A nivel mundial, la mortalidad por el consumo nocivo de alcohol es mayor que la causada por otras enfermedades crónicas o transmisibles; por ello es imperioso la prevención o intervención para un consumo controlado, incluso, algunos países como México, han llegado a crear leyes o impuestos a fin de disminuir el consumo nocivo de bebidas alcohólicas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2019a).

A nivel psicológico, el consumo nocivo de alcohol está relacionado con estados de ánimo depresivos y con el empleo de estrategias de afrontamiento inefectivas, como una forma de evitación o escape a ciertas afectaciones emocionales (Grant et al., 2017). De acuerdo con la Sociedad de Psicología Clínica, División 12 de la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés), la Terapia de Activación Conductual cuenta con un fuerte apoyo empírico en el tratamiento de la depresión, cuyo objetivo es que los consultantes incrementen las actividades reforzantes que les genere cierto nivel de satisfacción y propósito en su vida (American Psychological Association, 2024).

En este sentido, el presente estudio buscó analizar la factibilidad de la adaptación de un programa de intervención basado en el Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD, por sus siglas en inglés) en población con síntomas depresivos y con consumo nocivo de alcohol. En primer lugar, a través de un enfoque cuantitativo, se evaluó la opinión de un grupo de jueces respecto a la calidad teórico-técnica de la intervención. Posteriormente, mediante un diseño pre-experimental con mediciones pre, inter y post intervención, se seleccionó por conveniencia a un grupo de personas que aceptaron participar en el estudio, conformando dos conglomerados: uno intervenido y otro no intervenido.

Para el estudio de factibilidad se tomó en cuenta la tasa de reclutamiento, retención, abandono, como la aceptación de la intervención por parte de los participantes; para medir los indicadores de cambio se aplicó la Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT), la Escala para la Depresión de Zung (ZDS) y la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADSD), con la expectativa de que el programa resultara factible y demostrara una eficacia preliminar en la disminución de síntomas depresivos y del consumo nocivo de alcohol.

Los estudios de factibilidad en la psicología clínica son cruciales, dado que permiten evaluar la viabilidad inicial de una intervención antes de realizar ensayos clínicos aleatorizados en términos de eficacia o costo-efectividad. Estos estudios identifican posibles problemas de implementación, optimizan el diseño del tratamiento y aseguran la aceptación de la intervención tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de la salud. Esto aumenta las probabilidades de éxito en estudios posteriores y garantiza que los recursos se utilicen de manera eficiente (Leon et al., 2011; Bowen et al., 2009).

Además, los estudios de factibilidad ofrecen los elementos necesarios para establecer la justificación necesaria para obtener financiamiento adicional y apoyo institucional, lo que contribuye al cuerpo de evidencia necesario para integrar nuevos tratamientos en la práctica clínica. Al establecer la viabilidad y la aceptabilidad de las intervenciones, estos estudios ayudan a mejorar la calidad de la atención y los resultados para los pacientes, asegurando que las innovaciones se implementen de manera efectiva en entornos reales (Proctor et al., 2011; Sekhon et al., 2017).

El presente manuscrito se ha organizado en cinco capítulos; en el primero se hace un recorrido por la historia, definición y problematización del consumo de alcohol a nivel internacional y en México; en el segundo capítulo, se encuentra la historia, conceptualización y problematización de la depresión y su correlación con el consumo de alcohol. En el tercer capítulo, se profundiza en los modelos de intervención e instrumentos de medición para el alcohol y la depresión desde una mirada conductual; el cuarto capítulo, se enfoca en la revisión de la terapia de activación conductual, su desarrollo histórico, teoría que la sustenta y evidencia empírica en diversos trastornos, especialmente en el consumo nocivo de alcohol. Por su parte, en el capítulo cinco, se reporta el abordaje metodológico y los hallazgos del estudio de la factibilidad de la Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol y síntomas depresivos (TACA). Finalmente, se ofrecen algunas discusiones, conclusiones, así como ciertas limitaciones y recomendaciones para la realización de otros estudios con una perspectiva similar.

## Justificación

A nivel mundial, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) reportó que el consumo nocivo de alcohol oscila entre 6.5% y 28.6%, para el caso de Latinoamérica, la ingesta problemática oscila entre 18.6% y 76.9%, siendo el grupo de edad de 18 a 34 años el que registra mayor prevalencia (CICAD, 2019).

Así también, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019b), señaló que el 44.8 % de alcohol consumido en el mundo está relacionado con bebidas espirituosas o blancas; seguida por la cerveza (34.3%) y el vino (11.7%); es importante resaltar que en México el consumo está relacionado con prácticas culturales, donde el 71.0 % de los adultos jóvenes son consumidores de alcohol y 7.0% en el estado de Veracruz (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

Por otra parte, se ha identificado que la depresión es muy común cuando se presenta un consumo nocivo de alcohol, enfermedad mental más frecuente. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021), la prevalencia de síntomas de depresión es del 15.4 % de la población. Algunos estudios concluyen que existe una relación estrecha entre el consumo de alcohol y síntomas depresivos (Brenner et al., 2020; Li et al., 2020; Puddephatt et al, 2022; Watts et al., 2023); así también, Pedrelli et al. (2016) indican que tanto el consumo semanal como el consumo excesivo de alcohol aumentan el riesgo de desarrollar síntomas depresivos en el adulto joven, destacando que esta relación es bidireccional; es decir, la depresión también puede incrementar el consumo de alcohol.

El consumo nocivo de alcohol puede generar otro tipo de problemas psicológicos que dificultan su recuperación, como el caso de las personas con síntomas depresivos dado que promueve el mantenimiento del consumo como estrategia de escape al malestar emocional. Se han realizado estudios como el de González-Roz, et al. (2016) en el que al reducir la sintomatología depresiva se incrementa la abstinencia al consumo del tabaco. Por su parte, Sánchez-Ángulo, et al. (2020) mostraron que los efectos terapéuticos positivos en el consumo de sustancias estuvieron relacionados con la intervención de síntomas depresivos y de ansiedad.

Al encontrar reportes de resultados favorables de las investigaciones antes mencionadas, nació el interés de trabajar con otras sustancias como el alcohol, que es la droga lícita de mayor impacto.

La Activación Conductual (AC) se perfila como una estrategia eficaz para mejorar el bienestar de personas con consumo nocivo de alcohol, al abordar la comorbilidad con los síntomas depresivos. Mediante la Ley de Igualación, esta intervención puede influir en la reducción del consumo de alcohol al modificar los patrones de conductuales asociados.

Como se ha señalado, la AC es una terapia de tercera generación que fue reconocida como un tratamiento para la depresión con fuerte apoyo empírico por la Sociedad de Psicología Clínica (APA, 2024), tiene características parsimoniosas que facilitan el entrenamiento de terapeutas. Cabe precisar, que es más corta que las clásicas intervenciones cognitivo-conductuales usadas en el tratamiento de consumo o abuso de sustancias, si bien ha mostrado tener efectividad en problemas emocionales y afectivos; y se ha comprobado un efecto positivo en distintos grupos etarios. Es por estas razones que se pretende evaluar la factibilidad de un programa de intervención basado en la activación conductual para personas con consumo nocivo al alcohol y síntomas depresivos.

Debido al alto consumo de alcohol y las distintas consecuencias que genera en quienes generan un patrón de abuso, es que puede llegar a ser fundamental desarrollar programas de intervención dirigidos a lograr una modificación en respuestas emocionales y consumo responsable de alcohol, que sean de gran impacto y amplia cobertura como lo será la adaptación TACA, ya que la AC cuenta con diferentes beneficios y efectividad mostrada en trastornos depresivos, ansiedad y recientemente en la abstinencia del consumo de tabaco, marihuana y alcohol (Baeza-Torres, et al., 2021; Martínez, et al., 2019). Además, al ser una problemática social que no solamente afecta a México sino al mundo, se espera aportar a la salud pública como una nueva alternativa de intervención que impacta directamente a este problema.

La TACA puede ser una estrategia novedosa en el tratamiento del consumo nocivo de alcohol debido a su enfoque en modificar patrones conductuales que perpetúan el consumo. A diferencia de otras terapias que tienden a centrarse más en los aspectos cognitivos, la TACA se basa en la premisa de que el cambio conductual puede conducir a una mejora en el estado emocional y a la reducción de los síntomas depresivos, que frecuentemente coexisten con el abuso de sustancias (Hopko et al., 2003). Diversos estudios han demostrado que la intervención conductual es efectiva en el tratamiento de la comorbilidad entre depresión y consumo de sustancias, sugiriendo que modificar los hábitos

de actividad puede disminuir tanto los síntomas emocionales como el uso problemático de alcohol (Baeza-Torres et al., 2021; Pott et al., 2022).

Además, aporta a la vida de las personas con consumo nocivo de alcohol el desarrollo de nuevas habilidades de afrontamiento que les permita la construcción de una vida más satisfactoria sin depender del alcohol. Esto es especialmente útil para aquellos que luchan con la comorbilidad de la depresión y el abuso de alcohol, proporcionándoles herramientas concretas para manejar ambos problemas de manera simultánea (Daughters et al, 2018; Delgadillo et al, 2015; Reynolds et al, 2011).

Por otra parte, se ofrece a las y los terapeutas, una intervención con enfoque estructurado y empírico para tratar el consumo nocivo de alcohol. La evidencia sugiere que esta terapia puede ser tan efectiva como otros tratamientos más complejos, pero con la ventaja de ser fácil de implementar y replicar (Daughters et al., 2018).

Finalmente, puede señalarse que el estudio ayudará a fortalecer la base científica de las prácticas clínicas en el tratamiento del abuso de sustancias y puede contribuir a la creación de protocolos de tratamiento más efectivos y accesibles, beneficiando a la comunidad de salud mental en su conjunto (Martell et al., 2010). Es de esta manera que surge la pregunta sobre ¿qué tan factible es la intervención basada en la Terapia de Activación Conductual dirigida a adultos con consumo nocivo de alcohol y sintomatología depresiva?

## Capítulo I. Generalidades sobre el consumo de alcohol

La historia del consumo de alcohol se remonta a tiempos prehistóricos. Se cree que la fermentación, el proceso natural por el cual los azúcares se convierten en alcohol y dióxido de carbono fue descubierta accidentalmente cuando los primeros humanos dejaron alimentos ricos en azúcares al aire libre (Patrick, 1952). Este descubrimiento condujo a la producción espontánea de bebidas alcohólicas. Así, civilizaciones antiguas como la egipcia y la china ya poseían conocimientos sobre la fermentación y la destilación. Por ejemplo, el vino y la cerveza han sido bebidas comunes en diversas culturas (Escohotado, 2008).

Entre los siglos VIII y XVII, el desarrollo de técnicas de destilación fue un hito importante en la historia del alcohol. La destilación es un proceso mediante el cual se separan los componentes líquidos de una mezcla mediante calor y enfriamiento. Esta técnica permitió la creación de bebidas destiladas más fuertes y puras, como el *brandy*, el *ron* y el *gin* (Inglis, 1994).

Durante la Edad Media y el Renacimiento, los alquimistas árabes, perfeccionaron el uso del alambique, un dispositivo fundamental para la destilación (Smith, 2004). Para este periodo, la producción de alcohol aumentó con la elaboración de cerveza en monasterios y la destilación de licores. Aunque el consumo de alcohol estaba presente en la vida cotidiana empezó a existir preocupaciones sobre el exceso y la embriaguez (Burnett, 1999).

En el siglo XVII, se desarrollaron en Europa las columnas de destilación, lo que permitió una mayor pureza y concentración de alcohol (Roud, 1989). Estos avances tecnológicos culminaron en la Edad Moderna, permitiendo la producción comercial de bebidas alcohólicas destiladas que tuvieron un impacto significativo en las culturas y economías de diversas sociedades (Lehmann, 1996); sin embargo, en Inglaterra, durante este siglo, la disponibilidad de *gin* a bajo costo llevó a un aumento del consumo excesivo, conocido como la "*epidemia del gin*" (Nicholls, 2009).

Con la industrialización (Siglo XIX), el consumo de alcohol se volvió más accesible y frecuente entre las clases trabajadoras. En este período se dio un aumento en el consumo nocivo de alcohol y la percepción de sus efectos negativos en la salud y la sociedad. Algunos movimientos sociales surgieron en respuesta a estos problemas, promoviendo la moderación y, en algunos casos, la abstinencia (Blocker et al., 2003).

De esta forma, la revolución industrial trajo avances tecnológicos en la producción y transporte de bebidas alcohólicas; se mejoraron los procesos de destilación y embotellado, lo que facilitó la distribución a gran escala; sin embargo, en el siglo XX, la preocupación por el consumo irresponsable de alcohol llevó a medidas como la Prohibición en Estados Unidos (1920-1933), que buscó eliminar el consumo de alcohol, pero tuvo efectos secundarios no deseados, como la proliferación del mercado negro y el crimen organizado. Tras la prohibición, se adoptaron políticas menos estrictas que combinaron la regulación con la educación sobre el consumo responsable (Fisher, 1929; Moya-Barba, 2023).

Como es posible apreciar, a lo largo de la historia el consumo de alcohol ha desempeñado un papel importante en diversas culturas como parte de rituales religiosos, celebraciones y eventos sociales. También ha sido fuente de inspiración para la creación artística y literaria. En tiempos más recientes, el consumo irresponsable de alcohol se ha considerado como un problema global de salud pública (OMS, 2018), ha existido un aumento en la percepción sobre los riesgos para la salud asociados con el consumo nocivo de alcohol; por ejemplo, los debates sobre la legalización y regulación, así como las discusiones sobre la responsabilidad social en la promoción del consumo de alcohol (Cañarte-Quimis et al., 2023). Las políticas actuales se centran más en la prevención, la educación y el tratamiento de los problemas relacionados con el alcohol, reconociendo la necesidad de abordar tanto los factores individuales como los contextos sociales y culturales que contribuyen al consumo nocivo (OMS, 2018).

Con base en la evidencia expuesta hasta ahora, puede concluirse que el consumo poco controlado o la ingesta de grandes cantidades hasta el punto de la intoxicación es lo que conduce a las consecuencias mencionadas anteriormente; precisamente en ese aspecto se busca prevenir o intervenir.

Para entender los tipos de consumo de alcohol será necesario hacer una revisión de definiciones y criterios de manuales diagnósticos. Tal es el caso del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5, por sus siglas en inglés), que define los trastornos relacionados con el alcohol como un grupo de condiciones que involucran el consumo problemático, donde se presentan patrones de uso que llevan al deterioro de la salud física, problemas en el ámbito social o familiar, y afectación en el desempeño laboral o académico. Estos trastornos se agrupan en una categoría amplia que incluye el trastorno por

consumo de alcohol, intoxicación por alcohol, abstinencia de alcohol y otros trastornos relacionados con el alcohol (American Psychiatric Association, 2024).

Por otra parte, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), los trastornos relacionados con el consumo de alcohol se caracterizan por patrones de ingesta de alcohol etílico o etanol, una sustancia con propiedades embriagantes que se obtiene de la fermentación de azúcares presentes en productos como frutas, cereales y verduras, con o sin un proceso posterior de destilación. Este consumo problemático puede generar consecuencias negativas significativas, incluyendo daños físicos, psicológicos, sociales o funcionales. Existen diferentes tipos de alcohol con concentraciones que varían entre el 1.5% y el 60.0%, los cuales tienen la capacidad de provocar intoxicación, dependencia y, en caso de interrupción repentina, síntomas de abstinencia (OMS, 2017).

De acuerdo con la frecuencia de consumo y consecuencias físicas y mentales, la OMS hace una clasificación (Babor, et al. 2001; National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2022):

- Abstinencia al alcohol: Se refiere al no consumo de la sustancia, por lo que no hay consecuencias físicas ni mentales.
- Consumo excesivo o *binge drinking*: se da por atracones de alcohol en un solo momento de al menos 60g.
- Consumo de riesgo: es un patrón de consumo que aumenta la vulnerabilidad de presentar consecuencias perjudiciales para la salud física y mental, sin embargo, no se ha alcanzado el nivel de causar daño (mujeres entre 20g y 40g, hombres entre 40g y 60g promedio diario).
- Consumo nocivo: este patrón de consumo lleva a presentar consecuencias en la salud física y mental además de dificultades en el entorno social (mujeres 40g o más, hombres 60g o más promedio diario).
- Dependencia: es un consumo problemático que genera afectaciones conductuales, cognitivas y fisiológicas por un consumo repetido de alcohol, también incluye un deseo repetido de consumir alcohol, dificultad para controlarlo, persistencia del consumo a pesar de las consecuencias aversivas, dedicación de tiempos prolongados al consumo, aumento de tolerancia y abstinencia física cuando el consumo es interrumpido.

El consumo de alcohol a nivel mundial es un fenómeno extendido y diverso. De acuerdo con algunos datos epidemiológicos, aproximadamente 55% de la población mundial mayor de 15 años ha consumido alcohol en algún momento de su vida. Esto equivale a alrededor de 3.3 mil millones de personas; sin embargo, las tasas de consumo varían significativamente de un país a otro y están influenciadas por una serie de factores socioculturales (OMS, 2018).

Los países con mayor consumo de alcohol per cápita son principalmente aquellos ubicados en Europa Oriental y Europa del Este. Moldavia ocupa el primer lugar, con un consumo promedio de aproximadamente 15 litros de alcohol puro por persona al año. Le siguen países como Lituania, Bielorrusia y Rusia. Estas cifras reflejan una cultura arraigada en el consumo de alcohol en estas regiones, donde las bebidas alcohólicas forman parte de las tradiciones y costumbres locales (OMS, 2018).

En México, de acuerdo con el Informe sobre la Situación Global del Consumo de Alcohol 2018, el consumo per cápita fue de 6.5 litros por persona (11.1 en hombres y 2.1 en mujeres), cifra ligeramente superior a la media mundial (6.4 litros per cápita; OMS, 2018).

De acuerdo con Suárez y Clua-García (2021), el consumo de alcohol es una conducta normalizada en muchas culturas y se ingiere tanto en celebraciones de alegría como en rituales, así como cuando aparecen ciertas emociones relacionadas con la tristeza. Aunque el alcohol es una sustancia lícita y socialmente aceptada, su consumo nocivo puede ser perjudicial para la salud física y mental, por tal razón, diferentes países han llegado a establecer leyes y normas para restringir su consumo como la prohibición de venta a menores de edad, aumento en costos e impuestos y restricción horaria para su venta.

Las bebidas con alcohol son sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central que pueden llegar a causar dependencia. Se estima que el uso nocivo causa 2.5 millones de muertes al año, siendo en su mayoría adultos jóvenes; además, el consumo de bebidas alcohólicas ocupa el tercer lugar en factor de riesgo para la salud, ya que está relacionado con enfermedades transmisibles como la tuberculosis e infección por VIH; enfermedades no transmisibles como enfermedades digestivas, enfermedades cardiovasculares, al menos siete tipos de cánceres, depresión, ansiedad y diferentes tipos de demencias; tiene consecuencias en diversas áreas de la vida de una persona, por ejemplo afecta en gran medida las relaciones sociales, el desempeño en el trabajo, el manejo de las finanzas, aparecen conflictos familiares

y de pareja; además de causar accidentes de tránsito, suicidios, violencia, conductas sexuales de riesgo y uso de otras sustancias psicoactivas (Acosta, et al., 2011; OMS, 2022)

Como se ha podido observar, existe una amplia información sobre las consecuencias del consumo de bebidas alcohólicas. En México, desde hace varias décadas se han desarrollado diversas fuentes de información que han permitido tener una idea de la magnitud y complejidad de este fenómeno.

Por ejemplo, la Encuesta Nacional de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017, realizada con población abierta, señala que el alcohol es la droga legal de mayor impacto, donde 71.0% de la población entre 12 y 65 años ha consumido esta sustancia por lo menos una vez en su vida y 33.6% ha reportado un consumo excesivo los doce meses previos a la encuesta (consumo de cinco copas o más por ocasión en el caso de los hombres, o cuatro copas o más para las mujeres (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 2017).

En años más recientes la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 (Ensanut Continua, 2022) reveló que el 55.5% de la población adulta reportó consumo actual de alcohol. Además, las prevalencias de consumo excesivo en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días fueron del 40.4% y 19.1%, respectivamente. Estos índices fueron significativamente mayores en hombres que en mujeres (Ramírez-Toscano et al., 2023).

Particularmente en el estado de Veracruz, y más específicamente en la ciudad de Xalapa, el Sistema de Información Epidemiológica de Consumo de Drogas de los Centros de Integración Juvenil (CIJ, 2024) revelan que el alcohol es la droga de mayor impacto en el 14.2% de las personas que llegan a solicitar tratamiento a esta institución, el 47.6 % de la población reporta haber consumido alcohol en el último mes, el 76.1 % en el último año, y el 86.6 % alguna vez en la vida. Estos datos muestran que esta es la sustancia que reporta una mayor prevalencia de consumo.

Considerando los datos epidemiológicos, es evidente que hay un alto consumo de bebidas con alcohol en la población mexicana, y particularmente parece que el abuso de este tipo de sustancias conlleva al deterioro de la salud física y mental, pues como ya se ha señalado, el consumo nocivo de alcohol se refiere a la ingesta de esta sustancia en exceso, que puede poner en riesgo el desarrollo y salud de las personas, afectando negativamente sus relaciones con el entorno (Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC], 2018). A nivel internacional, se ha reportado que la mortalidad por el consumo nocivo de alcohol es

mayor que la causada por otras enfermedades crónicas, por ejemplo, cardiovasculares, hepáticas, accidentes de tránsito y trastornos mentales (OMS, 2022). Asimismo, el consumo de alcohol potencialmente peligroso en los adultos es cercano al 20 %, y muchos trastornos mentales y físicos son parcial o totalmente atribuibles a su ingesta en exceso (OMS, 2018).

El consumo nocivo de alcohol puede generar otro tipo de problemas psicológicos que dificultan su recuperación, como el caso de las personas con síntomas depresivos, ya que promueve el mantenimiento del consumo como estrategia de escape al malestar emocional (Sheynin et al., 2019). En efecto, Calarco y Lobo (2020) mencionan que entre el 40-60 % de quienes abusan de drogas también presentan algún trastorno mental, mientras que aproximadamente el 20% de las personas con trastornos depresivos tienen un trastorno de consumo de alcohol. Además, Restrepo et al. (2018) han demostrado que existe una correlación positiva entre la presencia de trastornos depresivos con el consumo de alcohol.

Ahora bien, es importante entender, existe una relación entre el consumo nocivo de alcohol con la presencia de otros trastornos que pueden llegar a presentarse de forma simultánea, a esto se le llama comorbilidad, y la interacción de ambas características puede llegar a dificultar la evolución de quienes las presentan (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2022a).

Uno de los trastornos relacionados de manera estrecha con el consumo de alcohol es la depresión. Entre algunas correlaciones se incluyen aspectos genéticos, biológicos, psicológicos, emocionales, sociales y ambientales (Otten et al., 2017). Los factores genéticos y biológicos juegan un papel importante en esta relación, ya que ciertas personas tienen una mayor predisposición a desarrollar tanto la depresión como la dependencia al alcohol debido a la influencia de los genes y el funcionamiento de ciertos neurotransmisores.

Por otro lado, los factores psicológicos y emocionales, como el estrés, la ansiedad o la depresión, pueden llevar a una persona a buscar alivio en el consumo de alcohol como una forma de escape o como una manera de lidiar con sus emociones desagradables. Además, los factores sociales y ambientales, como el entorno familiar, la disponibilidad del alcohol y el refuerzo social, también pueden influir en esta relación, ya que un entorno negativo o una cultura que normaliza el consumo excesivo de alcohol pueden aumentar el riesgo de desarrollar tanto depresión como problemas de consumo (McHugh y Weiss, 2019; Troncoso-González y González-García, 2020).

