

Beatriz Del Pilar Aguilar Belloc

**Trastorno por consumo de alcohol: A propósito de tres
casos clínicos**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Dirigido por Dr. Luis Heredia Santaella

MÁSTER EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Departamento de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2021-2022

El presente trabajo contiene información confidencial que no puede ser compartido en su totalidad. Por este motivo se ha excluido el análisis exhaustivo de los tres casos clínicos.

Índice

1. Introducción.....	1-2
2. Fundamentación teórica.....	2-13
3. Presentación, descripción y análisis funcional casos	
3.1 Caso 1: E.A.....	14-25
3.1.1 Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y de los datos de pretratamiento.	
3.1.2 Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema.	
3.1.3 Definición de objetivos de actuación.	
3.1.4 Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento utilizadas.	
3.1.5 Presentación de datos post tratamiento: resultados conseguidos.	
3.1.6 Discusión de los resultados obtenidos y seguimiento futuro.	
3.2 Caso 2: X.....	26-37
3.2.1 Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y de los datos de pretratamiento.	
3.2.2 Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema.	
3.2.3 Definición de objetivos de actuación.	
3.2.4 Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento utilizadas.	
3.2.5 Presentación de datos post tratamiento: resultados conseguidos.	
3.1.6 Discusión de los resultados obtenidos y seguimiento futuro.	
3.3 Caso 3: C.....	37-48
3.3.1 Explicación y justificación de las técnicas de evaluación aplicadas y de los datos de pretratamiento.	
3.3.2 Hipótesis diagnósticas, de mantenimiento y de origen del problema.	
3.3.3 Definición de objetivos de actuación.	
3.3.4 Explicación y justificación de las técnicas de tratamiento utilizadas.	
3.3.5 Presentación de datos post tratamiento: resultados conseguidos.	
3.3.6 Discusión de los resultados obtenidos y seguimiento futuro.	
4. Análisis de las limitaciones del trabajo.....	49-50
5. Conclusiones y perspectiva de futuro.....	51-52
6. Referencias.....	53-60
7. Anexos.....	61-70

Introducción

Si se presta atención al panorama nacional, una de las amenazas más peligrosas para la salud, que afecta la vida de millones de personas de manera directa e indirecta, es el consumo de sustancias. Tal y como refleja la última Encuesta sobre alcohol y Drogas en España (EDADES) de 2020, entre la población de 15 a 64 años las drogas legales consumidas en el último año con mayor prevalencia son: el alcohol (77,6%), el tabaco (40,2%), y para finalizar los hipnosedantes con y sin receta (12%). Respecto a las sustancias ilegales consumidas en el último año, el cannabis se encuentra en primer lugar (9,5%) y es seguido por la cocaína (2%). Por otro lado, merece especial atención la tendencia creciente en el patrón de policonsumo (consumo de dos o más sustancias psicoactivas), con un 40,4% de la población afirmando esta práctica que en el 90% de los casos incluye el consumo de alcohol y cocaína. En términos de evolución, la prevalencia aumentó respecto a 2017 en todos los tramos de edad, destacando un aumento en el consumo de diario con respecto años anteriores. Según EDADES (2020), el 5,2% de la población presenta un patrón de consumo, siendo el tramo entre 15-24 años donde la prevalencia es más alta y, además, donde no existe diferencia entre sexos. En relación con la edad media de inicio en el consumo, se sitúa en los 16,7 años, similar a años anteriores, siendo algo mayor la edad en mujeres que en hombres. Sin embargo, la encuesta ESTUDES (2021), realizada a población juvenil (14-18 años) sitúa la edad media de inicio en 14 años. Finalmente, si se habla de datos económicos, España es uno de los principales productores, distribuidores y consumidores de bebidas alcohólicas. La Agencia Tributaria cifró en 2019 el consumo de bebidas alcohólicas (millones de

litros) en 296L/per cápita con una caída importante en 2020 hasta 198L (por el impacto COVID). En España, la bebida más consumida es la cerveza (80%), seguida del vino (14%). Todas las bebidas alcohólicas son gravadas por impuestos especiales según su graduación, excepto el vino, ya que su impuesto especial es cero (Plan Nacional sobre Drogas, 2020). A nivel Nacional, existe una red asistencial plural y diversa conformada por recursos públicos y privados en las diferentes Comunidades autónomas. De este modo, se establecen tres niveles de actuación: el primero, conformado por centros de atención primaria y recursos de reducción de daños orientados a la atención, cribado y remisión a centros especializados; El segundo, conformado por centros ambulatorios especializados en el abordaje integral e interdisciplinar de las adicciones. Y el tercer nivel, recursos de alta especialización como las unidades de desintoxicación hospitalaria, Comunidades terapéuticas, y centros de reinserción social. Debido a que el alcohol sigue estando a la cabeza por ser la droga con mayor prevalencia consumida en España, el presente trabajo abordará el análisis de tres casos en actual tratamiento por alcoholismo, siendo el último de ellos policonsumidor con el alcohol como disparador del consumo de otras sustancias (Plan Nacional sobre Drogas, 2020).

Fundamentación teórica

El trastorno por consumo de alcohol, en adelante denominado TCA, se caracteriza por una pérdida de control sobre la ingesta, el consumo de manera compulsiva y la presencia de un estado emocional negativo cuando no hay ingesta de alcohol (Slade et al., 2021; Singal y Mathurin, 2021). Si se presta atención a los criterios que definen la enfermedad, no existe consenso entre los diferentes manuales de referencia, y la brecha es cada vez mayor entre los sistemas

diagnósticos. (Saunders et al., 2019). Por un lado, el DSM V reserva el diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, a criterios operacionales como el uso prolongado de alcohol durante un mínimo de doce meses, esfuerzos fracasados de abandonar la bebida, deseos persistentes y de búsqueda de consumo, sintomatología de tolerancia y abstinencia y deterioro en las relaciones sociales, de ocio y ámbito laboral, midiendo la gravedad por el número de criterios cumplidos. (APA, 2013). Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud en la última versión de la CIE-11 (2018), se refiere al abuso como trastorno por dependencia o patrón nocivo de consumo de alcohol, siendo la dependencia la manifestación más grave. A su vez, existen otros criterios para delimitar el trastorno, por ejemplo, con la unidad de bebida estándar (UBE), entendida como 10 gramos de etanol puro. En el caso de los hombres, un consumo de riesgo será aquel por encima de las 28 UBE semanales y para mujeres si se sobrepasa las 17 UBE (San y Arranz, 2016).

Etiopatogenia y factores de riesgo del alcoholismo

Para comenzar, se ha de tener en cuenta que el trastorno por consumo de alcohol, y en general la patología relacionada con las adicciones, son el resultado de una compleja interacción de factores individuales, biológicos, sociales y culturales. (Carvalho et al., 2019). A continuación, se abordarán las áreas que, según las investigaciones, pueden actuar como "disparadores" para el desarrollo del trastorno por consumo de alcohol. En primer lugar, respecto a los factores individuales, los estudios sobre familia y gemelos fueron los primeros en demostrar la importancia que tiene la genética en el desarrollo de trastornos adictivos (Tawa et al., 2016). En los estudios que se han llevado a cabo en los últimos treinta años, se habla de una heredabilidad estimada de entre el 40%

hasta el 70%, aunque es el último meta-análisis que compila 12 estudios con gemelos y 5 estudios de adopción (2015), el que determina que se trata del 50%, y el que pone en relevancia el papel que juegan los factores ambientales en el origen y mantenimiento del trastorno. (Verhulst et al., 2015). Por otro lado, existen algunos polimorfismos de genes que están relacionados con las enzimas encargadas de metabolizar el etanol, con el sistema dopaminérgico, con la neuroplasticidad o con los efectos reforzantes que pueden influir en la vulnerabilidad del individuo a desarrollar este diagnóstico (Nestler, 2001; Dodge et al., 2017). Otro de los factores individuales de vulnerabilidad es la personalidad. Tal y como describe el estudio de gemelos llevado a cabo por Rosenstrom y sus colaboradores en 2018, parece que la impulsividad, la emocionalidad negativa y la desinhibición conductual son rasgos de personalidad que pueden predecir cierta predisposición a desarrollar un consumo problemático, en especial durante la adolescencia, etapa que se caracteriza por la búsqueda de sensaciones y la sensibilidad a la recompensa (Li et al., 2017; Martinez-Loredo et al., 2018). Respecto a los resultados de las investigaciones sobre comorbilidad psiquiátrica, se observa una relación entre patología ansiosa y depresiva, trastorno límite de la personalidad, trastorno antisocial y el riesgo de que aparezcan problemas con el alcohol (Yang, et al., 2018). Por otro lado, se han de remarcar algunos aspectos ambientales fundamentales para el origen del alcoholismo. El consumo de alcohol ha estado presente a lo largo de la historia, desde la religión, a tradiciones sociales o a la vida cotidiana. Esta "normalidad" y accesibilidad en el mercado, ofreciendo bajos precios o mediante la publicidad, ha hecho no solo que se convierta en un comportamiento aceptado por la sociedad y que se infravaloren sus consecuencias, sino que se perciba como una vía positiva para la interacción social (Brachowicz y Vall Castello, 2020). Además, existen factores que aumentan la vulnerabilidad del