De acuerdo con Ibáñez, et al. (2020) la comorbilidad entre trastornos del estado del ánimo y trastornos por uso de sustancias es común y agrava el pronóstico de ambos trastornos, o como lo mencionan en el estudio de García-Aurrecochea et al. (2008), la depresión puede ser un factor de riesgo para el tratamiento del consumo y viceversa. Identificar y abordar los síntomas del estado de ánimo en personas con problemas de consumo de alcohol presenta un desafío significativo en la práctica clínica.

Aunque los trastornos del ánimo pueden surgir como consecuencia del consumo de sustancias, la evidencia sugiere que, en la mayoría de los casos, el trastorno del ánimo es primario (Gómez-Coronado et al., 2018). Por lo tanto, el hecho de que alguien esté consumiendo sustancias no debería impedir el tratamiento oportuno del trastorno del ánimo; sin embargo, es importante no descuidar el tratamiento de ambos, ya que abordar únicamente un solo trastorno no resolverá el problema en general (Otten et al., 2017).

En suma, puede precisarse que el consumo de alcohol está asociado con un mayor riesgo de desarrollar depresión. De acuerdo con McHugh y Weiss (2019) las personas que consumen alcohol de manera excesiva tienen más probabilidades de experimentar síntomas depresivos y desarrollar depresión clínica en comparación con aquellas que no consumen alcohol en exceso y las personas con depresión tienen mayor riesgo a presentar conductas de consumo como estrategia de evitación al malestar emocional.

Por todo lo anterior, se considera importante llevar a cabo un enfoque integrado para el tratamiento de ambos trastornos, utilizando intervenciones basadas en la evidencia que hayan demostrado eficacia en la comorbilidad. El tratamiento debe centrarse en la recuperación, fomentando la adherencia al tratamiento y la reintegración social del individuo afectado (Mueser et al., 2003). Por esta razón en el capítulo II se describe el trastorno más prevalente y comórbido con el consumo de alcohol.

## Capítulo II. La depresión

La historia de la depresión tiene raíces antiguas que se remontan a la antigua Grecia y Roma, donde se describían síntomas que hoy podrían asociarse con esta enfermedad. Hipócrates, conocido como el Padre de la Medicina, acuñó el término "melancolía" para describir un estado de ánimo depresivo. Durante la Edad Media, las explicaciones sobre la depresión estaban frecuentemente vinculadas a interpretaciones religiosas y espirituales, atribuyendo los síntomas a posesiones demoníacas o castigos divinos. Sin embargo, durante el Renacimiento, resurgió el interés por las explicaciones naturalistas y la conexión mente-cuerpo en la salud mental (Velásquez, 2022).

En los siglos XVIII y XIX comenzó a reconocerse la depresión como una condición clínica separada, y la clasificación de las enfermedades mentales avanzó con el tiempo. A finales del siglo XIX, Emil Kraepelin distinguió entre la psicosis maníaco-depresiva (actualmente trastorno bipolar) y la depresión unipolar. En el siglo XX, la comprensión de la depresión evolucionó con el desarrollo de la psicología y la psiquiatría modernas. La teoría psicoanalítica de Sigmund Freud exploró las raíces psicológicas de la depresión, y se desarrollaron diversas teorías y enfoques de tratamiento, incluyendo terapias psicodinámicas, conductuales, cognitivas, humanistas y farmacoterapia (Sadowsky, 2021).

En la década de 1950, se introdujeron los primeros antidepresivos, como la imipramina, marcando el inicio de una era en la que los tratamientos farmacológicos se convirtieron en parte integral de la gestión de la depresión. Más tarde, la publicación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), en sus diversas ediciones, influyó en la clasificación y diagnóstico de la depresión, estandarizando los criterios de diagnósticos (García, 2019).

Con el tiempo, la comprensión de la depresión ha crecido y se ha vuelto más abierta la conversación sobre la salud mental, luchando contra el estigma asociado con los trastornos mentales. Actualmente, existen diversos enfoques terapéuticos para el tratamiento de la depresión, siendo fundamentales la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y otras formas de psicoterapia. Además, se han desarrollado nuevos medicamentos antidepresivos con menos efectos secundarios (Pérez-Esparza, 2017).

Al hacer el recorrido por la historia de la depresión, se observa que hay una evolución de cómo se entienden los síntomas y cómo han ido cambiando los objetivos para tratarla; sin embargo, aún queda mucho camino para seguir investigando y aportando a la mejoría de la salud mental.

La depresión es el trastorno mental más frecuente a nivel mundial, tanto así, que algunos autores como Aguado et al. (2005) lo llaman el resfriado común de las enfermedades mentales. De acuerdo con la OMS (2022), la depresión afecta 3.8% de la población y puede aparecer como una respuesta emocional a situaciones cotidianas que si no es intervenida a tiempo puede desencadenar un estado de depresión recurrente o con intensidad moderada a grave, lo cual puede afectar las áreas de ajuste como laboral, familiar, escolar, social, afectiva e incluso problemas de salud física como autolesiones, consumo de sustancias o el suicidio (cuarta causa de muerte en personas de 15 a 29 años).

En México, la depresión también es el trastorno más prevalente, afecta al 5.3% de la población, seguido por el trastorno por consumo de alcohol, que afecta al 3.3% (Secretaría de Salud, 2022). Como una problemática de salud pública es alarmante que exista una brecha del 73.6% de la población que presenta este padecimiento y no recibe atención adecuada y basada en la evidencia (Secretaría de Salud, 2022).

Según la definición de la American Psychiatric Association (2024) en el DSM 5, el trastorno depresivo se caracteriza por la presencia de ánimo triste, sensación de vacío o irritabilidad que ocurren en compañía de cambios somáticos y cognoscitivos, que afectan directamente las diferentes áreas de funcionamiento de una persona. Depende de la duración, presencia temporal y etiología, presenta la siguiente clasificación:

- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
- Trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo persistente.
- Trastorno disfórico premenstrual.
- Trastorno depresivo inducido por una sustancia.
- Trastorno depresivo debido a otra afección médica.
- Trastorno depresivo especificado.
- Trastorno depresivo no especificado.

Por su parte, la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 11, clasifica los trastornos afectivos como: episodio maníaco, trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente, trastorno afectivo persistente, otros trastornos afectivos, trastorno afectivo no especificado. Así mismo, plantea un sistema de clasificación de riesgos psicosociales que pretende adicionar los factores asociados al diagnóstico clínico (OMS, 2017).

Desde una postura conductual, la depresión lleva a generar conductas en función de evitación o escape a eventos aversivos que son reforzadas negativamente y llevan al aumento o mantenimiento de estas (Martell, et al. 2001). El análisis funcional de la conducta muestra las relaciones funcionales y mantenedores de las conductas depresivas desde lo que las provoca hasta las consecuencias que se obtienen (Skinner, 1968), entendiendo el análisis ABC como (A) antecedente, (B) conducta, (C) consecuencia.

A = Hora de levantarse

B = Cefalea, llanto, pensamientos de minusvalía y de culpa, quedarse en cama viendo redes sociales.

C = Disminuye el malestar emocional al evitar ir a estudiar

En este sentido, Lewinsohn, et al. (1973) analizaron funcionalmente cómo se produciría la reducción de la tasa de respuestas contingentes al refuerzo positivo, proceso por el cual se provocaría la depresión. Según los autores, podrían haber ocurrido cambios en las contingencias vigentes en la vida del individuo, tales como (1) interrupción de la disponibilidad de reforzadores; (2) falta de repertorio para producir reforzadores; y (3) pérdida de eficacia de los reforzadores.

De acuerdo con Abreu y Abreu (2017) la triple contingencia puede ser explicada de la siguiente manera:

En primer lugar, una persona podría deprimirse al presentarse un cambio en su ambiente, de modo que los antiguos reforzadores ya no estuvieran disponibles; por ejemplo, la pérdida de un familiar, cambio de trabajo, cambio de ciudad, en el que ya no está su apoyo social, amigos, familiares o cualquier otro elemento que fuese reforzante y ya no pueda obtenerlo. Lo anterior explica la reducción de tasa de respuestas contingentes al

reforzamiento positivo, lo que lleva que una persona pierde oportunidades de responder de manera efectiva a su ambiente.

En segundo lugar, puede que los reforzadores permanezcan disponibles en el ambiente; sin embargo, por la historia de aprendizaje del sujeto no goza con repertorios para obtenerlos. El déficit de habilidades como la asertividad y la empatía o el exceso de conductas aversivas como la agresividad hacia los demás, dificulta la adquisición de refuerzos disponibles del ambiente.

En tercer lugar, la erosión del reforzador puede explicarse como la pérdida en la efectividad de refuerzo de eventos que una vez sirvieron como reforzadores positivos. Esta disminución de la susceptibilidad al reforzador se puede observar en la falta de motivación del sujeto depresivo para iniciar y continuar ciertas actividades.

La concepción clásica de la depresión de Lewinsohn et al. (1973), fuertemente influenciado por Ferster (1973), requiere otra observación sobre el efecto del refuerzo positivo. La razón del contacto con los reforzadores positivos no es que resulte en múltiples experiencias de placer, lo que puede llevar a pensar en un mundo hedonista como el componente antidepresivo del sufrimiento humano; sino, más bien, es el contacto con fuentes estables y diversas de refuerzo lo que, en última instancia, mantendría repertorios estables de salud psicológica (Kanter, et al., 2009).

Sobre esta base es que también puede entenderse la correlación entre la depresión y el consumo de alcohol, a través del condicionamiento operante. La teoría sugiere que las personas que experimentan síntomas depresivos pueden recurrir al consumo de alcohol como un medio para aliviar temporalmente su malestar emocional (refuerzo negativo). Al consumir alcohol, los individuos pueden experimentar una reducción momentánea de los síntomas depresivos, lo que refuerza la conducta de consumo de alcohol y aumenta la probabilidad de recurrencia de este patrón conductual (Skinner, 1968). Estudios como el de Hussong et al. (2001) indican que el consumo de alcohol en respuesta a síntomas depresivos puede servir como una estrategia de afrontamiento desadaptativa que perpetúa el ciclo de consumo de alcohol y depresión.

Además, el condicionamiento operante sugiere que las consecuencias del consumo de alcohol, como la disminución de la ansiedad social y el aumento de la interacción social, pueden actuar como reforzadores positivos que mantienen la conducta de consumo; sin

embargo, a largo plazo, el uso repetido de alcohol como estrategia de afrontamiento puede conducir a una mayor vulnerabilidad a la depresión debido a los efectos neurobiológicos del alcohol y las consecuencias negativas de las conductas asociadas, como los conflictos interpersonales, familiares y los problemas laborales (Conger, 1956). En estudios como el de Carver et al. (1994) encontraron que las personas que utilizan el alcohol para enfrentar el estrés tendían a desarrollar síntomas depresivos más severos con el tiempo, lo que subraya la importancia de abordar tanto el consumo de alcohol como la depresión en el tratamiento conductual.

En efecto, la relación entre la depresión y el consumo de alcohol ha sido ampliamente estudiada; por ejemplo, El estudio de Boden y Fergusson (2011) revela que el trastorno por consumo de alcohol duplica el riesgo de desarrollar depresión mayor, con un *odds ratio* ajustado agrupado entre 2.00 y 2.09. Los análisis de heterogeneidad reflejaron variabilidad en los diseños de los estudios, mientras que estudios avanzados controlaron factores de confusión observados y no observados, confirmando la asociación y subrayan la importancia de tratar ambos trastornos de manera integrada ( $p < .0001$ ). Este hallazgo permite concluir que el consumo de alcohol puede facilitar el desarrollo de síntomas depresivos a través de varios mecanismos psicológicos y biológicos, incluyendo los efectos neurotóxicos del alcohol y las consecuencias negativas de las conductas asociadas al consumo excesivo.

Además, la relación entre la depresión y el consumo de alcohol es bidireccional, lo que implica que no solo el consumo de alcohol puede inducir depresión, sino que las personas con depresión son más propensas a usar alcohol como una forma de regulación emocional. Un metaanálisis realizado por Sullivan et al. (2005) demostró que los problemas de alcohol son frecuentes en personas con depresión mayor, con una prevalencia media del 16% para problemas actuales y del 30% a lo largo de la vida, en comparación con el 7% y 16%-24%, respectivamente, en la población general. Estos problemas relacionados al consumo empeoran el curso de la depresión, elevando el riesgo de recaídas y reduciendo la probabilidad de recuperación, con tasas de readmisión hospitalaria más altas ( $p = .004$ ) y menor recuperación (25% frente a 55%,  $p = .05$ ). Además, incrementan el riesgo de síntomas suicidas severos ( $p < .001$ ) y el uso de servicios de salud, como días de hospitalización (199 frente a 100,  $p < .002$ ) y visitas ambulatorias (200 frente a 141,  $p < .002$ ), lo cual resalta la necesidad de abordar de forma integrada ambos problemas.

### **Capítulo III. Activación conductual**

Las terapias de tercera generación han revolucionado la forma en que la psicología aborda los desafíos de la conducta humana. Entre ellas se encuentra la terapia de activación conductual (AC), que otorga gran importancia a la conducta. La AC propone la realización de actividades o la exposición a situaciones placenteras que involucren el contacto con refuerzos positivos y que mejore el estado de ánimo (Abreu y Abreu, 2017; Bianchi y Henao, 2015).

El objetivo de este tratamiento es generar un cambio en la conducta de la persona y su estado de ánimo y para lograrlo, es importante que los nuevos patrones conductuales estén dirigidos a alcanzar objetivos valiosos y que exista una alta probabilidad de que sean reforzadas por el entorno (Maero y José-Quintero, 2016).

La AC es una intervención ideográfica; sin embargo, no es esencialmente individual, ya que se usan protocolos de intervención adaptados a diversas poblaciones después de haber realizado un análisis funcional de la conducta problema. Las raíces de esta terapia se encuentran en los primeros trabajos de Skinner y en el enfoque conductual radical. Actualmente existen algunas adaptaciones, como el BATD que se basan en la Ley de Igualación (Lejuez et al, 2011).

#### **Ley de Igualación**

Basado en el condicionamiento operante, en el que se explica que es más probable repetir o mantener conductas que llevan a consecuencias apetitivas, y menos probable repetir o mantener conductas que llevan a consecuencias aversivas, surge la Ley de Igualación propuesta por Herrnstein (1961), después de haber realizado un experimento con un programa concurrente de intervalo variable aplicado en palomas. El cual consistía en la presentación de dos botones en una caja a las aves, cada uno llevaba a tasas de recompensa de alimento, las palomas picaban el botón que generaba mayor recompensa de comida más frecuente que el otro botón y lo hicieron a un ritmo similar a la tasa de recompensa.

Staddon (1986) explica que este experimento se ha aplicado en otras especies, otras respuestas instrumentales y otras recompensas, se resume en la relación:

$$x/y = R(x) / R(y)$$

x/y son medias de tasas de respuesta a las dos alternativas

R(x) y R(y) son las tasas de reforzamiento obtenidas.

Todas las medidas son *molares* (promedios en el tiempo)

De acuerdo con el autor, la Ley de Igualación es una relación entre el comportamiento y el entorno durante un programa de refuerzo concurrente, es decir, que la tasa de respuesta de una persona en su entorno será proporcional a la cantidad o duración del refuerzo obtenido; por lo que cuando se proporciona más refuerzo positivo, más alta es la tasa de respuesta y viceversa.

A partir de esta base teórica surge la Terapia de Activación Conductual (TAC), es un enfoque de tratamiento circunscrito en las terapias de tercera generación que se fundamenta en las explicaciones conductuales del desarrollo de sintomatología depresiva que conlleva la reducción de reforzadores ambientales; es decir, que la depresión puede ser explicada por la reducción de refuerzos positivos de conductas saludables, y aumento de refuerzo de las conductas depresivas o no saludables (Ferster, 1973; Lewinsohn, 1974; Lejuez, et al., 2011).

Este enfoque está arraigado en la filosofía del contextualismo funcional, la cual enfatiza que la conducta debe comprenderse en relación con el contexto en que ocurre y su función, en lugar de centrarse únicamente en factores internos (Hayes, 2001). En este sentido, la Activación Conductual busca restablecer patrones de conducta saludables mediante la exposición gradual a reforzadores positivos, considerando que el entorno tiene un papel central en el mantenimiento y cambio de comportamientos (Martell et al, 2001).

Por ello, la TAC se centra en abordar la evitación conductual de ambientes reforzadores, dado que esta evitación contribuye al mantenimiento de conductas depresivas o la inactividad. El objetivo más importante de esta terapia es la reducción de la conducta con función de escape o evitación y el incremento de actividades alternativas reforzantes, para esto, es necesario monitorear su actividad actual y programar actividades que estén direccionadas a los valores en la vida de la persona (Veale, 2008; Carvalho & Hopko, 2011).

## Activación conductual para la depresión

Como se revisó anteriormente, la TCC ha mostrado ser la que más evidencia empírica tiene en casos de adicciones y en patología dual, pero actualmente la Activación Conductual (AC) está tomando reconocimiento en este ámbito, por sus beneficios de fácil entrenamiento, reducción en tiempo y mantenimiento de mejoría a largo plazo (Garcés-Rojas y Romero-Moreno, 2017).

Como ya se ha señalado, la AC se basa en principios conductuales (moldeamiento, refuerzo y castigo) y la Ley de Igualación propuesta por Herrnstein (1961), la cual menciona que las tasas de respuesta son igualmente proporcionales a las tasas de reforzamiento, dicho en otras palabras, si las propiedades reforzantes de las conductas depresivas van en incremento, las conductas saludables disminuirán pero por medio de la intervención, al aumentar la fuente de reforzadores al tiempo se disminuirán las conductas depresivas (Hopko, et al., 2003; Lejuez, et al., 2011). Esto proyecta a ser aplicable en la comorbilidad de la depresión y el consumo nocivo de alcohol, pues al estar estrechamente relacionados en el mantenimiento uno del otro, es probable que, al intervenir desde la TACA, las personas beneficiadas encuentren un incremento de placer o percepción de reforzadores en el ambiente y al mismo tiempo, disminuya el consumo de alcohol.

Un hito importante en el desarrollo de la AC sucede con el desmantelamiento de la TCC por Jacobson et al. (1996), quien demostró que AC, la activación con modificación de pensamientos automáticos [AT] y la terapia cognitiva completa [CT] fueron igualmente efectivas en reducir los síntomas depresivos al final del tratamiento y en el seguimiento a seis meses. Los puntajes de depresión, medidos con el Inventario de Depresión de Beck [BDI], disminuyeron a un promedio de 9.1 ( $SD = 7.9$ ) en AC, 10.6 ( $SD = 9.3$ ) en AT y 10.1 ( $SD = 9.6$ ) en CT, y en el seguimiento a seis meses fueron de 8.5, 9.3 y 10.3, respectivamente, sin diferencias significativas ( $F(2,132) < 1$ , ns). En la Escala de Hamilton para la Depresión [HRSD], los puntajes promedio al final del tratamiento fueron 6.4 ( $SD = 4.6$ ) en BA, 6.9 ( $SD = 5.8$ ) en AT y 7.2 ( $SD = 6.7$ ) en CT, y en el seguimiento fueron 6.6, 7.7 y 6.4, también sin diferencias significativas ( $F(2,132) < 1$ , ns). La tasa de mejoría fue del 62.3 % y la de recuperación clínica fue del 51.5 % en los tres tratamientos, lo que indica que AC, un enfoque más simple, es tan eficaz como las intervenciones más complejas de la terapia cognitiva

Años más tarde, el estudio de Gortner et al. (1998) evaluó la efectividad a largo plazo de tres modalidades de TCC para la depresión: AC, AT, y CT, con 151 participantes. El estudio midió la recuperación y la prevención de recaídas durante un seguimiento de dos años. Entre el 50% y 60% de los pacientes se recuperaron al final del tratamiento en los tres grupos, sin diferencias significativas en las tasas de recuperación. A los 24 meses, el 35% de los participantes en AC y el 47% en CT experimentaron recaídas, y en promedio, los pacientes estuvieron sin síntomas el 75% del tiempo. Estos resultados indican que la activación conductual podría ser tan efectiva como la TCC completa para prevenir recaídas, cuestionando la teoría de Beck que sostiene que las intervenciones cognitivas son esenciales para evitar la recurrencia de la depresión. La simplicidad de AC, junto con su potencial eficacia, sugiere que podría ser una alternativa rentable y accesible, reduciendo la complejidad y el costo de las intervenciones sin comprometer la efectividad en el tratamiento de la depresión.

Posteriormente, Lejuez, et al. (2001) propusieron una versión de 12 sesiones a la que llamaron BATD; años más tarde, Kanter, et al. (2009) presentaron otro modelo donde explican desde la teoría que sustenta la AC y la estructura de su tratamiento; más tarde, Martell, et al. (2010) incluyen una extensión del tratamiento de Jacobson et al. (2001) con apartados del monitoreo diario y estado de ánimo, programación de actividades, ejercicios de estructuración de la actividad, ejercicios de focalización de la atención en la experiencia y el mantener el interés por la activación; al siguiente año, Lejuez et al. (2011) publicaban el BATD-R que se convierte en una versión de 10 sesiones. Pronto, Maero y José-Quintero (2016) publican una adaptación del BATD-R en español dirigido a público latinoamericano del BATD; y finalmente, Garcés-Rojas, et al. (2022) crearon un protocolo basado en el BATD en formato grupal [BATDG], el cual se ha aplicado en población con sintomatología depresiva, en población con trastornos clínicos y en militares privados de la libertad (Hernández, 2020).

Por otro lado, se ha encontrado que el BATD ha sido efectiva en diversos casos como depresión (Pinzón, 2020; Reyes y Uribe, 2016), en ansiedad con universitarios (Soleimani, et al., 2015), personas fumadoras (Daughters et al., 2008; Magdaleno-Rico, et al., 2023; Magidson et al., 2011), pacientes con algún tipo de cáncer (Armento y Hopko, 2009; Hopko, et al., 2005), pacientes con obesidad (Pagoto, et al., 2011) lesión medular (Barón, 2018),

Esclerosis Lateral Amiotrófica (Uribarren, 2020) en estado de ánimo de adultos mayores (Avellaneda y Oróstegui, 2014), adolescentes (Bocanegra y Díaz, 2013), cuidadores (Cuevas-Ortega, 2020) y mujeres víctimas de violencia (Ramírez-Cruz, 2023).

## **Recorrido por las intervenciones para el alcohol**

El *National Institute on Drug Abuse* [NIDA] (2022b) señala que no existen tratamientos estandarizados para todas las personas con consumo de sustancias, ya que en función del caso se deben establecer diferentes intervenciones que favorezcan su mejoría; sin embargo, se ha evidenciado que los tratamientos con más efectividad para casos de adicción son los farmacológicos, psicoterapia cognitivo-conductual [TCC], entrevista motivacional, terapia individual, terapia familiar y terapias grupales.

El tratamiento farmacológico para el consumo nocivo de alcohol se basa en intervenir las etapas del proceso de rehabilitación, iniciando por la desintoxicación para controlar los síntomas de la abstinencia y reducir el riesgo de consumo descontrolado. Se usan fármacos como *acamprosato* que interviene en los síntomas de abstinencia como la ansiedad, intranquilidad, disforia e insomnio; así como *disulfiram* que interviene en el bloqueo de la enzima relacionada con la metabolización del alcohol consumido, generando efectos secundarios desagradables (NIDAa, 2022).

La TCC, es la intervención que constantemente ha mostrado ser más efectiva que otras terapias psicológicas en el tratamiento de consumo de sustancias. Su objetivo es identificar los estímulos ambientales en que aparece el deseo de consumo y sus respuestas condicionadas, al igual que las conductas y pensamientos que han sido reforzados en su historia de aprendizaje y se siguen manteniendo. Los estímulos condicionados llevan al riesgo de *craving* (deseo incontrolable de consumir), para lo cual, esta terapia busca modificar los patrones conductuales y las ideas irracionales relacionadas a la ingesta de alcohol, como también, en prevenir las recaídas (Rojas-Jara, 2019).