individuo, desde factores socio-culturales como la clase social, el estatus económico o el barrio donde se reside, hasta haber sido víctima de eventos estresantes o traumáticos (Casswell, et al., 2018; Yang, et al., 2018). Por último, cabe destacar el metaanálisis más reciente sobre los factores parentales y la estructura familiar asociados con el consumo de alcohol en la adolescencia. Esta revisión, explica cómo los procesos de aprendizaje adquiridos en la infancia y el estilo de educación parental influyen directamente en el desarrollo de normas prosociales. De esta manera en la adolescencia, cuando prime el grupo de iguales, el ocio y la diversión frente a la familia, será más probable una alta percepción del riesgo del consumo (Yap et al., 2017).

Bases neurobiológicas del alcoholismo

La adicción al alcohol es una enfermedad del SNC, por la combinación de factores ambientales y genéticos, donde también se producen alteraciones neurobiológicas en los sistemas motivacional y de recompensa cerebral, que se asocian a cambios cognitivos, emocionales y de respuesta al estrés (Koob y Volkow, 2016). Cuando se consume alcohol, se activa el circuito de la recompensa cerebral donde se incluyen estructuras del sistema límbico (amígdala-accumbens e hipocampo), esto genera la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, activación del sistema serotoninérgico, glutamatérgico, GABAérgico y opioide, explicando así el efecto reforzador positivo del alcohol (Koob y Volkow, 2016; Mayor et al., 2019). Sin embargo, con el alcohol u otras drogas no sólo se produce un efecto de saciedad al inicio del consumo, sino que se genera un efecto incentivo, así como deseo de seguir consumiendo y una dificultad para el control de consumo. (Zhang y Volkow, 2019). De esta manera, síntomas como la ansiedad, el insomnio, la anhedonia, la disforia, el *craving* o la impulsividad forman parte del efecto

reforzador negativo del alcohol, debido a la hiperexcitación o irritabilidad del SNC (Anton et al., 2020). Por otro lado, el cerebelo actúa como un controlador avanzado, haciendo predicciones inconscientes de disponibilidad de alcohol en función de estímulos condicionados internos o externos (Miquel et al., 2019). Con estas premisas neurobiológicas se postulan varias teorías neurobiológicas sobre la adicción: 1) La Teoría del déficit de recompensa y sobrecarga de estrés, que explica la alteración de estos dos sistemas cuando se restringe el acceso al alcohol. Por tanto, el resultado de esta hiperfunción produciría el aumento de sensibilidad, de los estados negativos y del consumo compulsivo, debido a la corticotropina e hipodopaminergia prefrontal; 2) La Teoría de la sensibilización incentiva (por hipersensibilización del sistema mesolímbico de recompensa), debido al impacto repetido del alcohol sobre estructuras cerebrales sin retorno a la homeostasis previa, y que requiere para conseguir estabilidad cambios adaptativos en el funcionamiento neuronal, en el caso del alcohol estos cambios no solo son funcionales sino también histológicos, algunos de los cuales van a ser difícilmente reversibles; Y en último lugar, la teoría de déficit de recompensa, que postula la existencia de un déficit en las vías de recompensa, teniendo como resultado la hipo-activación y disminución de la experiencia de placer (Koob, 2013).