La entrevista motivacional es una alternativa terapéutica que se centra en el consultante, su objetivo es iniciar una modificación conductual por medio de la resolución de su ambivalencia entre lo que desea para su vida y lo que realmente está haciendo, el profesional lleva a que el mismo sujeto sea quien descubra su propia motivación a través de la orientación y procesos de reflexión después de resolver su ambivalencia. Para lograr la

motivación intrínseca y se genere un cambio de patrones conductuales, se deben seguir los siguientes principios: Expresar empatía, desarrollar discrepancias, rodar con la resistencia, apoyar la autoeficacia (Rivera, et al., 2008).

La terapia grupal no es aplicable para todos los casos, pues depende de las particularidades del consultante para adaptarse a una intervención de grupo. Este tipo de terapia reduce el riesgo de deserción, ayuda a sentirse identificado, regular emociones, aumenta la cohesión y el apoyo emocional para el cambio. En estos grupos se generan espacios para compartir sentimientos, pensamientos, reacciones y experiencias que ayuda a ver diferentes perspectivas para nuevos patrones de conducta en las diferentes fases de evolución de los consultantes (Martínez-González, et al., 2018).

La terapia familiar es una modalidad de tratamiento donde se involucra a la principal red de apoyo del consultante, para entrenarlos en la normalización y comprensión de patrones conductuales en el caso del consumo nocivo de alcohol, los signos de alarma en situación de riesgo de recaídas, expresión y validación emocional y así mismo, modelado de estrategias de solución de problemas para apoyar al familiar en su dificultad (Rojas-Jara, 2019).

Al hacer una revisión de las intervenciones actuales que gozan de soporte empírico, se buscó realizar el estudio de factibilidad con la terapia de activación conductual adaptada a intervenir el consumo nocivo de alcohol.

## **Activación conductual para el consumo de sustancias**

Esta revisión de antecedentes da cuenta que la AC se proyecta como una herramienta de intervención útil en diversas problemáticas de salud mental y diversos tipos de población. En cuanto a la evidencia que ha mostrado la AC como una estrategia de atención para el consumo de sustancias, se encontraron algunos antecedentes que han mostrado que ha sido efectiva en la disminución de consumo de mariguana, tabaco y alcohol, como se expone a continuación.

De acuerdo con Pedrelli, et al. (2016) existe una alta prevalencia entre síntomas depresivos y el consumo de alcohol que, además son bidireccional; es decir, el estado de ánimo puede llevar a mantener conductas de consumo y la ingesta de alcohol puede llevar a generar síntomas depresivos. Esta bidireccionalidad es entendida como comorbilidad, y se refiere a dos patologías que se presentan de manera simultánea en un mismo sujeto. En el ámbito clínico se habla de esta patología cuando se identifican personas con conductas

adictivas y otro trastorno mental. De acuerdo con González (2018) es usual que cuando una persona consulta por un problema de adicción a sustancias psicoactivas estará inherente otro trastorno mental, en el caso del consumo del alcohol está estrechamente relacionado con la depresión.

De manera similar, los modelos conductuales del consumo de sustancias psicoactivas sugieren que, el uso per sé, es una función del refuerzo disponible en el entorno de uno, de modo que el uso de sustancias es más probable cuando existen restricciones mínimas sobre las drogas y restricciones sustanciales sobre el acceso a refuerzos valiosos sin sustancias (Vuchinich y Tucker, 1988). Estos fundamentos teóricos sugieren una vulnerabilidad compartida entre los individuos con consumo de sustancias y depresión por tasas más bajas de refuerzo de comportamientos alternativos saludables, lo que respalda la utilidad de un enfoque que se centra en el refuerzo positivo en el entorno o contexto del individuo.

MacPherson, et al. (2010) afirman que existe una asociación en la dificultad para dejar de fumar y los síntomas depresivos y son pioneros en el trabajo de las terapias contextuales con relación a la comorbilidad de síntomas depresivos y el tabaquismo. Adaptaron y aplicaron el Tratamiento de Activación Conductual para el Tabaquismo [BATS] de ocho sesiones para mejorar el abandono del cigarrillo en un grupo de 68 participantes con síntomas depresivos levemente elevados, se aplicó el BDI y Escala de Observación de Recompensa Ambiental [EROS], como resultados, en los seguimientos de 26 semanas las personas manifestaron mayor abstinencia de fumar ( $AOR = 3.59$ , 95% CI [1.22, 10.53],  $p = .02$ ) que aquellos en tratamiento estándar. Los participantes en BATS también informaron una mayor reducción en los síntomas depresivos ( $B = -1.99$ ,  $SE = 0.86$ ,  $p = .02$ ) que aquellos que participaron en un tratamiento estándar, por lo que concluyeron que la BATS es una intervención prometedora para dejar de fumar y disminuir la intensidad de los síntomas depresivos en fumadores.

En otro estudio, el mismo MacPherson et al. (2017) desarrollaron y evaluaron el BATS, para abordar la comorbilidad entre el consumo nocivo de tabaco y los síntomas depresivos en jóvenes. Utilizando grupos focales, ajustaron el manual de tratamiento para mejorar su claridad y realizaron un estudio piloto con cinco participantes para evaluar su factibilidad, aceptabilidad y eficacia preliminar. Los resultados mostraron una reducción significativa del consumo de tabaco, con una disminución del 75% en el consumo semanal,

y mejoras sustanciales en los síntomas depresivos. Las puntuaciones en la BADS y el BDI indicaron una mejora notable en la activación conductual y la reducción de los síntomas depresivos desde la evaluación inicial hasta el final del tratamiento.

Por otra parte, Reynolds, et al. (2011) adaptaron la terapia de activación conductual a un programa de orientación universitaria con estudiantes de primer semestre, con el fin de prevenir problemas de adaptación como el consumo nocivo de alcohol y la presencia de síntomas relacionados con la depresión. En un estudio piloto participaron 71 estudiantes de primer semestre en una clase de orientación de 15 semanas, 2 horas por semana ( $n = 37$  en las clases de orientación mejoradas con activación conductual y  $n = 34$  en el grupo control con clases de orientación estándar). Se evaluó la depresión y el consumo de alcohol de los estudiantes al inicio, a la mitad y al final del curso. Los resultados mostraron una reducción significativa en problemas relacionados con el alcohol en el grupo BATD, con una disminución del 24% en los estudiantes por encima del umbral clínico del AUDIT, mientras que en la orientación tradicional este porcentaje aumentó en 4%. Sin embargo, no hubo diferencias significativas en el consumo general de alcohol ( $d = 0.09$ ) ni en los niveles de depresión ( $d = 0.32$ ), posiblemente debido a que los participantes tenían niveles iniciales bajos de depresión ( $M = 5.00$ ,  $SD = 6.14$ ). Esto permitió concluir que la activación conductual se integró favorablemente al programa de orientación de la universidad ya que puede contribuir a la prevención de problemas de adaptación en los estudiantes universitarios de nuevo ingreso.

Daughters et al. (2018) evaluaron la eficacia del programa LETS ACT comparándolo con un tratamiento residencial estándar en un ensayo clínico aleatorizado con 263 adultos, utilizando seguimientos a los tres, seis y 12 meses. Se aplicaron el BDI y el Inventario Corto de Problemas de Alcohol y Drogas (SIP-AD). Los resultados mostraron que LETS ACT tuvo tasas de abstinencia significativamente más altas a los tres meses, *odds ratios* (OR) ( $OR = 2.2$ ), seis meses ( $OR = 2.6$ ) y 12 meses ( $OR = 2.9$ ) en comparación con el grupo control. Además, los participantes de LETS ACT reportaron significativamente menos consecuencias adversas por el uso de sustancias a los 12 meses ( $B = 4.50$ ,  $SE = 2.17$ ). Sin embargo, la condición de tratamiento no afectó el porcentaje de uso de sustancias entre los que reanudaron el consumo ni el cambio en los síntomas depresivos, que disminuyeron solo en aquellos que permanecieron abstinentes. Por lo anterior, es posible concluir, que LETS ACT

aumenta la probabilidad de abstinencia y reduce las consecuencias adversas del uso de sustancias hasta 12 meses después del tratamiento.

En el mismo año, Martínez-Vispo, et al. (2018) realizaron una revisión sistemática con el objetivo de revisar los efectos de la intervención de activación conductual para mejorar el comportamiento de uso de sustancias y la depresión. Tras analizar 7,286 estudios, solo ocho cumplieron los criterios de inclusión. Los estudios abarcan diversos trastornos por uso de sustancias: tres se enfocaron en el tabaquismo, dos en dependencia a opiáceos, dos en dependencia al alcohol/drogas y uno en abuso de metanfetamina. De estos, seis eran ensayos controlados aleatorios (RCT) y dos estudios pre-post. En siete de los ocho estudios, la AC mostró efectos positivos en la reducción del consumo. Dos estudios encontraron mayores tasas de abstinencia con la AC en comparación con los grupos de control, con OR significativos, por ejemplo, un  $OR = 2.2$  a los tres meses y  $OR = 2.9$  a los 12 meses. Por otro lado, la AC mejoró los síntomas de depresión en seis estudios, aunque en la mayoría los efectos no alcanzaron significancia estadística en comparación con el grupo de control. Sin embargo, en uno de los RCT se observó una reducción significativa de síntomas depresivos en los participantes asignados a la AC en comparación con el grupo de control, con una reducción de  $B = -1.99$ ,  $SE = .86$ ,  $p = .02$ .

Martínez et al. (2019), apoyan la afirmación de que hay una relación entre la depresión y el consumo de tabaco por lo que realizaron un estudio de caso con una mujer de 49 años con un consumo diario de 15 cigarrillos, aplicaron la terapia de activación conductual para la depresión durante ocho sesiones, finalmente la participante dejó de fumar y se mantuvo la abstinencia y disminución de síntomas depresivos en el seguimiento a 12 meses, concluyeron que la AC es una terapia adecuada para el consumo nocivo de tabaco y manejo de síntomas depresivos.

Otro antecedente que es relevante para fundamentar la comorbilidad entre ciertos estados emocionales y el consumo de sustancias psicoactivas es el estudio realizado por Sánchez-Ángulo et al. (2020), que evaluaron la efectividad de la AC en comparación con la TCC, con el objetivo de eliminar el consumo de tabaco en mujeres con síntomas de depresión y ansiedad. Se reclutaron 49 participantes en dos grupos, uno de AC con vareniclina y otro de TCC con vareniclina. Los resultados mostraron que el grupo de AC logró una mayor tasa de abstinencia a los seis meses (66.7%) en comparación con el grupo de TCC (48.0%).

Además, la AC se asoció con una mayor probabilidad de abstinencia ( $OR = 16, p < .001$ ) y una menor tasa de abandono del tratamiento. A nivel emocional, el grupo de AC experimentó una reducción significativa en los síntomas de depresión y ansiedad en seis meses, con un descenso notable en BDI. La duración de la abstinencia fue mayor en el grupo de AC, según el análisis de Kaplan-Meier, con una media de 180 días frente a 152 días en el grupo de TCC. Estos hallazgos sugieren que la Activación Conductual combinada con vareniclina puede ser una estrategia eficaz para el tratamiento del tabaquismo en mujeres con comorbilidad emocional, superando los resultados de la TCC en términos de abstinencia sostenida y mejora del estado emocional.

En ese mismo sentido, Baeza-Torres et al. (2021) realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar el tamaño del efecto de la AC en abstinencia de mariguana en una muestra de ocho estudiantes universitarios, con un diseño de caso único multielemento. La AC aplicada incluyó análisis funcional, planificación de actividades, manejo de contingencia, prevención de recaídas y entrenamiento en habilidades. Como instrumentos de medición tomaron el Cuestionario de cuantificación del consumo de mariguana [CCC-M], Cuestionario de abuso de drogas [CAD-20], la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias [ASSIST] y el *Drug Check Dip Drug Test*. Al finalizar, se obtuvo un tamaño del efecto entre el 91.1% y 100.0% en el que cinco participantes lograron la abstinencia, concluyendo que la AC tiene un efecto en la abstinencia y disminución del consumo de mariguana.

Como ha podido observarse, la AC ha sido aplicada en diferentes problemas relacionados con el consumo nocivo de sustancias, sin embargo, hay poca evidencia de su efecto en el alcohol, y se hace importante profundizar en el efecto que podría producir la AC ya que es la sustancia de mayor impacto a nivel mundial.

### **Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol y síntomas depresivos [TACA]**

La propuesta de esta investigación es la Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol y síntomas depresivos [TACA], una versión adaptada del BATD de Lejuez, et al. (2011), el cual consta con suficiente evidencia empírica, ya que se considera una de las terapias contextuales o de tercera generación basada en la Ley de igualación de

Herrnstein (1961). Su objetivo es disminuir los patrones conductuales relacionados con la depresión por medio de la activación del sujeto o, en otras palabras, usar los principios de la teoría del aprendizaje y reforzar gradualmente a la persona para que incorpore actividades placenteras enfocadas a valor y brinde una percepción de dominio de su propia vida (Maero y José-Quintero, 2016).

La TACA pretende ser una estrategia de intervención dirigida a profesionales en psicología clínica para la atención de problemas emocionales relacionados con el consumo nocivo de alcohol. Esta incluirá inicialmente un apartado sobre normas de convivencia y de psicoeducación, en el que se expone la etiología de la depresión desde una postura conductual, la comorbilidad de los trastornos depresivos y consumo de sustancias (alcohol), como también el mantenimiento de las conductas problema y síntomas emocionales relacionados.

Posteriormente se propone la estructura, tiempo de una hora y media a dos horas y contenido de cada sesión, como el uso del monitoreo diario, formulario de áreas vitales, valores y actividades, formulario de selección y jerarquización de actividades y formato de acuerdos (Anexo 1).

### **Monitoreo diario**

Es la técnica transversal a todo el proceso terapéutico, pues en la TACA, el consultante es una persona activa y los auto-registros no son un formato que sirve de apoyo, los registros son en sí la misma terapia (Maero y José-Quintero, 2016). El uso de este registro tiene como objetivo ir monitoreando sus actividades diarias y semanales, al igual que el registro de su disfrute e importancia de cada una, y una percepción global del estado anímico del día. Por lo anterior, la persona irá diligenciando sus actividades actuales y entendiendo a qué le está dedicando más tiempo y cómo esto se ha vuelto un patrón conductual en su vida, así mismo, pretende que el mismo sujeto comprenda cómo es que el alcohol lo aleja de actividades valiosas para él y/o cómo su estado de ánimo se mantiene por el consumo de la sustancia.

Se cree que la motivación debe ser un factor externo para iniciar el cambio conductual esperado; sin embargo, puede que esto nunca ocurra y el sujeto quede esperando ese impulso, TACA busca que esa motivación surja de la misma persona, al exponerse a actividades

valiosas que generan placer y percepción de refuerzo, su interés por seguir experimentándolo irá en incremento y propondrá gradualmente a exponerse a actividades encaminadas a valor.

### **Formulario de Áreas vitales, valores y actividades**

Esta técnica se usará a partir de la segunda sesión, en la que se explicará cada uno de los elementos en que está compuesto. Las áreas vitales se definen como los diferentes espacios en el que un ser humano se desarrolla y se comporta como las relaciones sociales, educación/carrera, recreación e intereses, cuerpo/mente y espiritualidad, responsabilidades diarias, mientras tanto; los valores surgen dentro de cada área vital y se definen como la dirección que llevará a lograr lo que se quiere lograr, los valores se pueden construir por medio de preguntas como: ¿qué es lo más importante para mí? ¿cómo quiero vivir mi vida? ¿cómo quiero ser percibido en mi vida?; finalmente, las actividades surgen precisamente de la identificación de valores, y son las conductas que el consultante se propone a realizar motivado por lo valioso en cada área vital, es decir, cómo sus actividades se relacionan o lo encaminan a la vida valiosa que desea vivir.

### **Formulario de selección y jerarquía de actividades**

Una vez se han definido las actividades encaminadas a valor, se busca organizar de manera jerárquica 15 actividades que lo prepararán para la acción, este formulario consiste en elegir las actividades por las que iniciará y las numerará de la más fácil de hacer (1) a la más compleja de realizar (15). Es válido aclarar que no son camisa de fuerza y que el consultante mismo podrá modificar el orden o incluso eliminar o cambiar por otras que tenga propuestas en su formulario de áreas vitales, valores y actividades.

### **Planificación de actividades**

Es el mismo monitoreo diario, pero semanalmente se propondrá una o dos actividades de la jerarquía de actividades, el mismo consultante elige la hora, el día en que realizará la actividad y se preparará para hacerla, nuevamente es de aclarar que no es algo inflexible, el sujeto puede modificar la hora o si se le olvida, proponerla para otro día u horario, lo importante es que pueda realizarla durante la semana. Se propone que estas actividades que

serán reforzantes se programen en horarios donde esté dedicado a ejecutar actividades que lo alejan de una vida valiosa como el consumo de alcohol.

### **Acuerdos**

Los acuerdos es un formulario para diligenciar en el que el consultante plasma las actividades que no puede realizar por sí mismo y es un apoyo para clarificar y organizarse en elegir a una persona que podría acompañarle a realizar la actividad que elija, este formulario no es necesario que la otra persona lo vea, solo servirá para que en sesión el consultante se programe.

## **Capítulo IV. Evaluación y factibilidad de las intervenciones**

Una vez hecha la revisión de antecedentes empíricos de la AC en sus diferentes modalidades, se destaca que cada una de estas investigaciones ha buscado evaluar su efecto en diferentes poblaciones. El proceso de evaluación de programas de intervención es continuo y sistemático, su objetivo es revisar si se van produciendo cambios a lo largo y al final del programa, de este modo, lleva a identificar si los cambios resultantes son como se esperaban y ayuda a dar respuesta a necesidades o problemas en específico.

La OMS (1981) menciona que la evaluación es un medio para revisar datos empíricos y mejoramiento de procesos, actividades o programas que fomenta una planeación más satisfactoria de los servicios, incluso permite generar alternativas de elección para que un profesional aplique ante algún problema. Por ejemplo, la evaluación en los servicios de salud, pueden ser mejorados tras la evaluación de calidad desde distintos sectores poblacionales como clientes, profesionales y auditores, otra manera de evaluar la eficacia de un programa de salud es por medio del cumplimiento de los objetivos operativos, evaluación de resultados o evaluación del impacto y su efecto a mediano y largo plazo.

Una buena evaluación de programas de intervención, según Pabón y Peña (2014), debe incluir cuatro elementos esenciales: orientación y fundamentación teórica, diseño del programa, perfil de los intervenidos y planteamiento de objetivos basados en el estado actual de los sujetos. Un componente crucial dentro del diseño del programa es el estudio de su factibilidad.

Los estudios de factibilidad en psicología clínica se refieren a una metodología de análisis sistemático que busca determinar la viabilidad de implementar tratamientos psicológicos en determinado contexto o entorno clínico. Estos estudios implican la evaluación de diferentes aspectos, como los recursos necesarios para llevar a cabo dichos tratamientos, la evaluación de posibles obstáculos y riesgos, así como la consideración de aspectos éticos y legales. La finalidad de estos estudios es proporcionar una base sólida para la toma de decisiones informadas y garantizar que se brinden los servicios de psicología clínica de manera eficiente y efectiva (Barrios et al., 2021).

La historia de los estudios de factibilidad en la psicología clínica se ha desarrollado a lo largo de varias décadas y ha evolucionado junto con el progreso de la misma ciencia. En

los inicios, durante las décadas de 1950 y 1960, la psicología clínica comenzó a establecerse como una ciencia formal. Los estudios de este período se centraron en la eficacia de las intervenciones clínicas y en la validación de técnicas terapéuticas (Kazdin, 2003). En la década de 1970, con el auge de la investigación basada en la evidencia, surgió la necesidad de realizar estudios preliminares para evaluar la viabilidad de nuevas intervenciones. Estos estudios, a menudo de pequeña escala, tenían como objetivo determinar si las intervenciones podían ser implementadas de manera efectiva en entornos clínicos (Rounsaville et al., 2001).

En la década de 1980, los estudios de factibilidad comenzaron a formalizarse más. Los investigadores definieron criterios claros para evaluar la viabilidad de las intervenciones, incluyendo la aceptación por parte de los consultantes, la facilidad de implementación y los costos asociados (Bowen et al., 2009). Durante la década de 1990, hubo un crecimiento significativo en la cantidad de estudios de factibilidad, impulsado por el aumento de la financiación de investigaciones y el interés en desarrollar intervenciones basadas en la evidencia. En este período surgió el desarrollo de directrices y protocolos específicos para la realización de estudios de factibilidad en psicología clínica (Leon et al., 2011).

En los albores de este siglo, la tecnología comenzó a jugar un papel importante en la investigación en psicología clínica. Los estudios de factibilidad empezaron a incorporar herramientas digitales, como intervenciones en línea y aplicaciones de celular (Andersson y Titov, 2014). Además, se hizo énfasis en la inclusión de poblaciones diversas en estos estudios (Mohr et al., 2017). Durante los años 2010, se consolidaron metodologías para los estudios de factibilidad, con un enfoque en la replicabilidad y la generalización de los resultados, se desarrollaron modelos teóricos y métodos específicos, como el modelo *Reach, Efficacy/Effectiveness, Adoption, Implementation, Maintenance* (RE-AIM), el cual se utiliza en la investigación en salud pública y en la evaluación de programas de intervención para asegurarse de que las intervenciones no solo sean efectivas en un entorno controlado, sino que también sean factibles, sostenibles y beneficiosas en la práctica real (Glasgow et al., 1999).

En la actualidad, la investigación en psicología clínica sigue evolucionando, y los estudios de factibilidad son una parte integral de este proceso. La pandemia de COVID-19 aceleró el uso de intervenciones digitales y la telepsicología, llevando a un aumento en la cantidad de estudios de factibilidad en estos ámbitos (Torous et al., 2020). Además, hay un

enfoque creciente en la implementación de intervenciones en entornos reales y en la evaluación de su impacto a largo plazo (Shaw et al., 2021).

Los estudios de factibilidad son importantes porque permiten a los investigadores identificar y resolver posibles problemas antes de llevar a cabo ensayos clínicos más amplios y costosos. Ayudan a asegurar que las intervenciones sean aceptables y prácticas en entornos clínicos reales, lo que aumenta las probabilidades de éxito en estudios posteriores de eficacia y efectividad (Bowen et al., 2009). Es probable que los estudios de factibilidad continúen evolucionando con el avance de la tecnología y la creciente complejidad de las intervenciones psicológicas. Además, se está trabajando en un enfoque continuo en la personalización de las intervenciones y en la evaluación de su viabilidad en diversas poblaciones y contextos culturales (Kazdin, 2017).

Abbott (2014) propuso un grupo de definiciones para diferenciar lo que es y no es un estudio de factibilidad. Hace una clasificación entre los estudios clínicos preliminares (factibilidad y piloto) y los ensayos clínicos aleatorizados (ensayos de efectividad).

Los estudios de factibilidad tienen como objetivo valorar el acceso a los participantes (reclutamiento de participantes, respuesta de los participantes a la publicidad, proporción de encuestados que cumplen con los criterios de elegibilidad); valorar las barreras a la participación; la viabilidad e idoneidad de los procedimientos de evaluación y medidas de eficacia preliminar; el tiempo y los recursos necesarios para realizar las evaluaciones; si un tratamiento complejo es factible en el entorno clínico; la aceptabilidad de los pacientes del tratamiento; la adherencia (retención o abandono) al tratamiento de los participantes; los problemas multicéntricos y multisitio (comparabilidad y generalización de sitios y participantes, correlaciones entre grupos de sitios, compromiso y voluntad de los centros, barreras, pérdida diferencial durante el seguimiento).

Los estudios pilotos tienen como objetivo valorar si los procesos de selección/elegibilidad están funcionando bien; valorar las tasas de reclutamiento por semana/mes; los procesos de aleatorización están funcionando sin problemas; el sesgo de selección; la eficacia del cegamiento; la capacidad y recursos para llevar a cabo todos los procesos judiciales; el acceso a equipos, espacio, tiempo del personal; los procesos para asegurar y/o auditar la fidelidad del tratamiento; si el tiempo adecuado, intensidad y efectos de las intervenciones; si los procesos de evaluación son oportunos y completos; la retención

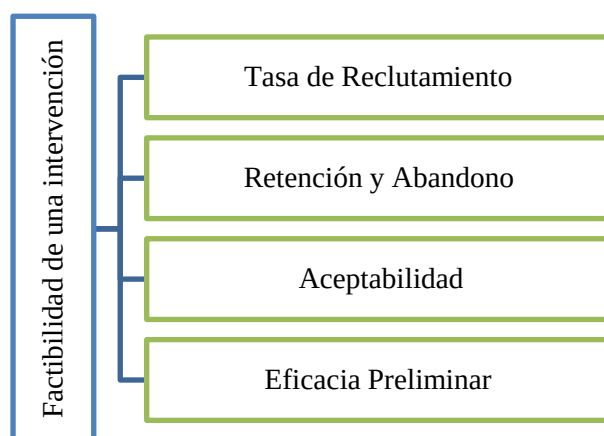
de participantes entre los grupos de asignación; la integridad y variabilidad de los datos; si los efectos/resultados del tratamiento son consistentes con expectativas, literatura previa; los desafíos que enfrentan los sitios y el personal (Thabane et al., 2010)

Los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) son estudios experimentales diseñados con rigor para evaluar la eficacia de intervenciones psicológicas. Estos estudios asignan aleatoriamente a los participantes a grupos de tratamiento y control, utilizando medidas estandarizadas y protocolos definidos. Además, incluyen el cegamiento para reducir sesgos. La importancia de los ECA radica en su alta validez interna, lo que permite establecer relaciones causales entre la intervención y los resultados.

La factibilidad de una intervención se evalúa a través de varios componentes esenciales que determinan si una intervención es viable y efectiva en un entorno real (Spirito et al., 2017). En este estudio se incluyen los siguientes componentes: la tasa de reclutamiento, retención, abandono, aceptabilidad y eficacia preliminar, cada uno de los cuales juega un papel crucial en la evaluación global de la intervención (Figura 1).

**Figura 1**

*Esquema de las características de la evaluación de la factibilidad de una intervención*



- Tasa de Reclutamiento: esta medida se refiere a la proporción de individuos elegibles que se inscriben en la intervención. Una alta tasa de reclutamiento indica que la intervención es atractiva y accesible para la población objetivo, mientras que una baja tasa puede señalar problemas en la difusión de la intervención o barreras de acceso (Rounsaville et

al., 2001). Evaluar la tasa de reclutamiento es crucial para determinar la viabilidad inicial de una intervención.

- Retención y Abandono: la retención mide la proporción de participantes que permanecen en la intervención durante todo el período de estudio, mientras que el abandono se refiere a aquellos que dejan de participar antes de su finalización. La retención alta sugiere que la intervención es aceptable y sostenible para los participantes, lo que es esencial para la validez de los resultados (Bowen et al., 2009). Analizar las tasas de abandono y las razones detrás de ellas permite identificar problemas potenciales y mejorar la intervención (Leon et al., 2011).
- Aceptabilidad: este componente evalúa cómo los participantes y otros interesados perciben la intervención en términos de satisfacción, comodidad y valoración general. La aceptabilidad es un indicador clave de la probabilidad de que la intervención sea bien recibida y adoptada en entornos reales (Bowen et al., 2009). Intervenciones con alta aceptabilidad son más fáciles de implementar y sostener a largo plazo.
- Eficacia Preliminar: la eficacia preliminar mide los efectos iniciales de la intervención en los resultados deseados, proporcionando una indicación temprana de su potencial efectividad. Este componente es esencial antes de proceder a estudios más grandes y definitivos, ya que ayuda a justificar la inversión en investigaciones posteriores (Spirito et al., 2017). La evaluación de la eficacia preliminar permite a los investigadores ajustar y mejorar la intervención antes de su implementación a gran escala.

Evaluar estos componentes de la factibilidad es crucial antes de implementar una intervención a gran escala, pues ayuda a los investigadores y profesionales a identificar posibles problemas y hacer ajustes necesarios para mejorar la intervención. Además, asegura que los recursos se utilicen de manera eficiente y que la intervención tenga la mayor probabilidad de éxito en entornos del mundo real (Bowen et al., 2009).

En el campo de la psicología clínica, los estudios de factibilidad desempeñan un papel fundamental para evaluar la viabilidad de diferentes aspectos relacionados con la implementación de tratamientos psicológicos. Estos estudios permiten analizar de manera integral los recursos necesarios, así como los posibles obstáculos y riesgos que puedan surgir durante el proceso. Lo anterior, brinda una visión clara sobre la viabilidad de llevar a cabo

determinadas intervenciones o terapias, lo que a su vez contribuye a mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a los pacientes.

## **Capítulo V. Estudio de la factibilidad de la terapia de activación conductual para el consumo nocivo de alcohol**

La estrategia metodológica general para realizar el análisis de factibilidad de la TACA inició, como Fase 1, al adaptar el manual de intervención TACA basado en el BATD dirigido a profesionales en psicología clínica para aplicar en personas con síntomas depresivos y consumo nocivo de alcohol.

En la Fase 2, se buscó realizar una evaluación a través de jueces con estudios posgraduales en psicología clínica y con experiencia en el manejo de problemas emocionales y adicciones, y que tuvieran conocimiento de la terapia de activación conductual. Se reunieron a cuatro profesionales para valorar cada sesión propuesta y sus componentes, esta evaluación se realizó a través de un instrumento creado por Garcés y Romero (2017), que evalúa la adaptabilidad de un programa a través de tres criterios: adaptabilidad, claridad y relevancia (Anexo 2). El instrumento tuvo como resultado una calificación numérica (coeficiente V de Aiken) para conocer su relevancia en cuanto al contenido por medio del acuerdo entre jueces junto a sus observaciones, las cuales se tuvieron en cuenta para realizar las modificaciones pertinentes en el manual de la TACA.

En la Fase 3, se realizó la evaluación de la factibilidad de la TACA a través de la medición de la tasa de reclutamiento, retención y abandono, y la aceptabilidad de los participantes por medio del número de sesiones, frecuencia y tiempo de estas, para finalmente evaluar su eficacia preliminar. Para su aplicación se gestionó el acercamiento con los responsables de Centros de Integración Juvenil en la ciudad de Xalapa-Enríquez, Veracruz, y una vez se obtuvo los respectivos permisos se accedió a sus espacios y se invitó a los interesados por medio de carteles, posters, videos y uso de redes sociales institucionales. A las personas que se encontraban en una fase avanzada de su tratamiento y se interesaron en participar se eligieron con base en los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, y se les presentó el estudio para que por medio del consentimiento informado aceptaran ser parte de éste dejando claro el manejo confidencial y anónimo de su información (Anexo 3).

A todas las personas participantes se les aplicó el instrumento conformado por un bloque de preguntas sociodemográficas, el AUDIT (Anexo 4), la escala de Zung (Anexo 5)

y el BADS (Anexo 6), como pretest. Una vez calificadas estas escalas se les asignó a los participantes al grupo intervenido o no intervenido de forma intencional, según se calificaban los instrumentos (no aleatoria).

Para quienes formaron parte del primer grupo, participaron en diez sesiones, con duración de 90 minutos dos veces por semana, en las que se desarrolló la TACA; realizando una nueva medición con el instrumento en la sexta sesión (intertest) y finalmente en la última sesión se aplicó el posttest, así como el llenado de un Formato de asistencia a sesiones (Anexo 7) y un Formato de aceptabilidad de la intervención (Anexo 8) por parte del investigador. Cabe destacar que el grupo intervenido se vio beneficiado solamente de la TACA.

Mientras tanto, el grupo no intervenido llevó las sesiones ordinarias del tratamiento que ofrece el CIJ Xalapa, y tras la aplicación del posttest, este grupo se invitó a ser beneficiado con la TACA. Una vez finalizada la investigación, se devolvieron resultados a modo general de los aportes resultantes de la TACA a todos los participantes y a la institución. A continuación, se detallan las hipótesis, los objetivos y la estrategia metodológica implementada.

### **Hipótesis de trabajo**

La “Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol y síntomas depresivos” (TACA) es factible para ser implementada en personas con un consumo nocivo de alcohol y síntomas depresivos, debido a que:

- ✓ Tiene una alta tasa de reclutamiento y retención y un bajo abandono
- ✓ Una alta aceptabilidad de los participantes
- ✓ Atenúa de manera importante el consumo de alcohol
- ✓ Disminuye la presencia de síntomas relacionados con la depresión

## Objetivo General

- Determinar la factibilidad de la “Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol y síntomas depresivos” (TACA).

## Objetivos Específicos

- Adaptar el Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD) a población de adultos con síntomas depresivos y consumo nocivo de alcohol y valorar su adaptación por jueces.
- Evaluar la factibilidad de la TACA por medio de la tasa de reclutamiento, retención y abandono, así como la aceptabilidad de los participantes por medio del número de sesiones, frecuencia y tiempo de estas.
- Aplicar la TACA en adultos con síntomas depresivos y consumo nocivo de alcohol para valorar su eficacia preliminar, a través de los cambios registrados pre, inter y post de la intervención.

## Método

### Diseño del estudio

Es un estudio de factibilidad en el que se aplicó la intervención para determinar la eficacia preliminar desde un enfoque cuantitativo con un diseño pre-experimental y aplicación pretest-inter-posttest, con dos grupos de comparación (Morris, 2008), uno intervenido y otro no intervenido. Se buscó tener los grupos equivalentes con base en criterios de inclusión y exclusión (Tabla 1).

**Tabla 1**

*Diseño del estudio para evaluar la eficacia preliminar*

| Grupo          | Pretest | Intervención<br>Sesión 1 a 6 | Intertest | Intervención<br>Sesión 7 a 10 | Posttest | Intervención |
|----------------|---------|------------------------------|-----------|-------------------------------|----------|--------------|
| Intervenido    | O       | X                            | O         | X                             | O        |              |
| No intervenido | O       |                              | O         |                               | O        | X            |

Nota: O = Observación (aplicación de instrumentos); X (intervención de TACA)

### Instrumentos

#### Prueba de Identificación de Trastornos Derivados del Consumo de Alcohol (AUDIT).

Este instrumento fue propuesto por la OMS, permite identificar en los consultantes si

presentan un patrón de consumo perjudicial de alcohol. Consta de diez ítems con escala de respuesta tipo Likert, que explora distintos patrones de consumo: el Riesgo de consumo I (bajo riesgo o abstinencia), II (consumo por encima de lo recomendado), III (consumo perjudicial) y IV (dependencia al alcohol). Ha sido adaptada en diferentes contextos (Babor et al., 2001). La versión utilizada en el presente estudio reportó una buena consistencia interna ( $\alpha = .86$ ; Anexo 4).

**Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung.** La escala evalúa el nivel de severidad de la depresión, al indagar por síntomas cognitivos, somáticos y del afecto, presentados durante las dos últimas semanas. Consta de 20 ítems con opciones de respuesta tipo Likert (1 = “poco tiempo”; 2 = “algo de tiempo”; 3 = “una buena parte del tiempo”; 4 = “la mayor parte del tiempo”) y reporta el nivel de depresión (ausencia de depresión = menor a 28; depresión leve = 28-41; depresión moderada = 42-53; depresión grave = mayor de 53). La versión utilizada en el presente estudio fue la adaptada a población mexicana por Rivera et al. (2007; Anexo 5). En el presente estudio se obtuvo una buena consistencia interna ( $\alpha = .89$ ).

**Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs).** La escala evalúa las conductas de evitación y activación de pacientes tratados desde la terapia de activación conductual. La versión utilizada en la presente investigación fue la adaptada a la población mexicana por Villanueva et al. (2020). Consta de doce ítems con escala Likert (0 = “nunca”; 1 = “casi nunca”; 2 = “rara vez”; 3 = “a veces”; 4 = “con frecuencia”; 5 = “casi siempre”; 6 = “siempre”). La escala registra el grado de activación conductual (poco = 0-31; algo = 32-43; bastante = 44-55; mucho = 50-72). La confiabilidad obtenida se considera buena ( $\alpha = .81$ ; Anexo 6).

**Formato de asistencia a sesiones.** Se elaboró exprofeso un registro de asistencia, sesión por sesión, a fin de estimar la tasa de reclutamiento, retención y abandono en la TACA (Anexo 7).

**Formato de aceptabilidad de la intervención.** Es un instrumento de Almaraz-Castruita (2018), el cual mide el nivel de aceptabilidad o satisfacción de los participantes con respecto a la intervención. Consta de cinco ítems con escala Likert y un espacio de preguntas abiertas para identificar recomendaciones de mejora (Anexo 8). La aceptabilidad para intervenciones propuesta por Lewis et al. (2015), sugieren que una alta aceptabilidad está reflejada en puntajes altos en escalas de satisfacción y evaluación positiva de la experiencia (Muy baja

aceptabilidad = 0-1; Baja aceptabilidad = 1.5-2.5; Aceptabilidad moderada = 2.6-3.5; Alta aceptabilidad 3.6-4.5; Muy alta aceptabilidad = 4.6-5).

## **Participantes**

La investigación se llevó a cabo en las instalaciones del Centro de Integración Juvenil Xalapa, localizado en la ciudad de Xalapa-Enríquez, Veracruz, México. Esta institución es una Asociación Civil que fue creada en 1969 con el propósito de atender el consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes desde la prevención, tratamiento, rehabilitación e investigación. Cuenta con 117 centros de atención para el consumo de drogas en todos los estados del país y cuenta con 12 centros de hospitalización, respetando los lineamientos de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (CIJ, 2024).

El grupo poblacional de interés para la investigación cuenta con características específicas debido a su condición de consumo de sustancias psicoactivas, y como lo precisa Barraca-Mairal y Pérez-Álvarez (2015) las intervenciones grupales basadas en la Activación Conductual sugieren trabajar con grupos pequeños, en promedio de cinco participantes. Así, se realizó un muestreo no aleatorizado, por cuotas, para conformar los grupos de estudio, de acuerdo con los criterios establecidos por Morales-Vallejo (2012). Así, se obtuvo una cuota de seis participantes en el grupo intervenido y siete en el grupo no intervenido (13 personas en total).

**Criterios de inclusión.** Hombres y mujeres, mayores de 18 años, asistentes a Centros de Integración Juvenil, que se identificaron y calificaron con consumo nocivo o perjudicial de alcohol (nivel de Riesgo III y IV de acuerdo con el AUDIT) en el último año, y con sintomatología depresiva (depresión moderada, de acuerdo con la calificación de la escala de Zung). En caso de haber consumido otra u otras sustancias psicoactivas, el alcohol debía ser considerado como la droga de mayor impacto. Finalmente, que estuvieran interesados en participar voluntariamente en el estudio, y que consecuentemente, firmaron el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión.** Personas menores de 18 años, que no presentaban consumo nocivo de alcohol en el último año, que fueran consumidores de otra u otras sustancias psicoactivas y la consideraran como la droga de mayor impacto; que no presentaran sintomatología

depresiva, y que estuvieran bajo los efectos del consumo de alcohol o síntomas relacionados. Finalmente, que no aceptaran participar en la investigación al no firmar el consentimiento informado.

**Criterios de eliminación.** Personas que abandonaron la participación en el estudio; o bien, que contestaron parcialmente o no contestaron los registros de información establecidos (instrumentos).

## **Procedimiento**

Para tener mayor control en la sistematización de la evaluación de la fiabilidad de la TACA se establecieron tres fases de trabajo:

Fase 1: se realizó la adaptación del BATD dirigido a población con consumo nocivo de alcohol al cual se le denominó como TACA.

Fase 2: se realizó una evaluación por cuatro jueces expertos en el tratamiento de personas con consumo de sustancias y con un amplio conocimiento de intervenciones basadas en la evidencia como la activación conductual. Fueron profesionales en psicología con posgrado en psicología clínica, con experiencia en el BATD y en tratamiento de dicha población.

Fase 3: se gestionaron los permisos necesarios con el CIJ Xalapa para tener acceso a los pacientes y evaluar a los candidatos interesados en participar de la investigación. Posteriormente, se estableció un espacio con cada persona para la aplicación de los instrumentos (AUDIT, Zung y BADS) para tener claridad sobre los criterios de inclusión y exclusión de la investigación a fin de conformar dos grupos de forma no aleatoria (intervenido y otro equivalente).

Se realizó la evaluación de la factibilidad de la TACA considerando los siguientes componentes: a) la tasa de reclutamiento y b) retención y abandono, que se tomaron con un listado de asistencia; c) la aceptabilidad de los participantes se analizó mediante la encuesta de satisfacción; y d) la eficacia preliminar a través de la exploración de los cambios de las calificaciones en las escalas AUDIT, Zung y BADS, en dos grupos en tres momentos distintos a la intervención de TACA. En primer momento, antes de la terapia, se les pidió diligenciar los instrumentos; en la sexta sesión se tomaron nuevamente las mediciones, esto por motivo de entender si a partir de esta sesión se producían cambios en la activación conductual como en otros estudios previos (García-Neme, 2021); y finalmente, se tomó una

última medición post tratamiento. Una vez finalizado el tratamiento se entregaron resultados a los participantes y a la institución y se procede a ofertar la TACA al grupo que no fue intervenido.

### **Análisis estadístico**

Los datos fueron analizados utilizando el software estadístico MiniTab. Para evaluar el acuerdo entre jueces y realizar el análisis de contenido, se empleó el coeficiente V de Aiken. En cuanto al análisis de factibilidad, se aplicó estadística descriptiva para determinar las medidas de tendencia central y dispersión de las variables estudiadas.

Se realizaron pruebas de normalidad mediante Shapiro-Wilk y dado que los datos no seguían una distribución normal, se optó por elaborar pruebas no paramétricas para testar las hipótesis formuladas, incluyendo comparaciones de rangos para muestras independientes y relacionadas (U de Mann-Whitney y Friedman). Finalmente, se utilizó el software G\*Power 3.1 para llevar a cabo un análisis estadístico que permitió determinar la potencia estadística ( $1-\beta$ ) y estimar el tamaño del efecto de las variables de interés mediante la prueba f para la comparación de calificaciones promedio. Este análisis tuvo como objetivo evaluar la fuerza y relevancia práctica de las diferencias estadísticas encontradas. De acuerdo con los criterios de Faul et al. (2007), en la prueba f, un tamaño de efecto inferior a 0.10 se considera pequeño, 0.25 moderado y 0.40 grande. Este procedimiento permitió valorar objetivamente la significancia práctica de los resultados obtenidos.

### **Consideraciones éticas**

Tomando en cuenta el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México (2014), en su artículo 17 manifiesta los niveles de riesgo de investigación con seres humanos, y se sustenta que el presente estudio se considera de riesgo mínimo, ya que se emplearon pruebas psicométricas y una intervención psicológica grupal basada en la evidencia en la que se entrenaron patrones conductuales adaptativos y de mejora en la calidad de vida de los participantes, de esta manera se aportó evidencia a la terapia de activación conductual en casos de consumo nocivo de alcohol y se espera establecer como una herramienta para los profesionales de la salud en este tipo de casos.

Se tomó como base el Código Ético del Psicólogo en el que se rige la profesión en México, y se especifica el uso de técnicas de evaluación e intervención promoviendo el bienestar de los pacientes, se registraron y salvaguardaron todos los datos personales y resultados del proceso terapéutico y de investigación, de igual manera, se informó a los participantes el objetivo de todo proceso que se realizó y se explicaron los resultados encontrados (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010). También, se tuvo en cuenta la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (2010) y la Declaración de Helsinki (World Medical Association [WMA], 2013) ya que se tuvo datos delicados que permitían la identificación de cada participante, es por lo que se protegió de ser publicados sin consentimiento. Por otro lado, se tomó la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014), en la que se establece que se debía contar con formación académica para realizar investigación en salud, y se estableció un protocolo en el que prevaleció el cuidado de los datos recogidos de los participantes y se informó a los mismos sobre lo que se hizo y los resultados del estudio.

También se consideró la NOM-028-SSA2 (2009) para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, donde mencionan la investigación con relación a las adicciones y evaluación los resultados de los modelos o programas de rehabilitación, clarificando sus ventajas y repercusión. Por otra parte, al trabajar con humanos, se acató lo dispuesto en la Ley General de Salud y aplicación de los principios éticos en cuanto a la protección, respeto, dignidad, bienestar y anonimato. Para esto se informó sobre el estudio y se dejó por escrito el consentimiento informado por parte de los participantes; el consentimiento contenía los objetivos del estudio, título de la investigación, instrumentos a utilizar, descripción de sus derechos, metodología, análisis de datos, sustento científico, aspectos legales, éticos y un apartado donde el participante decidía aceptar o no ser parte del estudio.

Cabe precisar que el protocolo de la investigación fue presentado ante el Comité de Investigación y el Comité de Ética en Investigación del Instituto de Ciencias de la Salud de la Universidad Veracruzana, con registro CONBIOÉTICA-30-CEI-001-20180131, donde se llevó a cabo una revisión y discusión detallada de los aspectos éticos del proyecto. Ambos Comités determinaron que el estudio cumplía con las normativas que garantizan la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los participantes, emitiendo un dictamen favorable bajo el folio 015/2022.

## Resultados

### Adaptación del Manual de la TACA y Evaluación del programa por jueceo (Fases 1 y 2)

El proceso de adaptación del Manual de intervención de la TACA, basado en el BATD, consistió en adecuar el sustento teórico sobre el consumo de alcohol y la comorbilidad con la depresión; se cambió la introducción de la primera sesión, psicoeducación sobre el mantenimiento del consumo de la sustancia junto con la circularidad de la depresión y se modificaron los formatos de monitoreo diario, áreas vitales, valores y actividades, jerarquía de actividades y el contrato conductual (Garcés-Rojas, 2022).

En cuanto a la evaluación del Manual de la TACA, como se ha señalado, se realizó a través de cuatro jueces con estudios de posgrado en psicología clínica y con experiencia en el manejo de problemas emocionales y adicciones, que además tenían conocimiento de la TAC.

Cada profesional hizo una revisión puntual del Manual de la TACA y evaluó cada una de las diez sesiones que conforman la intervención bajo tres criterios: adaptabilidad, claridad y relevancia, en una escala Likert de 4 puntos (Tabla 2).

**Tabla 2**

*Criterios de evaluación del Manual de la TACA*

| Adaptación                                                                | Claridad                                                      | Relevancia                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 1 = No adaptable                                                          | 1 = Nada claro                                                | 1 = Sin relevancia                                                |
| 2 = No seguro de su adaptabilidad, los componentes requieren más revisión | 2 = Poco claro, los componentes requieren más revisión        | 2 = Poco relevante, los componentes requieren más revisión        |
| 3 = Adaptable, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones         | 3 = Claro, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones | 3 = Relevante, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones |
| 4 = Muy adaptable, sin alteración                                         | 4 = Muy claro, sin alteración                                 | 4 = Muy relevante, sin alteración                                 |

Para evaluar la validez de contenido de la TACA se aplicó el coeficiente V de Aiken y se determinó para el criterio de adaptabilidad ( $V = .94$ ); claridad ( $V = .96$ ); relevancia ( $V = .90$ ) y para todo el manual ( $V = .94$ ) lo que indica en cada uno de los criterios un acuerdo entre jueces casi perfecto, ya que el valor máximo esperado es de 1.0 (Tabla 3).