Principales modelos y teorías sobre el origen y mantenimiento del alcoholismo

Son muchos los modelos que han tratado de explicar el origen del alcoholismo a lo largo de la historia. Algunos modelos están en desuso por su poca evidencia empírica y su carácter reduccionista, como la teoría moral, que justificaba el alcoholismo como una decisión propia, o el modelo espiritual que ponía énfasis en la creencia en Dios para la recuperación. Más tarde, con el auge

de los estudios de procesos fisiológicos y genéticos, apareció el modelo biomédico. Esta teoría propone que el alcoholismo es una enfermedad crónica con substrato puramente biológico (Hermida et al., 2007). Debido a la diversidad de modelos explicativos que han ido apareciendo, Becoña (2008), estableció tres grupos distinguidos que hoy en día se siguen utilizando. El primer grupo hace referencia a las teorías parciales o basadas en pocos componentes, como las mencionadas anteriormente, y donde también se pueden incluir la Teoría de acción razonada de Fishben y Ajzen (1977), las teorías de aprendizaje, el modelo de Salud Pública o el modelo sistémico. En segundo lugar, se encuentran aquellas que enfatizan en procesos evolutivos y estadios como el de Kandel (2002), el modelo de madurez de Labouvie (1998), o el modelo psicopatológico de Glantz (1992). El último grupo son los modelos integrativos, que se caracterizan por explicar el inicio y mantenimiento del consumo aunando diferentes teorías. En esta categoría aparecen modelos como la teoría cognitiva social de Bandura (1997), la teoría interaccional de Thornberry (1987), el modelo de autocontrol de Santacreu (1992) o el modelo biopsicosocial. A continuación, se explicará más detalladamente la teoría de aprendizaje cognitivo-social de Bandura por ser el planteamiento que según los teóricos, se ajusta en mayor medida a la realidad y cuyo modelo aplicado aporta una alta eficacia en las intervenciones, especialmente en el abordaje de recaídas (Minda-Mina, 2021). Esta teoría rechaza que el alcoholismo se deba sólo a variable biológicas, sino que es un complejo entramado que se compone de la historia de aprendizaje personal (como socializar mediante la bebida), la situación ambiental (grupo de iguales o familia), y de las cogniciones. (Bandura, 1986; Sanchez-Hervás et al., 2002). así pues, explica la adicción como un proceso de aprendizaje adquirido a partir de tres sistemas: El primero, aquellos estímulos externos que influirían por medio del condicionamiento clásico y que inducen la

necesidad de beber; El segundo, hace referencia a las consecuencias que actúan como refuerzos por medio del condicionamiento operante; Y el último, refiere a los procesos cognitivos, como las expectativas o la autoeficacia, que regularán los estímulos ambientales. De esta manera, un episodio de consumo se producirá cuando exista una demanda situacional en la que el sujeto se percibe como incapaz (baja autoeficacia), y con poca disponibilidad de alternativas. Así pues, la tolerancia a los refuerzos del alcohol creará que la persona beba cada vez más y por tanto una dependencia. (Sanchez-Hervás et al., 2002; Becoña, 2016; Abdullah, 2019). En la actualidad un modelo que cuenta con amplio apoyo en el ámbito de las adicciones y muy similar al anterior, es el modelo biopsicosocial de Engel (1977). Este modelo propone que el desarrollo y mantenimiento del alcoholismo se debe a componentes biológicos, psicológicos y sociales que interaccionan de manera sinérgica. Además, explica cómo personas con circunstancias de riesgo similares pueden evolucionar de una manera u otra debido a los factores de protección o compensatorios. (Dowling et al., 2017; Allami et al., 2018).

Consecuencias del alcoholismo

Los efectos del consumo crónico de alcohol son asociadas a un amplio espectro de complicaciones médicas. La patología digestiva es la más frecuente y abarca desde el desarrollo de esofagitis, úlceras, gastritis pancreatitis y cirrosis. Respecto a la patología cardiovascular, el consumo excesivo de alcohol se ha relacionado con mayor riesgo de padecer arritmias, muerte súbita, hipertensión y con un incremento de sufrir accidentes cerebrovasculares. Otras fisiopatologías reseñables por los investigadores son la enfermedad renal, el cáncer, la artritis, o la disfunción del sistema inmunológico (Piano, 2017; Dguzeh, et al., 2018; Rungay et al., 2021). Las patologías neurológicas son otra de las consecuencias comunes