**Tabla 3**

Acuerdo entre jueces de cada sesión de la TACA

| Sesión     | Adaptabilidad | Claridad | Relevancia |
|------------|---------------|----------|------------|
| 1          | 0.83          | 0.93     | 1.00       |
| 2          | 1.00          | 0.93     | 1.00       |
| 3          | 0.93          | 0.93     | 1.00       |
| 4          | 1.00          | 0.93     | 0.93       |
| 5          | 0.93          | 0.93     | 0.83       |
| 6          | 1.00          | 1.00     | 0.83       |
| 7          | 1.00          | 1.00     | 0.83       |
| 8          | 0.93          | 1.00     | 0.76       |
| 9          | 1.00          | 1.00     | 0.83       |
| 10         | 0.83          | 0.93     | 1.00       |
| V de Aiken | 0.94          | 0.96     | 0.90       |

### **Evaluación de la factibilidad de la TACA (Fase 3)**

#### **— Reclutamiento, retención y abandono de los participantes**

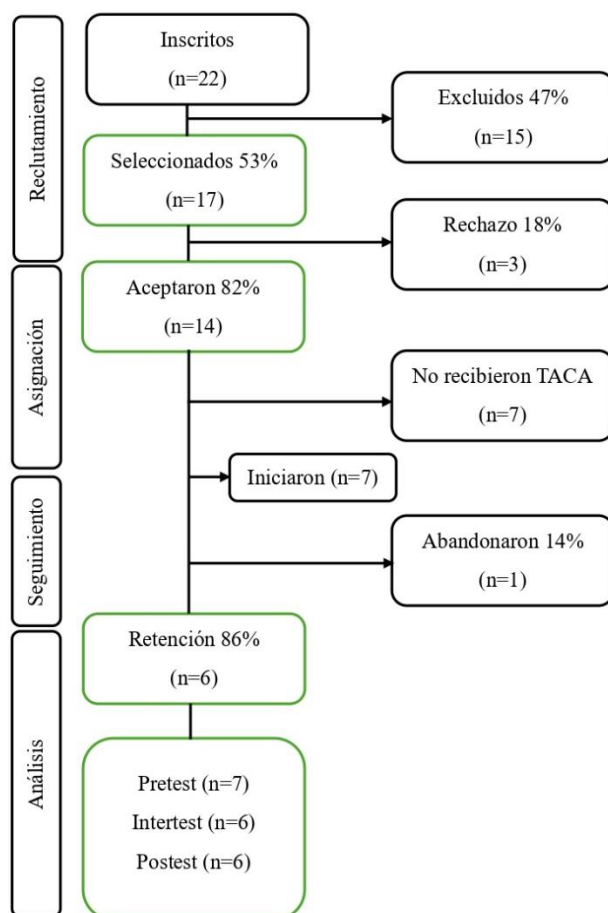
Al evaluar la factibilidad, es importante mencionar que, para la promoción de la intervención, el personal Médico-Técnico del CIJ Xalapa apoyó el proceso e hizo difusión por medio de carteles en la entrada de las instalaciones, en cada consultorio, a través de sus redes sociales y se divulgación en la zona centro de la ciudad de Xalapa durante un mes.

Se inscribieron 32 personas, de las cuales se excluyeron al 47% dado que no cumplieron los criterios de inclusión; sin embargo, del 53% que sí cumplieron, el 18% rechazó participar en el estudio, por tanto, la muestra final fueron 14 personas, obteniendo una tasa de reclutamiento de 82%.

De los pacientes que estuvieron interesados en participar en la investigación se asignaron siete personas para el Grupo intervenido y siete para el Grupo no intervenido. Una vez iniciado el proceso de intervención en el grupo Intervenido, en la segunda sesión un participante abandonó el programa; es decir, que la tasa de abandono fue 14% y los seis restantes participaron en toda la intervención, teniendo una tasa de retención del 86% (Figura 2).

**Figura 2**

*Diagrama de flujo de la tasa de reclutamiento, retención y abandono.*



### — Aceptabilidad de los participantes

En cuanto a la aceptabilidad de los participantes con respecto a la TACA, se midió mediante el formato evaluación de satisfacción en el que se evaluó el nivel de satisfacción en número, frecuencia, duración y contenido de las sesiones, de lo cual se obtuvo calificación de adecuado en todos los criterios mencionados (Tabla 4).

**Tabla 4**

*Frecuencias de la aceptabilidad de los participantes de la TACA*

| Pienso que...                           | Inadecuado | Medianamente adecuado | Adecuado |
|-----------------------------------------|------------|-----------------------|----------|
| 1. El número de sesiones fue...         | 0          | 0                     | 6        |
| 2. La frecuencia de las sesiones fue... | 0          | 0                     | 6        |
| 3. La duración de las sesiones fue...   | 0          | 0                     | 6        |
| 4. El contenido de las sesiones fue...  | 0          | 0                     | 6        |

## — Eficacia preliminar

La evaluación de la eficacia preliminar implica comparar los cambios en el riesgo de consumo de alcohol, en la gravedad de presentar un episodio depresivo, así como los procesos de cambio en la activación conductual, como los comportamientos de activación y evitación, en tres momentos. Los principales resultados se muestran a continuación.

### Características sociodemográficas por grupo de estudio

La muestra estuvo compuesta por 13 participantes, todos hombres, de los cuales el 46% conformaron el grupo intervenido y 54% el grupo no intervenido. En cuanto al estado civil, el 61% referían estar solteros, 23% en unión libre, 8% casados y el otro 8% viudos. Respecto a la escolaridad, el 54% tenía culminado su bachillerato, 23% licenciatura, y el otro 23% realizó algún posgrado. Con relación a la ciudad de residencia, el 76% de los participantes vivía en Xalapa, Veracruz, 8% en Coatepec, 8% en Xico, y 8% en Pacho viejo.

**Tabla 5**

*Frecuencias y porcentajes de las características sociodemográficas por grupo de estudio y el total de participantes*

| Característica sociodemográfica                           | Grupo NI<br>n = 7 |     | Grupo I<br>n = 6 |     | Total<br>n = 13 |    |
|-----------------------------------------------------------|-------------------|-----|------------------|-----|-----------------|----|
|                                                           | Frec.             | %   | Frec.            | %   | Frec.           | %  |
| <b>Estado civil</b>                                       |                   |     |                  |     |                 |    |
| Soltero                                                   | 4                 | 57  | 4                | 66  | 8               | 61 |
| Unión libre                                               | 2                 | 29  | 1                | 17  | 3               | 23 |
| Casado                                                    | 0                 | 14  | 1                | 17  | 1               | 8  |
| Viudo                                                     | 1                 |     | 0                | 0   | 1               | 8  |
| <b>Escolaridad</b>                                        |                   |     |                  |     |                 |    |
| Bachillerato                                              | 3                 | 43  | 4                | 67  | 7               | 54 |
| Licenciatura                                              | 1                 | 14  | 2                | 33  | 3               | 23 |
| Posgrado                                                  | 3                 | 43  | 0                | 0   | 3               | 23 |
| <b>Ciudad de residencia</b>                               |                   |     |                  |     |                 |    |
| Xalapa                                                    | 7                 | 100 | 3                | 49  | 10              | 76 |
| Coatepec                                                  | 0                 | 0   | 1                | 17  | 1               | 8  |
| Xico                                                      | 0                 | 0   | 1                | 17  | 1               | 8  |
| Pacho Viejo                                               | 0                 | 0   | 1                | 17  | 1               | 8  |
| <b>Consumo de otras sustancias adicionales al alcohol</b> |                   |     |                  |     |                 |    |
| Ninguna                                                   | 2                 | 29  | 3                | 50  | 5               | 39 |
| Nicotina                                                  | 2                 | 29  | 0                | 0   | 2               | 15 |
| Mariguana                                                 | 2                 | 29  | 0                | 0   | 2               | 15 |
| Inhalantes                                                | 0                 | 0   | 2                | 33  | 2               | 15 |
| Medicamentos sin prescripción                             | 1                 | 13  | 1                | 17  | 2               | 15 |
| <b>Tratamientos anteriores</b>                            |                   |     |                  |     |                 |    |
| Si                                                        | 2                 | 29  | 0                | 0   | 2               | 15 |
| No                                                        | 5                 | 71  | 6                | 100 | 11              | 85 |

Nota. n = número de individuos de una muestra determinada; Frec. = frecuencias; % = porcentaje; Grupo I = Grupo intervenido; Grupo NI = Grupo no intervenido.

Por otra parte, se les preguntó a los participantes si consumían otra sustancia aparte de alcohol; un 39% reportaron solo usar bebidas alcohólicas, 15% consumía nicotina, 15% marihuana, 15% inhalantes y 8% medicamentos sin prescripción. Finalmente, se preguntó además si habían tenido anteriormente algún tratamiento para la depresión y/o el consumo de alcohol; el 15% reconoció que sí y el 85% respondió negativamente (Tabla 2).

La edad promedio de la totalidad de los participantes fue de 31.0 años ( $DE = 8.28$ ). La edad media de inicio de consumo de alcohol fue de 15.6 ( $DE = 1.49$ ) mientras que la edad promedio en la que los participantes percibieron el consumo de alcohol como problemático fue de 22.6 ( $DE = 4.36$ ).

**Tabla 6**

*Calificaciones promedio de la edad, edad de inicio y edad de impacto de consumo de alcohol en los grupos de estudio y en la muestra total*

|                                           | Grupo NI<br>n = 7 |      |         | Grupo I<br>n = 6 |       |         | Total<br>n = 13 |      |         |
|-------------------------------------------|-------------------|------|---------|------------------|-------|---------|-----------------|------|---------|
|                                           | M                 | DE   | Mín-Máx | M                | DE    | Mín-Máx | M               | DE   | Mín-Máx |
| Edad                                      | 29.7              | 4.15 | 25-36   | 33.5             | 11.60 | 22-50   | 31.4            | 8.28 | 22-50   |
| Edad de inicio de consumo                 | 15.4              | 1.71 | 14-19   | 16.0             | 1.26  | 15-18   | 15.6            | 1.49 | 14-19   |
| Edad en que el consumo de alcohol impactó | 23.0              | 5.38 | 16-30   | 22.1             | 3.25  | 18-25   | 22.6            | 4.36 | 16-30   |

*Nota.* M = Media; DE = Desviación estándar; Mín = valor mínimo; Máx = valor máximo; Grupo I = Grupo intervenido; Grupo NI = Grupo no intervenido.

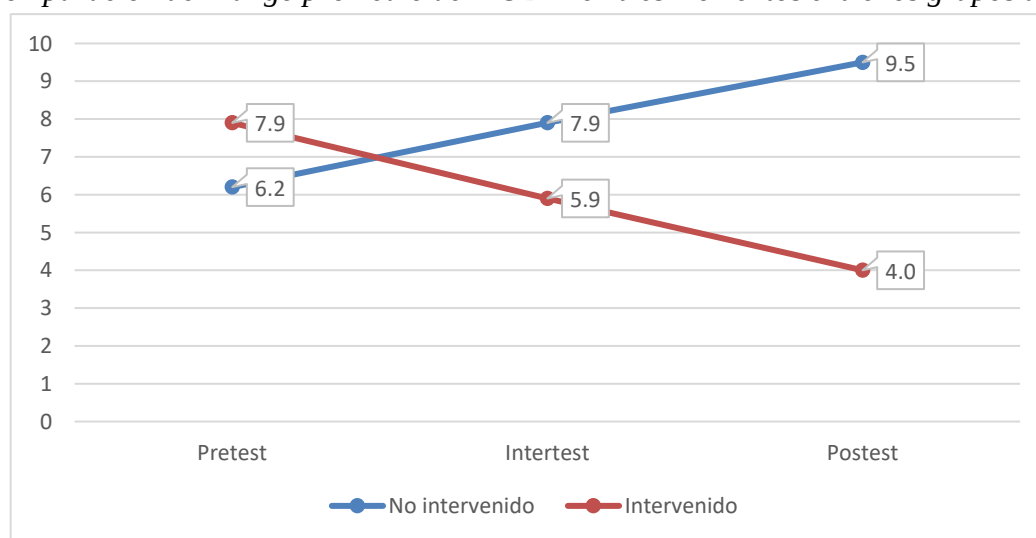
### **Evaluación de los cambios en el riesgo de consumo de alcohol (AUDIT), síntomas de depresión (Zung) y activación conductual (BADS)**

Antes de proceder a comparar los potenciales cambios en las variables de estudio entre los dos grupos de estudio en los tres momentos de medición, se aplicó la prueba Shapiro-Wilk para valorar la normalidad en cada una de las tres mediciones. Se utilizó esta prueba debido a que el tamaño de la muestra es pequeño. Los puntajes obtenidos muestran que hay una distribución normal en las tres mediciones en la variable AUDIT que mide el riesgo de consumo de alcohol y la posibilidad de dependencia, así como en la variable Zung, que mide la gravedad de un episodio depresivo, obtuvo una distribución no normal en los tres momentos de medición. La variable BADS, que mide los procesos de cambio en la activación conductual, como los comportamientos de activación y evitación (Tabla 7).

**Tabla 7***Prueba de normalidad Shaphiro-Wilk*

|       | Pretest              |          | Intertest            |          | Posttest             |          |
|-------|----------------------|----------|----------------------|----------|----------------------|----------|
|       | <i>Shaphiro-Wilk</i> | <i>p</i> | <i>Shaphiro-Wilk</i> | <i>p</i> | <i>Shaphiro-Wilk</i> | <i>p</i> |
| AUDIT | .957                 | .703     | .986                 | .996     | .940                 | .457     |
| Zung  | .711                 | .001     | .793                 | .006     | .813                 | .010     |
| BADS  | .923                 | .272     | .967                 | .858     | .945                 | .521     |

Como se puede observar en la Figura 3, el Grupo intervenido registró una disminución significativa en el riesgo de consumo de alcohol y la posibilidad de dependencia, en comparación con el Grupo No intervenido. Según la estimación por aplicación, no existen diferencias estadísticamente significativas en la aplicación pretest ( $U = 15.500$ ;  $p = .445$ ) ni en la aplicación intertest ( $U = 14.500$ ;  $p = .366$ ) entre los dos grupos; sin embargo, sí existen diferencias significativas en la aplicación posttest ( $U = 3.500$ ;  $p = .008$ ) entre los grupos.

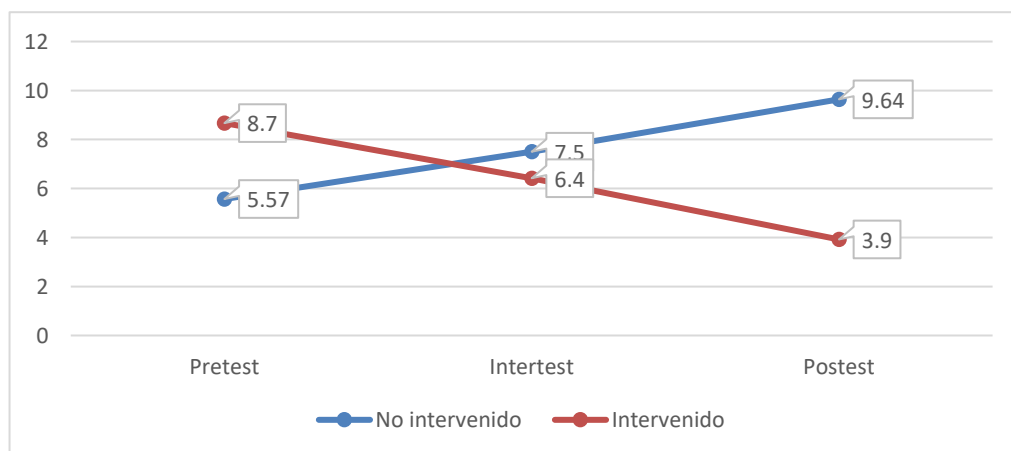
**Figura 3***Comparación del Rango promedio del AUDIT en tres momentos entre los grupos de estudio.*

En cuanto a los cambios de la presencia de síntomas depresivos a través de la escala Zung, se encontró que el Grupo Intervenido presentó menor sintomatología de acuerdo con lo esperado, estos cambios sustantivos se observaron a partir de la medición intertestes y se mantuvo en la medición posttest. Es de destacar, que el Grupo no intervenido registró un aumento en la gravedad de presentar un episodio depresivo (Figura 4). La estimación estadística al comparar ambos grupos en cada medición mostró que en la aplicación pretest

no se observaron diferencias significativas ( $U = 11.000$ ;  $p = .181$ ), ni en la medición intertest ( $U = 17.500$ ;  $p = .628$ ); sin embargo, sí se observaron diferencias significativas en la aplicación posttest ( $U = 2.500$ ;  $p = .005$ ).

**Figura 4**

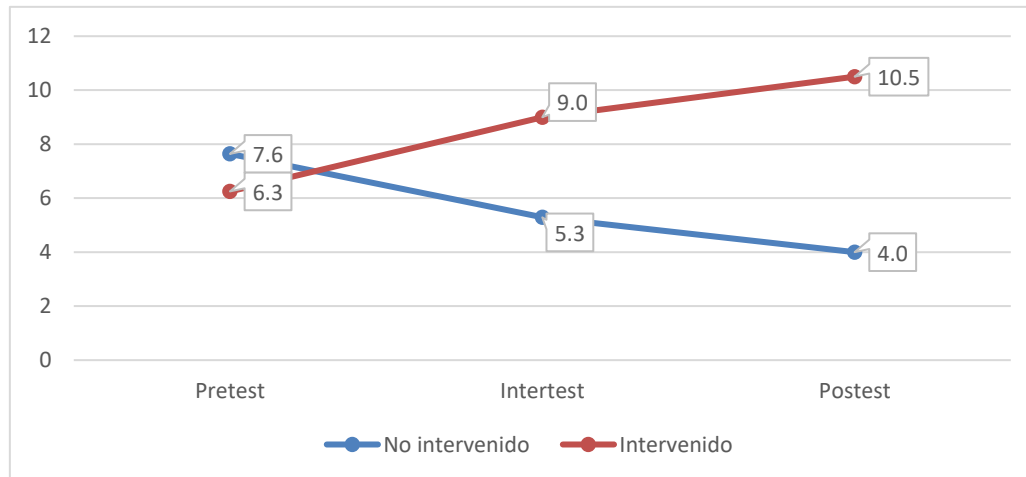
*Comparación del Rango promedio de Zung en tres momentos entre los grupos de estudio.*



Al igual que con las variables anteriores, la que explora los procesos de cambio en la activación conductual, como los comportamientos de activación y evitación, se observó que el Grupo Intervenido registró un incremento significativo en su activación conductual, particularmente en la medición posttest. De forma contraria, el Grupo no intervenido, conforme pasó el tiempo mostró un decremento en su comportamiento relacionado con la activación y evitación. Al comparar las calificaciones entre los grupos por aplicación, se tiene que no se encontraron diferencias significativas en la aplicación pretest ( $U = 16.500$ ;  $p = .534$ ), ni en la medición intertest ( $U = 9.000$ ;  $p = .101$ ); empero, sí existen diferencias significativas en la aplicación posttest ( $U = .000$ ;  $p = .001$ ).

**Figura 5**

*Comparación del Rango promedio del BADS en tres momentos entre los grupos de estudio.*



Como se puede observar, el grupo intervenido con la TACA muestra cambios en la dirección esperada; esto es, al término de su participación en el programa disminuyó el riesgo de consumo de alcohol y la posibilidad de dependencia, así como una menor gravedad de padecer un episodio depresivo, y aumentaron de manera importante los procesos de cambio en la activación conductual, como los comportamientos de activación y evitación.

Partiendo de esta información se procedió a identificar solo en el Grupo Intervenido los cambios puntuales a través del proceso de intervención de la TACA. Para ello se analizó el cambio en el puntaje de cada variable de estudio con las tres dimensiones. Así, se tiene que, a través de la prueba Friedman (Ver Tabla 8) se puede identificar que para cada una de las variables se observan diferencias estadísticamente significativas (AUDIT = .002; BADS = .002; Zung = .003) entre las aplicaciones pretest-intertest-posttest lo que se interpreta que existe una tendencia a la disminución de consumo de alcohol y síntomas depresivos y una tendencia al aumento en activación conductual tras la aplicación del programa intervención completo.

Como una medida complementaria para fortalecer el análisis de los cambios en las variables se estimó el tamaño del efecto. En el consumo de alcohol medido por la escala AUDIT se aprecia un tamaño del efecto grande ( $f = 2.74$ ) con una potencia estadística ( $1-\beta = 1.00$ ) que supera los niveles mínimos esperados (80 %). En la presencia de sintomatología depresiva, medida por la escala de Zung, también se aprecia un tamaño del efecto grande ( $f = 3.24$ ) con una alta potencia estadística ( $1-\beta = 1.00$ ). Finalmente, en la activación

conductual, medida por la escala BADS, como en las otras variables se aprecia un tamaño del efecto grande ( $f = 2.84$ ) con una alta potencia estadística ( $1-\beta = 1.00$ ).

**Tabla 8**

*Mediciones de las variables por aplicación en el Grupo Intervenido, la estimación del tamaño del efecto y la potencia estadística de la prueba*

| Variable | Fase  | Rango | Friedman | p    | f    | 1- $\beta$ |
|----------|-------|-------|----------|------|------|------------|
| AUDIT    | Pre   | 3.00  | 12.000   | .002 | 2.74 | 1.00       |
|          | Inter | 2.00  |          |      |      |            |
|          | Post  | 1.00  |          |      |      |            |
| BADS     | Pre   | 1.00  | 12.000   | .002 | 2.84 | 1.00       |
|          | Inter | 2.00  |          |      |      |            |
|          | Post  | 3.00  |          |      |      |            |
| Zung     | Pre   | 2.92  | 11.565   | .003 | 3.24 | 1.00       |
|          | Inter | 2.08  |          |      |      |            |
|          | Post  | 1.00  |          |      |      |            |

*Nota.* De acuerdo con Faul et al. (2007), los distintos niveles del tamaño del efecto se identifican a través de los siguientes rangos de calificación: < .10 tamaño del efecto pequeño; .25 tamaño del efecto moderado; .40 tamaño del efecto grande.

## Evaluación de los cambios en las variables de estudio por sujeto

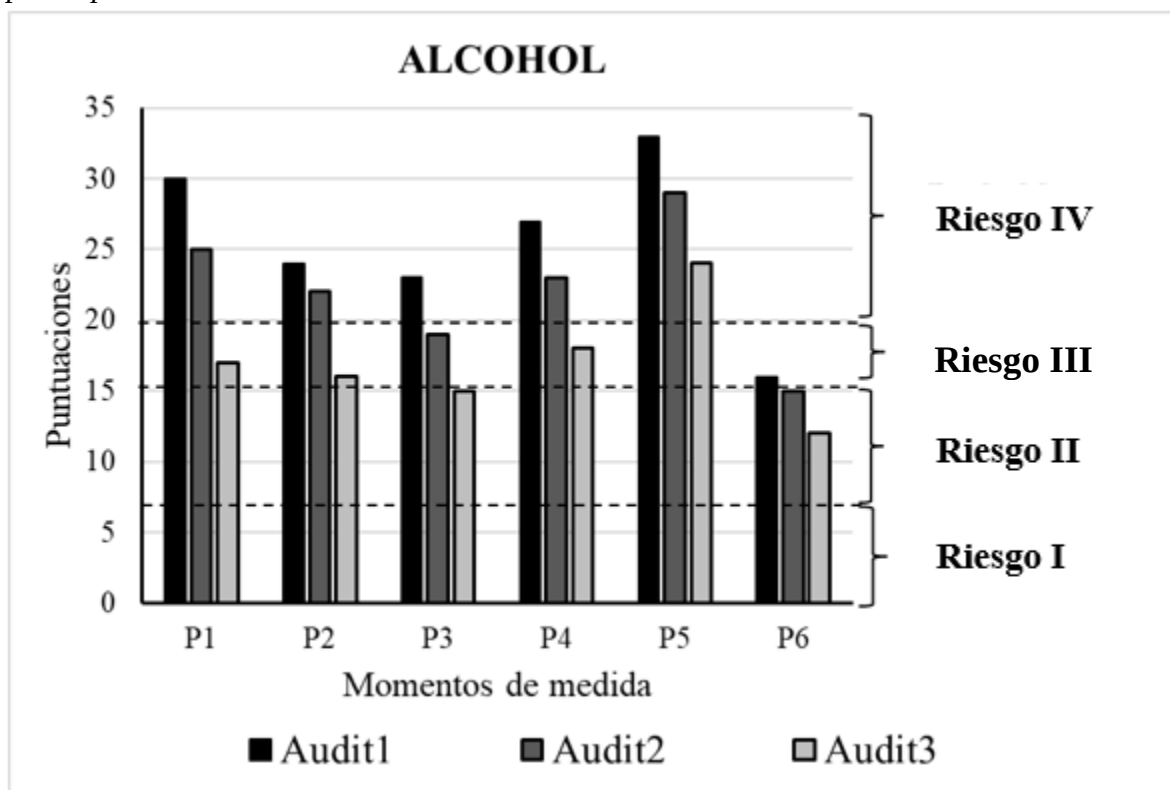
Como se ha señalado, las mediciones se tomaron en tres momentos, una medida inicial (pretest), una medida intermedia (intertest), una medida posterior al tratamiento (posttest). A continuación, se describen los resultados de cada una de las escalas aplicadas de acuerdo a los puntajes individuales de las personas que participaron en el programa de la TACA. Lo anterior, a fin de comprender mejor los cambios que se fueron gestando a lo largo de las sesiones.

— **Cambio en el Riesgo de consumo de alcohol y la posibilidad de dependencia (AUDIT).** Es importante recordar que, en todos los casos, uno de los criterios de inclusión en el estudio fue que las personas participantes calificaran con un consumo problemático de alcohol (Niveles de riesgo en el consumo de alcohol III y IV, de acuerdo con el AUDIT). Al realizar un análisis por cada una de las personas que participaron en el Grupo Intervenido, se observó una disminución importante en el riesgo del consumo de alcohol en todos los participantes. En la Figura 6 se observa que los sujetos P1, P2 y P4 pasaron de una probable adicción (Riesgo IV) a un nivel menor (Riesgo III) al concluir su participación en la TACA. Los participantes P3 y P6 pasaron de un Riesgo III a un Riesgo

II, lo cual resulta favorable. Sin embargo, la persona P5 no cambio de nivel (Riesgo IV), aunque presento disminución en su puntuación.

**Figura 6**

*Puntuaciones de las medidas de Riesgo en consumo de alcohol (AUDIT) por cada persona participante en la TACA*

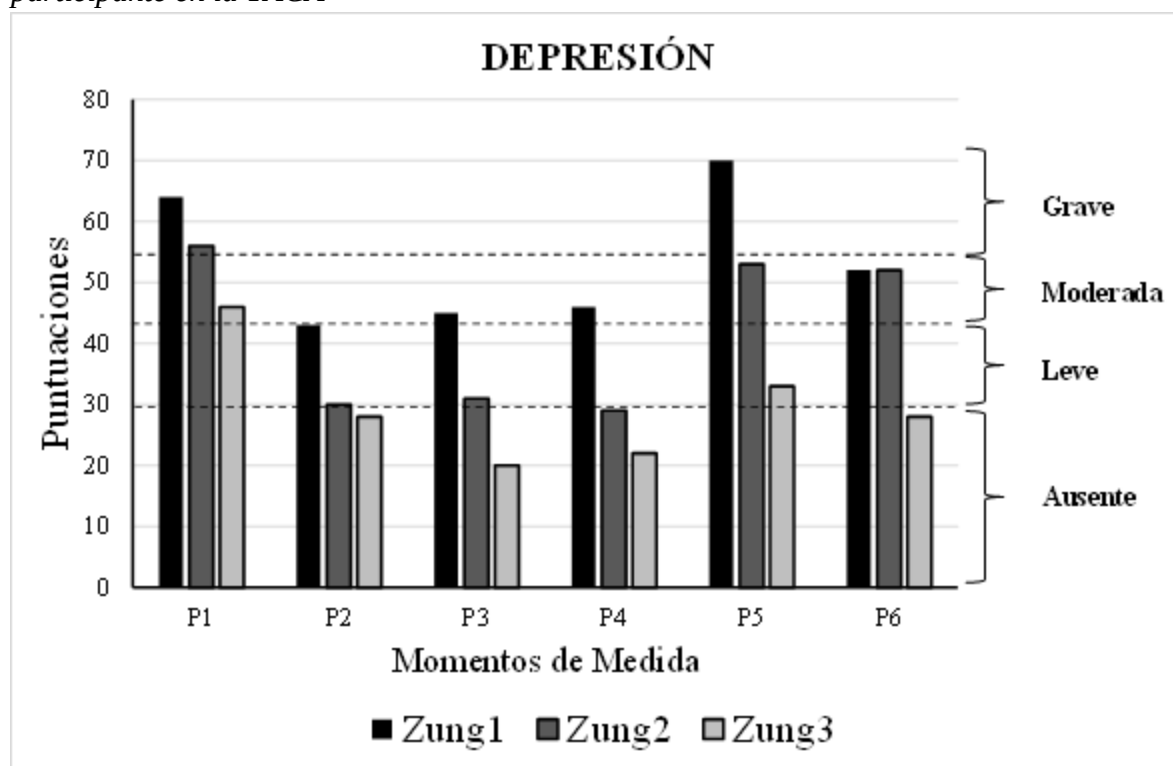


*Nota:* AUDIT 1 = Pretest, AUDIT 2 = Intertest, AUDIT 3 = Posttest

— **Cambio en la severidad de la Depresión (Zung).** Al comparar las puntuaciones de la escala de Zung se observó una disminución en la presencia de síntomas de la depresión en todos los participantes. Como se puede identificar en la Figura 7, se encontró que prácticamente todos los participantes calificaron con ausencia de depresión en la aplicación posttest, con excepción de las personas P1 y P5, que registraron al término de la participación en la TACA una disminución menor en la presencia de síntomas de depresión.

**Figura 7**

*Puntuaciones de las medidas de severidad de la depresión (Zung) por cada persona participante en la TACA*

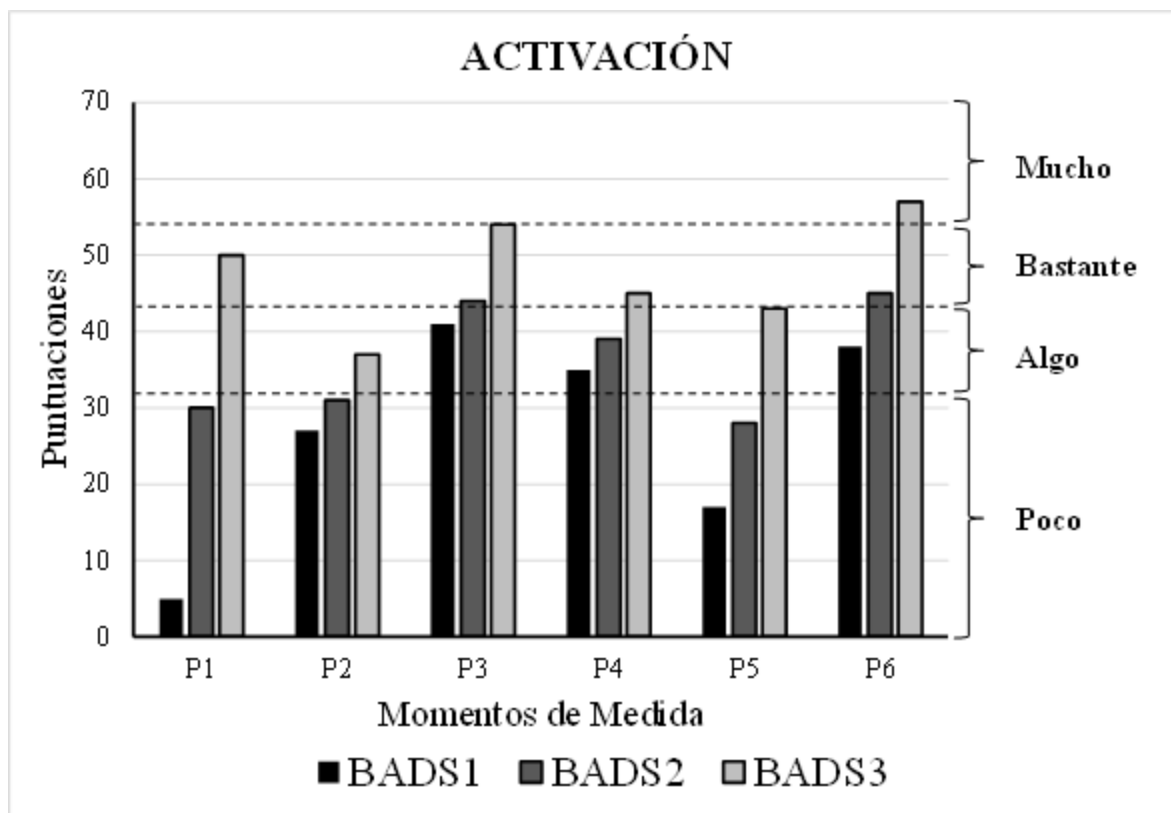


*Nota:* Zung 1 = Pretest, Zung 2 = Intertest, Zung 3 = Postest

— **Cambios en la activación conductual (BADS).** En general se observó una tendencia al aumento en activación en todos los participantes. Considerando la clasificación de Villanueva et al. (2020) en cuanto a los niveles de activación, se pone en evidencia que en todos los participantes registraron en la aplicación pretest “poca activación” y “algo de activación”; sin embargo, conforme se involucraron en la TACA se observaron cambios interesantes. Por ejemplo, en el paciente P1 cambió de “poca activación” a “bastante activación”; por su parte, las personas P2 y P5 pasaron de “poca activación” a “algo de activación” en el postest. Mientras que los participantes P3, P4 y P6 pasaron de “algo de activación” en el pretest a “mucho activación” en el postest (Ver Figura 8). Como puede observarse, en todos los casos el cambio reportado al final de la participación en la TACA fue en un sentido de acuerdo con lo esperado.

**Figura 8**

*Puntuaciones de las medidas de activación conductual (BADs) por cada persona participante en la TACA*



*Nota:* BADs1 = Pretest; BADs2 = Intertest; BADs3 = Posttest.

## Discusiones

Para llegar a evaluar la factibilidad de la TACA, primero fue necesario adaptar el protocolo del BATD a través de una valoración por jueces; un paso crucial antes de proceder con su implementación a gran escala o su evaluación con diseños más rigurosos. Los resultados obtenidos fueron favorables, lo que respalda la viabilidad del protocolo y su potencial para ser aplicado en contextos clínicos. Como se observó en los resultados de la adaptación, los jueces alcanzaron un acuerdo casi perfecto en los criterios evaluados: adaptabilidad, claridad, relevancia y en la evaluación global del Manual. Este proceso de adaptación ha demostrado ser coherente y viable en otras intervenciones grupales, como el estudio realizado por Garcés et al. (2022), así como en tratamientos para diversas sustancias, incluyendo el consumo de cigarrillos (MacPherson et al., 2017; Martínez et al., 2019; Sánchez-Ángulo et al., 2020) y mariguana (Baeza-Torres, 2021).

Posteriormente, se analizaron diversos criterios de factibilidad, como la tasa de reclutamiento, retención y abandono, así como la aceptabilidad por parte de los participantes en relación con el número de sesiones, su frecuencia y duración. Los participantes mostraron una alta adherencia a las tareas propuestas, como el monitoreo diario de actividades y la planificación, orientadas hacia sus valores personales. Este hallazgo es consistente con lo señalado por Maero y José-Quintero (2016), quienes subrayan que la adherencia a las actividades de monitoreo es crucial para mantener los cambios conductuales a largo plazo.

La TACA fue factible en su reclutamiento, con la inscripción de 32 personas, mostró una tasa de retención del 86% y una baja tasa de abandono al 14%, superando algunas barreras sociales e individuales (ya no hubo interés en participar, la distancia de su domicilio a la clínica fue una limitación, así como la falta de solvencia económica para asistir al programa). Asimismo, el estudio logró reclutar un número adecuado de participantes con consumo nocivo de alcohol y síntomas depresivos, lo cual es un indicador positivo de la factibilidad. Según Bowen et al. (2009), una tasa exitosa de reclutamiento es un paso crucial para validar la viabilidad de una intervención. Este éxito sugiere que la población objetivo estaba dispuesta a participar en la intervención, lo que refleja una demanda potencial de terapias integradas que aborden tanto la depresión como el consumo nocivo de alcohol (Leon et al., 2011).

La alta tasa de retención también fue un aspecto clave. Uno de los desafíos comunes en las intervenciones conductuales es la deserción (Kazdin, 2003), pero en este caso, la mayoría de los participantes completaron las sesiones, lo que indica una aceptación positiva de la TACA. Esto sugiere que los participantes encontraron la intervención relevante y accesible, manteniéndose comprometidos a lo largo del tratamiento. Sin embargo, solo uno no pudo completar todas las sesiones, y esto se debe a las dificultades familiares que tuvo y le impidieron llegar a las sesiones. De acuerdo con Granfield y Cloud (2001) el apoyo de amigos, familiares o la comunidad es crucial para la rehabilitación. Sin una red de apoyo, las personas con consumo nocivo de alcohol son más propensas a abandonar el tratamiento.

La aceptación de la intervención es otro criterio crucial de factibilidad. Los participantes reportaron una alta satisfacción con el número, frecuencia, duración y contenido de las sesiones centrado en la activación conductual y en actividades orientadas a generar placer y propósito (Dimidjian et al., 2011). Este nivel de aceptación es clave para la sostenibilidad del tratamiento, ya que una intervención que no es bien recibida tiende a fracasar en su implementación a largo plazo (Kazdin, 2003).

Desde el punto de vista de la implementación, los resultados muestran que la TACA es una intervención sencilla de aplicar en contextos clínicos. La alta tasa de adherencia al tratamiento es coherente con estudios previos, que sugieren que las intervenciones basadas en activación conductual tienen una alta aceptabilidad y aplicabilidad clínica debido a su enfoque estructurado y directo (Hopko et al., 2003; Daughters et al., 2018). Además, la simplicidad y flexibilidad de la TACA no solo benefician a los consultantes, sino que también facilitan su implementación en diversos entornos clínicos, tal como lo señalan Proctor et al. (2011). En este estudio, se evidenció que se pudo aplicar el protocolo sin mayores dificultades, lo que subraya la viabilidad de expandir su aplicación a otros contextos.

Finalmente, se aplicó la terapia y se evaluó su eficacia preliminar en la reducción de síntomas depresivos y el consumo nocivo de alcohol en los participantes. Este procedimiento permitió contar con un sustento teórico bien definido, así como una herramienta técnica validada por expertos. Los resultados reflejan que la TACA fue eficaz en la reducción tanto de los síntomas depresivos como del consumo nocivo de alcohol, lo cual apoya la literatura existente sobre la comorbilidad de estos trastornos (Pedrelli et al., 2016).

La TACA fue diseñada como una intervención que puede aplicarse de forma sencilla, lo que facilita su implementación en entornos clínicos. En este estudio se pudo aplicar el protocolo sin mayores dificultades, lo que coincide con investigaciones previas sobre intervenciones conductuales adaptadas, que sugieren que la simplicidad en la estructura del tratamiento es fundamental para su éxito (Proctor et al., 2011).

Uno de los hallazgos más importantes fue la reducción significativa de los síntomas depresivos en el grupo intervenido, lo que respalda estudios previos que sugieren la eficacia de la activación conductual para mejorar el estado de ánimo al incrementar la participación en actividades reforzantes (Lejuez et al., 2011; Kanter et al., 2009). Además, se observó una disminución en el consumo de alcohol, lo cual es coherente con estudios que indican que al tratar los síntomas depresivos se puede disminuir la dependencia de sustancias (González-Roz et al., 2016). Esta evidencia refuerza la idea de que intervenciones dirigidas a tratar tanto la depresión como el consumo de alcohol pueden generar mejoras en ambas áreas simultáneamente (Sullivan et al., 2005).

El análisis comparativo entre el grupo que recibió la intervención y el grupo que no la recibió reveló que los cambios en el grupo intervenido fueron significativamente más evidentes, mientras que el grupo no intervenido no presentó reducciones significativas en los síntomas depresivos ni en el consumo de alcohol durante el tiempo del estudio. Este resultado apoya investigaciones previas que sugieren que la activación conductual puede ser más eficaz que otros tratamientos en la comorbilidad de adicciones y síntomas depresivos (MacPherson et al., 2010).

A pesar de los resultados positivos, es necesario considerar algunas limitaciones del estudio. El diseño pre-experimental, aunque útil para evaluar la viabilidad inicial, no permite controlar de manera rigurosa las variables externas que podrían influir en los resultados (Leon et al., 2011). Por lo tanto, se recomienda realizar en futuros estudios diseños más rigurosos, como los ensayos clínicos aleatorizados, para confirmar estos hallazgos y explorar más a fondo los mecanismos específicos a través de los cuales la TACA puede reducir los síntomas depresivos y el consumo de alcohol (Proctor et al., 2011).

Asimismo, sería pertinente investigar cómo diferentes factores sociodemográficos, como el nivel educativo y el apoyo social, podrían influir en la eficacia de la intervención. Replicar el estudio en diferentes contextos, en mujeres y poblaciones también ayudaría a

determinar la generalización de los resultados, como han sugerido estudios similares en otras áreas de intervención psicológica (Sekhon et al., 2017).

## Conclusiones

La terapia de activación conductual ha mostrado ser adaptable en diferentes trastornos psicológicos donde la evitación y el escape es el problema que lleva a alejarse de los valores individuales. En el caso de la depresión y el consumo nocivo de alcohol, al ser una conducta en función de evitación, mostró ser flexible y adaptable en su contenido, formatos, tiempos de las sesiones y duración del tratamiento. Lo que permite sostener que en este primer momento se cumplió satisfactoriamente con los criterios de factibilidad de la TACA, tanto en términos de reclutamiento, retención y aceptación de la intervención. Esto concuerda con lo señalado por Bowen et al. (2009), quienes destacan que los estudios de factibilidad son fundamentales para garantizar el éxito en la implementación de nuevas intervenciones en la práctica clínica.

Esta intervención mostró ser factible en el reclutamiento, retención y poca probabilidad de abandono, lo cual, por sus características parsimoniosas promete ser un tratamiento menos costoso, flexible y llamativo para las instituciones públicas y privadas. La aceptabilidad de los participantes permitió hacer una reflexión del contenido, el tiempo y la frecuencia de las sesiones propuestas en el manual de la TACA.

La TACA es una nueva alternativa de abordaje al fenómeno de esta sustancia de una manera más holística, esto con la intención de no solamente disminuir el consumo, sino que también interviene los problemas emocionales como la depresión.

La activación conductual dirigida para el tratamiento del consumo alcohol, anima a las personas a exponerse a actividades más reforzantes y valiosas para sus vidas y desvía la atención al dejar de reforzar la conducta del consumo de la sustancia al llenar esos espacios de tiempo con actividades saludables o más adaptativas.

La participación en actividades placenteras puede generar un refuerzo positivo, lo que a su vez puede incrementar la motivación para evitar el consumo de sustancias. Al experimentar el disfrute y la satisfacción que ofrecen estas actividades alternativas, las personas pueden disminuir su necesidad de recurrir a drogas o alcohol en busca de gratificación.

Por otra parte, facilita el reconocimiento y modificación de patrones de conducta, esta técnica resulta especialmente valiosa para aquellos que recurren al alcohol como forma

inadecuada de afrontar el estrés y las emociones negativas, ya que pueden aprender estrategias alternativas para gestionar estas situaciones.

Aumenta el estado de ánimo, ya que la implicación en actividades gratificantes y significativas puede generar un efecto positivo en el estado anímico y la autoestima de una persona. Este fortalecimiento de la autovaloración y la sensación de éxito pueden potenciar la capacidad de adaptación y enfrentamiento ante dificultades, lo que incluye mantenerse abstemio.

Finalmente, la TACA, proporciona una estructura y nuevas actividades que ayudan a generar hábitos más saludables, lo que termina siendo beneficioso para las personas que luchan con la falta de estructura en su día a día debido al consumo del alcohol. Así, la TACA puede ser una herramienta útil para que, en un segundo momento, se pueda implementar a gran escala y analizar si logra mantener los resultados obtenidos en la presente investigación, analizando con mayor puntualidad el cumplimiento de los objetivos y su potencial impacto en las personas que son atendidas con esta terapéutica.

Este aporte en el contexto de la psicología clínica, contribuye a la gama de herramientas existentes para atender el consumo nocivo de alcohol y su comorbilidad con trastornos emocionales.

## **Limitaciones y recomendaciones**

Durante el estudio se presentaron algunos desafíos que se fueron superando a medida que fue construyéndose el proceso investigativo. En este apartado, se comparten las principales limitaciones que se encontraron durante la investigación, así como algunas recomendaciones para futuros estudios.

Una de las posibles limitaciones en el estudio fue el tamaño de la muestra, pues al ser una población clínica es complicado reclutar y retener en un proceso terapéutico a personas que se encuentran en rehabilitación por el consumo de sustancias psicoactivas, ya que una de las características en este grupo poblacional son las recaídas en el consumo de sustancias, sin embargo, es importante resaltar que el objetivo del estudio fue evaluar la factibilidad y no solamente el efecto del tratamiento.

Por lo tanto, este estudio deja una base sólida para replicar o realizar estudios mucho más grandes como ensayos clínicos aleatorizados donde el número de participantes sí requiere que sea mayor, de esta manera, aportaría más evidencia empírica a la TACA.

El sexo de los participantes más frecuente fueron hombres, y esto se debe a que hay muchos más factores de riesgo de consumo nocivo de alcohol en esta población (Ortiz-León et al., 2018); sin embargo, se recomienda para futuras investigaciones, tomar muestra en mujeres o grupos mixtos para evaluar si existen diferencias en cuanto a la variable sexo.

La ausencia de un diseño aleatorizado y controlado limita la capacidad para establecer causalidad directa entre la intervención y los cambios observados. Aunque los resultados se enfocan en la factibilidad como un primer acercamiento, sería importante tomar como base estos resultados y realizar ensayos clínicos aleatorizados en futuras investigaciones.

La toma de seguimiento al mes fue una limitación importante, ya que una vez los participantes terminaron su proceso terapéutico, fue imposible contactarlos para la toma de datos en un seguimiento formal; por lo tanto, se recomienda para estudios piloto o ensayos aleatorizados, tener en cuenta dicho factor para tomar mediciones posteriores una vez finalizada la intervención y así medir el mantenimiento de los cambios. También, el realizar estudios longitudinales podrían proporcionar datos más sólidos sobre la sostenibilidad de los efectos de la intervención y la prevención de recaídas en el consumo de alcohol.

Se sugiere, además, realizar una evaluación multicéntrica en diferentes contextos geográficos y culturales para examinar la factibilidad y eficacia de la TACA en diversas poblaciones y entornos.

Aunque se utilizó un protocolo estructurado, la implementación puede variar según las habilidades y experiencia de los terapeutas. Esto podría afectar la consistencia de los resultados, por lo tanto, es recomendable seguir adaptando el manual para que sea más detallados en diferentes poblaciones.

Lo anterior, lleva a plantarse otra sugerencia y es el diseñar y evaluar adaptaciones del protocolo TACA para poblaciones específicas, como adolescentes, mujeres, o personas con otros trastornos comórbidos que asegure que la intervención sea inclusiva y relevante para diversas necesidades.

Finalmente, se sugiere evaluar la intervención como parte de un enfoque integrado, ya que la combinación de estrategias terapéuticas puede potenciar los resultados en el tratamiento del consumo nocivo de alcohol y los síntomas depresivos. Por ejemplo, integrar la Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol y síntomas depresivos (TACA) con estrategias farmacológicas podría abordar tanto los componentes conductuales como los neurobiológicos del consumo problemático. Fármacos como el acamprosato o el naltrexona, utilizados para mitigar los síntomas de abstinencia y reducir el deseo de consumo, podrían complementar la TACA al facilitar la estabilidad emocional necesaria para que los participantes se involucren plenamente en actividades significativas y gratificantes.

Asimismo, incluir un componente familiar en la intervención permitiría aprovechar la red de apoyo social del participante. La participación activa de familiares podría fomentar un entorno más estructurado y reforzador, aumentando la probabilidad de éxito terapéutico. Este enfoque también podría incluir sesiones de psicoeducación dirigidas a los familiares para que comprendan mejor los mecanismos de la dependencia al alcohol y desarrollen habilidades para apoyar al participante de manera efectiva, minimizando factores de riesgo como conflictos familiares o dinámicas de refuerzo negativo.

Evaluar la TACA dentro de un marco integrado no solo permitiría maximizar la efectividad del tratamiento, sino también ofrecer un abordaje más holístico que tome en cuenta las necesidades específicas de cada paciente. Esta integración también podría ser clave

para personalizar las intervenciones según factores individuales, como la gravedad del consumo, las comorbilidades psicológicas y el contexto social del participante. Se recomienda desarrollar estudios que analicen estas combinaciones y su impacto en la adherencia al tratamiento, la reducción del consumo y la mejora del bienestar emocional a largo plazo.

## Referencias

- Abbott, H. (2014) The Distinction Between Randomized Clinical Trials (RCTs) and Preliminary Feasibility and Pilot Studies: What They Are and Are Not. *Journal Of Orthopaedic & Sports Physical Therapy*, 44 (8), 555-558.  
<https://doi.org/10.2519/jospt.2014.0110>
- Abreu, P. R., & Abreu, J. H. dos S. S. (2017). Ativação comportamental: Apresentando um protocolo integrador no tratamento da depressão. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 19 (3), 238–259.  
<https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i3.1065>
- Acosta, L., Fernández, A. & Pillon, S. (2011) Factores sociales para el uso de alcohol en adolescentes y jóvenes. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19, 771-781.  
<https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000700015>
- Aguado, H., Silberman, R. & Manrique, E. (2005). Lineamientos para la Evaluación y Conceptualización Cognitivo-Conductual de la Depresión. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6, 63-64.
- Almaraz-Castruita, D. (2018) *Intervención Holística de Enfermería para la reducción del consumo de tabaco: Consejo Breve y Atención Plena* (Tesis de Doctorado) Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey.
- American Psychiatric Association (2024). *DSM-5-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Ed. Medica Panamericana.
- American Psychological Association (2024). *Psychological Treatments Treatment: Behavioral Activation for Depression*. <https://div12.org/psychological-treatments/treatments/behavioral-activation-for-depression/#treatment-manuals>
- Andersson, G., & Titov, N. (2014). Advantages and limitations of Internet-based interventions for common mental disorders. *World Psychiatry*, 13(1), 4-11.  
<https://doi.org/10.1002/wps.20083>
- Armento, M., & Hopko, D. (2009). Behavioral Activation of a breast cancer patient with coexistent Major Depression and Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Case Studies*, 8(1), 25. doi: 10.1177/1534650108327474
- Avellaneda, A & Oróstegui, C. (2014). *Efectos de la Activación Conductual Sobre el Funcionamiento y Estado Afectivo Depresivo en Población Adulto Mayor* (Tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá.
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria*. Organización Mundial de la Salud.
- Baeza-Torres, E., Cruz-Morales, S. & Lira-Mandujano, J. (2021). Evaluación de activación conductual en universitarios que consumen marihuana: estudio piloto. *Revista internacional de investigación en adicciones*, 7(2), 13-22.  
doi:10.28931/riiad.2021.2.02
- Barón, M. (2018). *Activación Conductual, Depresión y Bienestar Psicológico en Personas con Lesión Medular* (Tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá.
- Barraca-Mairal, J. & Pérez-Álvarez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Ed. Síntesis.
- Barrios, V., Cesan, M., Cieplicki, N. & Rosales, M. (2021) Una revisión sobre la eficacia del tratamiento cognitivo conductual para el abordaje de la comorbilidad de dolor crónico y el consumo problemático de sustancias. *Neurotarget*, 15(3) 36-44.
- Bianchi, J., & Henao, Á. (2015). Activación conductual y depresión: Conceptualización, evidencia y aplicaciones en Iberoamérica. *Terapia Psicológica*, 33(2), 69–79.  
<https://doi.org/10.4067/S0718-48082015000200002>
- Blocker, J. S., Fahey, D. M. & Tyrrell, I. R. (2003). *Alcohol and Temperance in Modern History*. ABC-CLIO.

- Bocanegra, S. & Díaz, M. (2013). *Aplicación del Tratamiento de Activación Conductual Breve para la Depresión en Adolescentes: Estudio de Caso Único* (Tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá.
- Boden, J. M., & Fergusson, D. M. (2011). Alcohol and depression. *Addiction*, 106(5), 906-914. doi:10.1111/j.1360-0443.2010.03351.x
- Bowen, D. J., Kreuter, M., Spring, B., Cofta-Woerpel, L., Linnan, L., Weiner, D., Bakken, S., Kaplan, C. P., Squiers, L., Fabrizio, C., & Fernandez, M. (2009). How we design feasibility studies. *American journal of preventive medicine*, 36(5), 452–457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2009.02.002>
- Brenner, P., Brandt, L., Li, G., DiBernardo, A., Bodén, R., & Reutfors, J. (2020). Substance use disorders and risk for treatment resistant depression: a population-based, nested case-control study. *Addiction (Abingdon, England)*, 115(4), 768–777. <https://doi.org/10.1111/add.14866>
- Burnett, J. (1999). *Liquid Pleasures: A Social History of Drinks in Modern Britain*. Routledge.
- Calarco, C. A., & Lobo, M. K. (2020). Depression and substance use disorders: Clinical comorbidity and shared neurobiology. *International Review of Neurobiology*, 151, 1–50. <https://doi.org/10.1016/bs.irn.2020.09.004>
- Cañarte-Quimis, J. G., Villarreal-Calderón, L. A., & Villigua-Pincay, D. F. (2023). Prevención del consumo de estupefacientes y otras adicciones. *MQRInvestigar*, 7(4), 589–609. <https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023.589-609>
- Carver, C. S., Scheier, M. F. & Weintraub, J. K. (1994). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Centros de Integración Juvenil [CIJ] (2024). ¿Qué es CIJ? [http://www.cij.org.mx/Contenidos/que\\_cij/que\\_cij.html](http://www.cij.org.mx/Contenidos/que_cij/que_cij.html)
- Centros de Integración Juvenil [CIJ] (2024). *Reporte del Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Reporte estadístico del consumo de sustancias por entidad federativa y unidad de atención en consumidores de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil en el segundo semestre del 2023*. CIJ.
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] (2019). *Informe sobre el consumo de drogas en las Américas*. Organización de los Estados Americanos. <http://www.cicad.oas.org/main/pubs/Informe%20sobre%20el%20consumo%20de%20drogas%20en%20las%20Américas%202019.pdf>
- Comisión Nacional contra las Adicciones [CONADIC] (2018). 15 de noviembre, Día Nacional contra el Uso Nocivo del Alcohol. <https://www.gob.mx/salud/conadic/acciones-y-programas/15-de-noviembre-dia-nacional-contra-el-uso-nocivo-del-alcohol#:~:text=Se%20entiende%20por%20uso%20nocivo,con%20frecuencia%20consecuencias%20sociales%20adversas>.
- Conger, J. J. (1956). Reinforcement theory and the dynamics of alcoholism. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol*, 17(2), 296-305. doi:10.15288/qjsa.1956.17.296
- Cuevas-Ortega, W. (2020). *Efectividad De Un Tratamiento De Única Sesión De Activación Conductual Para Reducir Síntomas Depresivos En Cuidadores De Personas Con Enfermedades Crónicas* (Tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá.
- Daughters, S., Braun, A., Sargeant, M., Reynolds, E., Hopko, D., Blanco, C. & Lejuez, C. (2008). Effectiveness of a Brief Behavioral Treatment for Inner-City Illicit Drug Users with Elevated Depressive Symptoms. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 122-129. doi: 10.4088/JCP.v69n0116.
- Daughters, SB., Magidson, JF., Anand, D., Seitz-Brown, CJ., Chen, Y. & Baker, S. (2018) The effect of a behavioral activation treatment for substance use on post- treatment abstinence: a randomized controlled trial. *Addiction*, 113: 535–44.

- Delgadillo, J., Gore, S., Ali, S., Ekers, D., Gilbody, S., Gilchrist, G., McMillan, D., & Hughes, E. (2015). Feasibility randomized controlled trial of cognitive and behavioral interventions for depression symptoms in patients accessing drug and alcohol treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 55, 6–14. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2015.02.008>
- Dimidjian, S., Barrera, M. Jr., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535
- Escohotado, A. (2008). *Historia general de las drogas*. Ed. Espasa libros.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870. doi:10.1037/h0035605
- Fisher, M. P. (1929). *Prohibition and Its Consequences*. Houghton Mifflin.
- Garcés-Rojas, D. & Romero-Moreno, P. (2017). *Adaptación y Pilotaje de un Protocolo de Activación Conductual Grupal sobre Conductas Depresivas* (Tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá.
- Garcés-Rojas, D. (2022). *Terapia de Activación Conductual para el Consumo Excesivo de Alcohol (TACA). Manual de Intervención* [Manuscrito no publicado]. Universidad Veracruzana.
- Garcés-Rojas, D., Romero-Moreno, P., Bianchi-Salguero, J. & Montoya, C. (2022). Protocolo grupal BATD-R: Adaptación y efecto en estudiantes con síntomas depresivos. *Acta Comportamentalia*, 30 (1), 7-28. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/81388/71559>
- García, O. (2019). La construcción del DSM: genealogía de un producto sociopolítico. *THEORIA. Revista de Teoría, Historia y Fundamentos de la Ciencia*, 34 (3), 441-460.
- García-Aurrecoechea, R., Rodríguez-Kuri, S. E., & Córdova Alcaráz, A. (2008). Factores motivacionales protectores de la depresión y el consumo de drogas. *Salud Mental*, 31(6), 491-499. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2008/sam086e.pdf>
- García-Neme, D. (2021). *Validación de un protocolo de activación conductual grupal breve* (Tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá
- Glasgow, R. E., Vogt, T. M., & Boles, S. M. (1999). Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *American Journal of Public Health*, 89(9), 1322-1327. <https://doi.org/10.2105/ajph.89.9.1322>
- Gómez-Coronado, N., Sethi, R., Bortolasci, C., Arancini, L., Berk, M. & Dodd, S. (2018). Review of the neurobiological underpinning of comorbid substance use and mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 241, 388-401. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.041>
- González, M. (2018). Tratamiento de patología dual: Depresión y Trastorno por consumo de sustancias. *Psiquiatría y Salud Mental*, 35 (3), 244-252. [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005048/15-tratamiento-patologia-dual-depresion-y-ttto-x-consumo-susta\\_aXU77ST.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005048/15-tratamiento-patologia-dual-depresion-y-ttto-x-consumo-susta_aXU77ST.pdf)
- González-Roz, Valverde, López-Núñez & Secades-Villa (2016). Efecto de un protocolo de activación conductual para dejar de fumar sobre la sintomatología depresiva en fumadores. *Revista de Patología Dual*, 3 (3) 1-9. <http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.03.24>
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Jacobson, N. S., & Dobson, K. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 377-384. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.2.377>

- Granfield, R., & Cloud, W. (2001). Social context and “natural recovery”: The role of social capital in the resolution of drug-associated problems. *Substance Use & Misuse*, 36(11), 1543-1570. <https://doi.org/10.1081/JA-100106963>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Saha, T. D., Pickering, R. P., Kerridge, B. T., Ruan, W. J., Huang, B., Jung, J., Zhang, H., Fan, A., & Hasin, D. S. (2017). Prevalence of 12-Month Alcohol Use, High-Risk Drinking, and DSM-IV Alcohol Use Disorder in the United States, 2001-2002 to 2012-2013: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *JAMA psychiatry*, 74(9), 911–923. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2161>
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Ed. Springer Science & Business Media.
- Hernández, E. (2020). *Efecto del Tratamiento Breve De Activación Conductual en Formato Grupal (BATD-G) sobre la Sintomatología Depresiva en una Muestra de Militares Privados de la Libertad* (Tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá.
- Herrnstein, R. J. (1961). Relative and absolute strength of response as a function of frequency of reinforcement. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 4 (3), 267–272. doi:10.1901/jeab.1961.4-267.
- Hopko, D., Bell, J., Armento, M., Hunt, M & Lejuez, C. (2005). Behavior Therapy for Depressed Cancer Patients in Primary Care. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (2), 236-243. doi: 10.1037/0033-3204.42.2.236
- Hopko, D., Lejuez, C., Lepage, J. & McNeill, D. (2003). Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. A Randomized Pilot Trial Within an Inpatient Psychiatric Hospital. *Behavior Modification*, 27 (4), 458-469. doi: 10.1177/0145445503255489
- Hussong, A. M., Hicks, R. E., Levy, S. A., & Curran, P. J. (2001). Applying event history analysis to examine daily processes in dyadic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18(1), 157-183. doi:10.1177/0265407501181008
- Ibáñez, C., Cáceresa, J., Brucher, R. & Seijas, D. (2020) Trastornos del ánimo y trastornos por uso de sustancias: una comorbilidad compleja y frecuente. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31 (2), 174-182. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.02.005>
- Inglis, B. (1994). *El juego prohibido. Historia social de las drogas*. Ed. Tikal
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI] (2021). Resultados de la primera encuesta nacional de bienestar autorreportado (ENBIARE) 2021. [https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE\\_2021.pdf](https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/ENBIARE_2021.pdf)
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017*. INPRFM. [https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte\\_encodat\\_alcohol\\_2016\\_2017.pdf](https://encuestas.insp.mx/ena/encodat2017/reporte_encodat_alcohol_2016_2017.pdf)
- Jacobson, N. S., Martell, C. R. & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(3), 255-270. doi:10.1093/clipsy.8.3.255
- Jacobson, N., Dobson, K., Truax, P., Addis, M., Koerner, K., Gollan, J., Gordner, E. & Prince, S. (1996). A Component Analysis of Cognitive-Behavioral Treatment for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.295
- Kanter, J., Busch, A. M., & Rusch, L. (2009). *Behavior activation: distinctive features*. Routledge.
- Kazdin, A. E. (2003). *Research design in clinical psychology*. Allyn & Bacon.
- Kazdin, A. E. (2017). Innovations in psychosocial interventions and their delivery: Leveraging cutting-edge science to improve the world’s mental health. *Current Directions in Psychological Science*, 26(6), 640-648. <https://doi.org/10.1177/0963721417729378>
- Lehmann, W. (1996). The Development of Alcohol Distillation. *History of Alcohol Journal*, 5(3), 120-145.

- Lejuez, C. W., Hopko, D. R. & Hopko, S. D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification*, 25(2), 255-286. doi:10.1177/0145445501252005
- Lejuez, C., Hopko, D., Acierno, R., Daughters, S. & Pagoto, S. (2011). Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): Revised Treatment Manual (BATD-R). *Behavior Modification*, 35 (2) 111–161. doi: 10.1177/0145445510390929.
- Leon, A. C., Davis, L. L., & Kraemer, H. C. (2011). The role and interpretation of pilot studies in clinical research. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 626-629. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.008>
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261- 268. doi:10.1037/h0035142
- Lewis, C. C., Fischer, S., Weiner, B. J., Stanick, C., Kim, M., & Martinez, R. G. (2015). Outcomes for implementation science: an enhanced systematic review of instruments using evidence-based rating criteria. *Implementation science: IS*, 10, 155. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0342-x>
- Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (2010, 5 julio). Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión. <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
- Li, J., Wang, H., Li, M., Shen, Q., Li, X., Zhang, Y., Peng, J., Rong, X., & Peng, Y. (2020). Effect of alcohol use disorders and alcohol intake on the risk of subsequent depressive symptoms: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction (Abingdon, England)*, 115(7), 1224–1243. <https://doi.org/10.1111/add.14935>
- MacPherson, L., Collado, A., Ninnemann, A. & Hoffman, E. (2017) Development of a Behavioral Activation–Based Intervention for Cigarette-Smoking Young Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24 (1), 101-114. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.03.004>
- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., Hopko, D. R., Zvolensky, M. J., Brown, R. A., & Lejuez, C. W. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(1), 55–61. <https://doi.org/10.1037/a0017939>
- Maero, F. & José-Quintero, P. (2016). *Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión*. Ed. Akadia
- Magdaleno-Rico, J. G., Cruz-Morales, S. E., & Lira-Mandujano, J. (2023). Behavior Activation for Smoking Cessation in College Students through Videoconference: Pilot Study. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 9(2), 158–168. <https://doi.org/10.28931/riiad.2023.2.05>
- Magidson, J., Gorka, S., Macpherson, L., Hopko, D., Blanco, C., Lejuez, C. & Daughters, S. (2011). Examining the effect of the Life Enhancement Treatment for Substance Use (LETS ACT) on Residential Substance Abuse Treatment Retention. *Addictive Behaviors*, 36 (6), 615-623. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2011.01.016>
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Martell, C. R, Addis, M. E. & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context. Strategies for guided action*. W. W. Norton.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in Context: Strategies for Guided Action*. Ed. W.W. Norton & Company.
- Martell, C., Dimidjian, S. & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression. A clinician's guide*. Guilford Press.
- Martínez, C., López, A. & Becona, E. (2019) Activación conductual para el abandono del tabaco en una persona con depresión: un estudio de caso. *Información Psicológica*, 117, 71-87.

- Martínez-Andrade, G. (2016). *Diseño y factibilidad de una intervención preventiva de obesidad en niños preescolares atendidos en unidades de medicina familiar del IMSS en la Ciudad de México* (Tesis de doctorado). Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Martínez-González, J. M., Vilar-López, R. & Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a largo plazo de la terapia de grupo cognitivo-conductual del alcoholismo: impacto de la patología dual en el resultado del tratamiento. *Clínica y Salud*, 29, 1-8. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a1>
- Martínez-Vispo, C., Martínez, U., López-Durán, A., Fernández del Río, E. & Becoña, E.. (2018) Effects of behavioural activation on substance use and depression: a systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 13, 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13011-018-0173-2>
- McHugh, R. K., & Weiss, R. D. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol research: current reviews*, 40(1), arcr.v40.1.01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
- Mohr, D. C., Weingardt, K. R., Reddy, M., & Schueller, S. M. (2017). Three problems with current digital mental health research... and three things we can do about them. *Psychiatric Services*, 68(5), 427-429. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600541>
- Morales-Vallejo, P. (2012). *Estadística aplicada a las ciencias sociales*. Ed. Universidad Pontificia Comillas.
- Morris, S. B. (2008). Estimating effect sizes from pretest-posttest-control group designs. *Organizational Research Methods*, 11, 364–386. <https://doi.org/10.1177/109442810629105>
- Moya-Barba, P. (2023). *Alcohol Consumption and Policy in Modern Times*. Springer.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., & Fox, L. (2003). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice*. Guilford Press.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA] (2022). Binge Drinking. <https://www.niaaa.nih.gov/alcohols-effects-health/alcohol-topics/health-topics-binge-drinking>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2022a). La comorbilidad. <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/la-comorbilidad>
- National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2022b). Enfoques de tratamiento para la drogadicción. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion>
- Nicholls, J. (2009). *The Politics of Alcohol: A History of the Drink Question in England*. Manchester University Press.
- NOM-028-SSA2 (2009, 21 agosto) Estados Unidos Mexicanos. Secretaría de Salud. <https://www.cndh.org.mx/DocTR/2016/JUR/A70/01/JUR-20170331-NOR20.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1981). *Evaluación de programas y servicios sociales: normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud*. Ginebra
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2017). Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas. Organización Mundial de la Salud. [https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards\\_ESP-DRAFT.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf)
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2022). Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2019a). *Consumo de alcohol en las Américas: análisis de la situación y tendencias*. Organización Panamericana de la Salud.

- Organización Panamericana de Salud [OPS] (2019b). Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. OPS/NMH. [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Ortiz-León, M. C., Gogeaescoechea-Trejo, M. del C., Blázquez-Morales, M. S. L., Pavón-León, P., Barreto-Bedoya, P., & Pérez-Prada, M. P. (2018). Factores psicosociales asociados al consumo de drogas en estudiantes de dos universidades de América Latina. *Revista De Salud Pública*, 22(1), 41–52. <https://doi.org/10.31052/1853.1180.v22.n1.18655>
- Otten, R., van der Zwaluw, C. S., & Engels, R. C. (2017). Testing bidirectional relationships between alcohol use and depressive symptoms: What is the role of the serotonin transporter gene? *Alcohol*, 62, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2017.08.003>
- Pagoto, S., Schneider, C., Appelhans, B., Curtin, C. & Hadjuk, A. (2011). *Psychological Co- morbidities of Obesity*. In: S. Pagoto (Ed.), *Psychological Co-Morbidities of Physical Illness: A Behavioral Medicine Perspective* (pp. 311-334). Springer Science & Business Media. doi:10.1007/978-1-4419-0029-6
- Patrick, G. T. W. (1952). *Alcohol: Culture and Control*. University of Wisconsin Press.
- Pedrelli, P., Shapero, B., Archibald, A., & Dale, C. (2016). Alcohol use and depression during adolescence and young adulthood: a summary and interpretation of mixed findings. *Current addiction reports*, 3(1), 91–97. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0084-0>
- Pérez-Esparza, R. (2017). Tratamiento farmacológico de la depresión: actualidades y futuras direcciones. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 60 (5), 7-16. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422017000500007&lng=es&tlng=es)
- Pinzón, L. (2020). *Efecto Del Protocolo BATD-R Aplicado en dos Formatos de Intervención Administrados Secuencialmente en Adultos con Depresión en la Ciudad de Bogotá* (Tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá.
- Pott, S. L., Delgadillo, J., & Kellett, S. (2022). Is behavioral activation an effective and acceptable treatment for co-occurring depression and substance use disorders? A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 132, 108478. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108478>
- Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C. & Mittman, B. (2011). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38(1), 24-34. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
- Puddephatt, J. A., Irizar, P., Jones, A., Gage, S. H., & Goodwin, L. (2022). Associations of common mental disorder with alcohol use in the adult general population: a systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*, 117(6), 1543–1572. <https://doi.org/10.1111/add.15735>
- Ramírez-Cruz, J. (2023). Eficacia de las terapias online de activación conductual y cognitivo conductual para el tratamiento de la depresión en mujeres mexicanas víctimas de violencia. *Terapia Psicológica*, 41(1). 89-109. doi: 10.4067/S0718-48082023000100087
- Ramírez-Toscano, Y., Canto-Osorio, F., Carnalla, M., Colchero, M. A., Reynales-Shigematsu, L. M., Barrientos-Gutiérrez, T., & López-Olmedo, N. (2023). Patrones de consumo de alcohol en adolescentes y adultos mexicanos: Ensanut Continua 2022. *Salud pública de México*, 65, s75–s83. <https://doi.org/10.21149/14817>
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014, 2 abril) Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión. [http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg\\_LGS\\_MIS.pdf](http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGS_MIS.pdf)

- Restrepo, J. E., Sánchez, O. A., Calderón Vallejo, G. A., Castañeda Quirama, T., Osorio Sánchez, Y., & Diez Cardona, P. (2018). Depresión y su relación con el consumo de sustancias psicoactivas, el estrés académico y la ideación suicida en estudiantes universitarios colombianos. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 18(2), 227-239. <https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.359>
- Reyes, P. & Uribe, J. (2016). *Efectividad De Un Protocolo De Intervención De Única Sesión De Activación Conductual En Universitarios Con Sintomatología Depresiva* (Tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá.
- Reynolds, E. K., Macpherson, L., Tull, M. T., Baruch, D. E., & Lejuez, C. W. (2011). Integration of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD) into a college orientation program: depression and alcohol outcomes. *Journal of counseling psychology*, 58(4), 555–564. <https://doi.org/10.1037/a0024634>
- Rivera, B., Corrales, A., Cáceres, O. & Piña, J. (2007). Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH. *Terapia Psicológica*, 25 (2), 135-140.
- Rivera, S., Villouta, M. & Ilabaca, A. (2008). Entrevista motivacional: ¿cuál es su efectividad en problemas prevalentes de la atención primaria?. *Atención Primaria*, 40 (5), 257-61.
- Rojas-Jara, C. (2019). *Drogas, drogos y drogodependencias: reformulando el objeto, el sujeto y el tratamiento psicológico del consumo problemático de drogas*. En C. Rojas-Jara (Ed), *Drogas: sujeto, sociedad y cultura* (pp.107-122). Nueva Mirada.
- Roud, P. (1989). The History of Distillation. *Journal of Chemical Education*, 33, 166-173.
- Rounsaville, B. J., Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2001). A stage model of behavioral therapies research: Getting started and moving on from stage I. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8(2), 133-142. <https://doi.org/10.1093/clipsy/8.2.133>
- Sadowsky, J. (2021). *El imperio de la depresión. Una nueva historia*. Ed. Alianza
- Sánchez-Angulo, J., Barraca, J. Pérez, J., Thirion, I., Mora, J., Cruz, S., García, L. (2020). A preliminary study on the application of Behavioral Activation in the treatment of smoking in women. *Psychology, Society & Education*, 1. 35-47. doi:10.25115/psye.v13i2.3511
- Secretaría de Salud (2022). *2º Diagnóstico Operativo de Salud Mental y Adicciones*. Secretaría de Salud.
- Sekhon, M., Cartwright, M., & Francis, J. J. (2017). Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Services Research*, 17(1), 88. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2031-8>
- Shaw, J. G., Davis, L. A., Taylor, E. A., & Bessesen, M. T. (2021). Ensuring the Future of Mental Health Services: Innovations in Clinical Psychology and Psychiatry in Response to the COVID-19 Pandemic. *American Journal of Public Health*, 111(3), 504-506. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.306104>
- Sheynin, J., Liberzon, I., & Taylor, S. F. (2019). Behavioral and neurobiological factors in the comorbidity of depression and alcohol use disorders. *Neurobiology of Stress*, 10, 100135. doi:10.1016/j.ynstr.2019.100135
- Skinner, B. F. (1968). *Science and human behavior*. Free Press/Collier Macmillan.
- Smith, M. (2004). *The Art of Distillation*. Cambridge University Press.
- Sociedad Mexicana de Psicología (2010). *Código Ético del Psicólogo*. México: Ed. Trillas.
- Soleimani, M., Mohammadkhani, P., Dolatshahi, B., Alizadeh, H., Overmann, K. & Coolidge, F. (2015). A comparative study of group behavioral activation and cognitive therapy in reducing subsyndromal anxiety and depressive symptoms. *Iran Journal Psychiatry*, 10 (2). 71-78. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26884782/>
- Spirito, A., Hernandez, L., Cancilliere, M. K., Graves, H. R., Rodriguez, A. M., Operario, D., Jones, R., & Barnett, N. P. (2018). Parent and Adolescent Motivational Enhancement Intervention for Substance-Using, Truant Adolescents: A Pilot Randomized Trial. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American*

- Psychological Association, Division 53* (47), 467–479.  
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1399402>
- Staddon, J. E. (1986). Igualación, maximización y seguimiento de la recompensa. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 18(3), 367-386.  
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80518302.pdf>
- Suárez, A. & Clua-García, R. (2021) Políticas públicas dirigidas a personas consumidoras de drogas: Estrategias para la desestigmatización y la promoción de los derechos humanos. *Salud Colectiva*, 17, e3041. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3041>.
- Sullivan, L. E., Fiellin, D. A., & O'Connor, P. G. (2005). The prevalence and impact of alcohol problems in major depression: A systematic review. *American Journal of Medicine*, 118(4), 330-341. doi:10.1016/j.amjmed.2005.01.007
- Thabane, L., Ma, J., Chu, R., Cheng, J., Ismaila, A., Rios, L. P., Robson, R., Thabane, R., Giangregorio, L. & Goldsmith, C. H. (2010). A tutorial on pilot studies: the what, why and how. *BMC Medical Research Methodology*, 10(1), 1-10,  
<https://doi.org/10.1186/1471-2288-10-1>
- Torous, J., Jän Myrick, K., Rauseo-Ricupero, N., & Firth, J. (2020). Digital mental health and COVID-19: Using technology today to accelerate the curve on access and quality tomorrow. *JMIR Mental Health*, 7(3), e18848. <https://doi.org/10.2196/18848>
- Troncoso-González, V., & González-García, H. (2020). Patrón de consumo de alcohol y depresión en estudiantes de licenciatura de dos áreas del conocimiento, Universidad Autónoma de Zacatecas. *IBN SINA*, 11(1), 1-17.  
<https://doi.org/10.48777/ibnsina.v11i1.755>
- Uribarren, M. (2020). *Efecto del Tratamiento Breve de Activación Conductual para la Depresión (BATD-R) Sobre Sintomatología Depresiva en una Muestra con Esclerosis Lateral Amiotrófica* (Tesis de maestría). Fundación Universitaria Konrad Lorenz, Bogotá.
- Velásquez, M. (2022). *Psicopatología: una introducción a la clínica y la salud mental*. Ed. Pontificia Universidad Javeriana
- Villanueva, Y., Jurado, S. & Ramírez, A. (2020). Adaptación de la Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADSD) en pacientes con cáncer. *Revista Psicooncología*, 17(1), 25-39. <https://dx.doi.org/10.5209/psic.68239>
- Watts, A. L., Watson, D., Heath, A. C., & Sher, K. J. (2023). Alcohol use disorder criteria exhibit different comorbidity patterns. *Addiction (Abingdon, England)*, 118(8), 1457–1468. <https://doi.org/10.1111/add.16121>
- World Medical Association [WMA]. (Noviembre, 2013). Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (1964). *Journal of the American Medical Association –JAMA*, 310 (20), 2191-2194.  
<https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/DoH-Oct2013-JAMA.pdf>

## Anexos

### Anexo 1. Estructura de la Terapia de Activación Conductual para el Consumo Nocivo de Alcohol

| Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol |                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sesión                                                          | Contenido                                                                                                                                                                                                                 | Material                                                                                                                     |
| <b>Primera</b>                                                  | Construcción de las normas de convivencia<br>Introducción a la depresión<br>Introducción a la comorbilidad de depresión y alcohol<br>Objetivos del tratamiento<br>Presentación del monitoreo diario<br>Aplicación pretest | Monitoreo diario<br>Escala de medición pretest                                                                               |
| <b>Segunda</b>                                                  | Revisión del monitoreo diario<br>Presentación del formulario de áreas vitales, valores y actividades                                                                                                                      | Monitoreo diario<br>Formulario de áreas vitales, valores y actividades                                                       |
| <b>Tercera</b>                                                  | Revisión del monitoreo diario y del formulario de áreas vitales, valores y actividades<br>Presentación del formulario de selección y jerarquía de actividades                                                             | Monitoreo diario<br>Formulario de áreas vitales, valores y actividades<br>Formulario de selección y jerarquía de actividades |
| <b>Cuarta</b>                                                   | Revisión del monitoreo diario y del formulario de selección y jerarquía de actividades<br>Preparación para programación de actividades                                                                                    | Monitoreo diario<br>Formulario de selección y jerarquía de actividades                                                       |
| <b>Quinta</b>                                                   | Revisión del monitoreo diario con programación de actividades<br>Presentación de acuerdos                                                                                                                                 | Monitoreo diario con planificación de actividades<br>Formato de acuerdos                                                     |
| <b>Sexta</b>                                                    | Revisión del monitoreo diario con programación de actividades<br>Revisión de acuerdos                                                                                                                                     | Monitoreo diario con planificación de actividades<br>Formato de acuerdos                                                     |
| <b>Séptima</b>                                                  | Revisión del monitoreo diario con programación de actividades y del formulario de áreas vitales, valores y actividades                                                                                                    | Monitoreo diario con planificación de actividades<br>Formulario de áreas vitales, valores y actividades                      |
| <b>Octava</b>                                                   | Revisión del monitoreo diario con programación de actividades y del formulario de selección y jerarquía de actividades                                                                                                    | Monitoreo diario con planificación de actividades<br>Formulario de selección y jerarquía de actividades                      |
| <b>Novena</b>                                                   | Revisión del monitoreo diario con programación de actividades<br>Revisión de acuerdos                                                                                                                                     | Monitoreo diario con planificación de actividades<br>Formato de acuerdos                                                     |
| <b>Décima</b>                                                   | Revisión del monitoreo diario con programación de actividades<br>Preparación para el fin del tratamiento<br>Aplicación del posttest                                                                                       | Monitoreo diario con planificación de actividades<br>Escala de medición posttest                                             |

## Anexo 2. Formato para Evaluación de Adaptabilidad

Nombre del evaluador: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_

Grado de formación académica: \_\_\_\_\_

**Objetivo:** Evaluar la adaptación de la Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol.

**Instrucciones para los Expertos:** A continuación, encontrará una tabla de calificación en la cual se le solicita una calificación numérica y observaciones que perciba importantes mencionar sobre los componentes de las sesiones de la Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol en cuanto a su experiencia acerca de los contenidos de la Terapia Breve de Activación Conductual (BATD) original.

La asignación numérica a cada una de las sesiones evaluadas, se realizará en una escala de 1 a 4, donde el menor valor representa deficiencias significativas respecto a la adaptación, mientras que el mayor valor se utilizará para designarlo a las sesiones que contengan los elementos que estén acordes con una intervención de este tipo. Este procedimiento consta de cuatro apartados, en el primero se realiza la valoración numérica inicial a la sesión evaluada, en el segundo momento se harán públicas las puntuaciones asignadas y la socialización de las dudas emergentes, en el tercer momento los encargados de la adaptación resolverán las inquietudes que planteen cada uno de los evaluadores, de tal forma que cada uno tenga la oportunidad de considerar la calificación inicial.

Definición de los criterios de evaluación.

Nivel de adaptación: En este criterio el evaluador debe tener en cuenta que las características de la adaptación estén enfocadas a la población a intervenir y que así mismo conserve la esencia del protocolo original.

1 = No adaptable

2 = No seguro de su adaptabilidad, los componentes requieren más revisión

3 = Adaptable, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones.

4 = Muy adaptable, sin alteración

Claridad del procedimiento para el terapeuta: En este criterio es importante que el evaluador identifique si la adaptación realizada cuenta con los elementos fundamentales para hacer explícito al terapeuta el procedimiento. Es decir, si las instrucciones y apartados facilitan la aplicación del protocolo por el profesional.

1 = Nada claro

2 = Poco claro, los componentes requieren más revisión

3 = Claro, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones.

4 = Muy claro, sin alteración

Relevancia: En este criterio se evaluará el nivel de relevancia o importancia de introducir los nuevos componentes de cada sesión.

1 = Sin relevancia

2 = Poco relevante, los componentes requieren más revisión

3 = Relevante, pero es necesario realizar pequeñas modificaciones.

4 = Muy relevante, sin alteración

| Sesiones | Adaptación | Claridad | Relevancia | Total | Observaciones |
|----------|------------|----------|------------|-------|---------------|
| 1        |            |          |            |       |               |
| 2        |            |          |            |       |               |
| 3        |            |          |            |       |               |
| 4        |            |          |            |       |               |
| 5        |            |          |            |       |               |
| 6        |            |          |            |       |               |
| 7        |            |          |            |       |               |
| 8        |            |          |            |       |               |
| 9        |            |          |            |       |               |
| 10       |            |          |            |       |               |

### **Anexo 3. Consentimiento informado**

**Título del proyecto de investigación:** “Factibilidad de la Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol en Adultos con Síntomas Depresivos”

**Investigador Responsable:** Maestro en Psicología Clínica. Diego Alejandro Garcés Rojas

**Propósito del estudio:** Determinar la factibilidad, satisfacción y la eficacia preliminar de la Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol y síntomas depresivos.

**Procedimiento:** Se le está invitando a participar en una terapia para la reducción del consumo de alcohol y síntomas depresivos. Esta terapia se llevará a cabo de manera presencial a los interesados sin ningún costo económico. Antes de decidir si quiere o no participar necesita saber cuál es la metodología del estudio y por ello le presentamos este formato, llamado Consentimiento Informado, que le pediremos que firme si usted autoriza la participación por lo cual le pedimos que lo lea con atención. Si usted acepta participar, tendrá que realizar lo siguiente.

#### **Descripción del estudio:**

- Se le invitará a participar en el estudio, tendrá el beneficio de participar en la terapia para disminuir la frecuencia de consumo de alcohol y síntomas depresivos.
- En caso de que solo quiera asistir a las sesiones de Alcohólicos Anónimos se lo desea puede responder tres cuestionarios relacionados al consumo de alcohol, activación conductual y síntomas depresivos, estos cuestionarios serán llenados al inicio y después de finalizar la intervención.
- Si usted desea participar en la terapia, recibirá 10 sesiones con duración de 90 minutos dos veces por semana.

**Riesgos e inquietudes:** El tipo de riesgo es mínimo al participar en el estudio. Sin embargo, hay aspectos como a) llenado de cuestionarios y b) preguntas personales, si usted no se sintiera cómodo con los temas tratados, podrá suspender la intervención y el llenado de los cuestionarios y posteriormente decidir si desea seguir participando.

**Confidencialidad:** Las personas que tendrán información de su participación en la terapia serán los investigadores y usted. Es importante mencionarle que ninguna otra persona tendrá acceso a la información proporcionada. Además, toda la información que llene en los cuestionarios no podrá ser identificada, por nadie, inclusive, ni por el investigador, ya que esta será manejada a través de códigos de participante. Recuerde que los cuestionarios que contestará serán anónimos y la información será totalmente confidencial, los resultados podrán ser publicados en artículos científicos, únicamente de manera general y formarán parte de la tesis doctoral del investigador principal, nunca se presentará información individual.

**Derecho de Retirarse:** La participación en esta investigación es voluntaria. En el caso en que durante su participación usted considere que se presenta algún riesgo o daño para su salud o la del sujeto en quien se realice la investigación, se suspenderá. Usted, como participante tiene la libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio sin que por ello se creen perjuicios. La identidad y privacidad del/los participantes no serán divulgada. Es compromiso del profesional e investigador, proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio.

**Contacto:** Si usted tiene alguna pregunta, duda, sugerencia o aclaración acerca de los detalles de la investigación, o bien, acerca de los riesgos relacionados o sobre sus derechos como participante de este estudio, favor de comunicarse con el investigador Diego Alejandro Garcés Rojas al correo electrónico [Diegoa.garcesr@gmail.com](mailto:Diegoa.garcesr@gmail.com).

**Consentimiento:**

Yo voluntariamente acepto participar en la investigación “Factibilidad de la Terapia de Activación Conductual para Consumo Nocivo de Alcohol en Adultos con Síntomas Depresivos”. He leído la información en esta forma y todas mis dudas han sido resueltas. Aunque estoy aceptando participar en este estudio, no estoy renunciando a ningún derecho y puedo cancelar la participación en el momento que lo decida.

---

Firma Participante

Nombre:

Correo electrónico:

---

Testigo 1

Nombre:

---

Testigo 2

Nombre:

## Anexo 4. Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol

ANEXO B | 31

**Cuadro 10**

### Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol: versión de auto-pase.

PACIENTE: Debido a que el uso del alcohol puede afectar su salud e interferir con ciertos medicamentos y tratamientos, es importante que le hagamos algunas preguntas sobre su uso del alcohol. Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor.  
Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

| Preguntas                                                                                                                                                     | 0     | 1                        | 2                                      | 3                              | 4                         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| 1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?                                                                                                      | Nunca | Una o menos veces al mes | De 2 a 4 veces al mes                  | De 2 a 3 más veces a la semana | 4 o más veces a la semana |
| 2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?                                                                  | 1 o 2 | 3 o 4                    | 5 o 6                                  | De 7 a 9                       | 10 o más                  |
| 3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?                                                                                       | Nunca | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                           | Semanalmente                   | A diario o casi a diario  |
| 4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?                                                   | Nunca | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                           | Semanalmente                   | A diario o casi a diario  |
| 5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?                                              | Nunca | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                           | Semanalmente                   | A diario o casi a diario  |
| 6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?               | Nunca | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                           | Semanalmente                   | A diario o casi a diario  |
| 7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?                                   | Nunca | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                           | Semanalmente                   | A diario o casi a diario  |
| 8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?                        | Nunca | Menos de una vez al mes  | Mensualmente                           | Semanalmente                   | A diario o casi a diario  |
| 9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?                                                                                | No    |                          | Sí, pero no en el curso del último año |                                | Sí, el último año         |
| 10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por un consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber? | No    |                          | Sí, pero no en el curso del último año |                                | Sí, el último año         |
|                                                                                                                                                               |       |                          |                                        |                                | Total                     |

## Anexo 5. Escala Autoaplicada para la Depresión de Zung

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

| Por favor marque (✓) la columna adecuada.               | Poco tiempo | Algo del tiempo | Una buena parte del tiempo | La mayor parte del tiempo |
|---------------------------------------------------------|-------------|-----------------|----------------------------|---------------------------|
| 1. Me siento decaído y triste.                          |             |                 |                            |                           |
| 2. Por la mañana es cuando me siento mejor.             |             |                 |                            |                           |
| 3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.          |             |                 |                            |                           |
| 4. Tengo problemas para dormir por la noche.            |             |                 |                            |                           |
| 5. Como la misma cantidad de siempre.                   |             |                 |                            |                           |
| 6. Todavía disfruto el sexo.                            |             |                 |                            |                           |
| 7. He notado que estoy perdiendo peso.                  |             |                 |                            |                           |
| 8. Tengo problemas de estreñimiento.                    |             |                 |                            |                           |
| 9. Mi corazón late más rápido de lo normal.             |             |                 |                            |                           |
| 10. Me canso sin razón alguna.                          |             |                 |                            |                           |
| 11. Mi mente está tan clara como siempre.               |             |                 |                            |                           |
| 12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.             |             |                 |                            |                           |
| 13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.          |             |                 |                            |                           |
| 14. Siento esperanza en el futuro.                      |             |                 |                            |                           |
| 15. Estoy más irritable de lo normal.                   |             |                 |                            |                           |
| 16. Me es fácil tomar decisiones.                       |             |                 |                            |                           |
| 17. Siento que soy útil y me necesitan.                 |             |                 |                            |                           |
| 18. Mi vida es bastante plena.                          |             |                 |                            |                           |
| 19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.  |             |                 |                            |                           |
| 20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes. |             |                 |                            |                           |

## Anexo 6. Escala de Activación Conductual para la Depresión (BADs)

| Por favor lea cuidadosamente cada enunciado y marque con una "X" el círculo de la opción que mejor describe lo que experimento DURANTE LA SEMANA PASADA, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY. |                       |                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
|                                                                                                                                                                                    | Nunca<br>0            | Casi nunca<br>1       | Rara vez<br>2         | A veces<br>3          | Con frecuencia<br>4   | Casi siempre<br>5     | Siempre<br>6          |
| 1. Tomé buenas decisiones respecto a qué actividades hacer.                                                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Estuve activo y cumplí los objetivos que me propuse.                                                                                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Hice cosas para evitar sentir tristeza u otras emociones dolorosas.                                                                                                             | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Traté de no pensar en ciertas cosas.                                                                                                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Pasé mucho tiempo pensando una y otra vez en mis problemas.                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Seguí intentando pensar en formas de resolver un problema, pero nunca intenté alguna de las soluciones.                                                                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Pasé tiempo pensando en mi pasado.                                                                                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Alejé a las personas con mi negatividad.                                                                                                                                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Hice cosas para alejarme de otras personas.                                                                                                                                     | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Me tomé un tiempo libre del trabajo/escuela/quehaceres/responsabilidades simplemente porque no tuve ganas de hacerlo.                                                          | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Organice mis actividades del día.                                                                                                                                              | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Sólo me ocupé en actividades que podían distraerme de sentirme mal.                                                                                                            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Yesica María Villanueva Torres; Samuel Jurado Cárdenas; Armando Ramírez Ramírez

## Anexo 7. Formato de asistencia a las sesiones

### Grupo intervenido

| Participante | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | S6 | S7 | S8 | S9 | S10 |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 2            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 3            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 4            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 5            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 6            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 7            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 8            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 9            |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 10           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 11           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 12           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |

### Grupo No intervenido

| Participante | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | S6 | S7 | S8 | S9 | S10 |
|--------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 13           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 14           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 15           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 16           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 17           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 18           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 19           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 20           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 21           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 22           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 23           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |
| 24           |    |    |    |    |    |    |    |    |    |     |

\*Este grupo recibirá la TACA al finalizar el primer grupo.

**Fórmulas para calcular la tasa de reclutamiento, retención y abandono (Martínez-Andrade, 2016)**

$$\text{Tasa de reclutamiento} = \frac{\text{Total de personas que aceptaron participar}}{\text{Total de personas que cumplieron con los criterios de inclusión}} \times 100$$

$$\text{Tasa de retención} = \frac{\text{Total de personas que completaron la intervención}}{\text{Total de personas que iniciaron la intervención}} \times 100$$

$$\text{Tasa de abandono} = \frac{\text{Total de personas que se retiraron del estudio}}{\text{Total de personas que iniciaron la intervención}} \times 100$$

## Anexo 8. Formato de evaluación de aceptabilidad de la intervención

### Evaluación de satisfacción de la intervención

A continuación, te presentamos algunas preguntas relacionadas con tu satisfacción percibida y tu experiencia con la intervención, responde con una X en la respuesta según tu criterio. Recuerda que las respuestas que tú nos proporcionas nos ayudarán a mejorar los componentes y aspectos más importantes de la intervención.

| Pienso que...                           | Inadecuado | Medianamente adecuado | Adecuado |
|-----------------------------------------|------------|-----------------------|----------|
| 1. El número de sesiones fue...         |            |                       |          |
| 2. La frecuencia de las sesiones fue... |            |                       |          |
| 3. La duración de las sesiones fue...   |            |                       |          |
| 4. El contenido de las sesiones fue...  |            |                       |          |

|                                                                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5. Si tú crees que uno de los aspectos anteriores fue inadecuado, nos gustaría que nos mencionaras en qué podemos mejorar. |
| 6. Si tú crees que las sesiones fueron de importancia o utilidad para ti ¿Cuáles fueron?                                   |
| 7. Por el contrario, si crees que algún aspecto de las sesiones no fueron necesarias ¿Cuáles fueron?                       |
| 8. ¿La intervención completa fue de utilidad para ti? ¿en qué te ayudó?                                                    |
| 9. En una escala del 0 al 10 ¿Cuál es tu nivel de satisfacción, siendo 0 Nada Satisfecho y 10 Muy satisfecho?              |
| 10. ¿Recomendarías a algún conocido este programa de intervención para el consumo nocivo de alcohol?                       |

“Lis de Veracruz: Arte, Ciencia, Luz”

**[www.uv.mx](http://www.uv.mx)**