en personas que sufren alcoholismo. La neuropatía periférica es frecuente en el alcoholismo crónico, afecta a las extremidades inferiores (hormigueos, pinchazos, quemazón) y se relaciona con una deficiencia de la tiamina y con el efecto neurotóxico del etanol y sus metabolitos. Otra patología neuropsiquiátrica aguda causada por el déficit de tiamina es la encefalopatía Wernicke-Korsakoff, que se caracteriza por la pérdida de memoria episódica y semántica (Oudman et al., 2021). El efecto tóxico puede influir en el desarrollo de la degeneración cerebelosa y en el deterioro neurodegenerativo, que afecta a los lóbulos frontales, hipocampo, cuerpo calloso y regiones diencefálicas. El deterioro de estas zonas puede traer consigo alteraciones cognitivas en atención, memoria, percepción, capacidades visoespaciales, toma de decisiones y control inhibitorio, (Dguzeh et al., 2018; Rumgay et al., 2021). Por otro lado, la comorbilidad con trastornos psiquiátricos es elevada. Los trastornos de ansiedad se dan en uno de cada tres pacientes, al igual que los trastornos de personalidad, dónde se destaca el trastorno bipolar con una prevalencia de hasta el 50%, el trastorno límite y el antisocial. (Dodge et al., 2017; Mayor et al., 2019). A su vez, pueden producirse complicaciones sociofamiliares, como la pérdida de trabajo o disminución del rendimiento laboral, aumento de los problemas legales e incremento de la violencia, negligencia parental, rupturas sentimentales y deterioro en el ámbito interpersonal, costes económicos e incluso incremento de accidentes de tráfico. (Erol, y Karpyak, 2015; Mayor et al., 2019).

Abordaje del alcoholismo

A pesar de que la dependencia del alcohol es la causante de una notable mortalidad en Europa, es uno de los diagnósticos con menor prevalencia de tratamiento (Rehm et al., 2015). En un estudio cuya muestra supera los 13.000

pacientes alrededor de seis países europeos, sólo el 22,3% de los pacientes con el diagnóstico de dependencia recibieron intervención. Tal y como indican los estudios, el primer paso en un paciente con alcoholismo ha de ser la reducción de ingesta de alcohol, ya que llevará consigo lograr un proceso de abstinencia y, por ende, la reducción de síntomas físicos y posteriores enfermedades que están íntimamente relacionados con la mortalidad,(hepatitis, pancreatitis aguda, alteraciones cardiovasculares, neumonía, etc.) (Singal y Mathurin, 2021). A continuación, se hará un repaso desde los tratamientos farmacológicos hasta las intervenciones psicológicas, teniendo presente la eficacia de combinar ambas para obtener un tratamiento completo. Para comenzar, A la hora de abordar los tratamientos médico-farmacológicos, se ha de reseñar tres momentos importantes para la utilización de fármacos coadyuvantes: 1) Síndrome de abstinencia alcohólico por privación; 2) Fármacos de mantenimiento en la deshabitación y para prevención de recaídas; y 3) Presencia de psicopatología comórbida que requiera tratamiento psiquiátrico (Kranzler y Soyka, 2018). El síndrome de privación alcohol o también conocido como síndrome de abstinencia, sucede cuando después de una larga temporada consumiendo alcohol, esta actividad cesa de manera repentina. De esta manera se produce un estado de hiperactividad glutamatérgica como resultado de la disminución de etanol en los sistemas GABAérgico y glutamatérgico. (Maisel et al., 2013). Puede empezar desde periodos tempranos de 6 a 12 horas una vez no se ha consumido alcohol, y genera síntomas como temblores inquietud, ansiedad, insomnio, sudoración, taquicardia, hipertensión, etc. Por tanto, el tratamiento de desintoxicación consistirá en la disminución de la ingesta de alcohol de manera planificada mediante la prescripción médica. Así pues, ha de ser considerado como el primer paso para llevar a cabo una rehabilitación a largo plazo (Singal y Mathurin, 2021). En segundo lugar, se

encuentran los fármacos para el mantenimiento de la deshabituación y para la prevención de recaídas, los que a continuación se presentan son aquellos que más efectividad han mostrado en las últimas revisiones sistemáticas (Carvalho et al., 2019). Por un lado, se encuentra el Disulfiram, que es un modulador del sistema glutamatérgico, para su administración, se ha de asegurar la sobriedad al menos en un corto periodo de tiempo (48h.mínimo), ya que se trata de un fármaco que interfiere la normal metabolización hepática del etanol y produce un aumento de acetaldehído que es altamente tóxico, generando así un cuadro de gravedad orgánica. Es un fármaco que no disminuye el *craving*, sino que actúa como disuasor del consumo, por eso debe utilizarse con el compromiso y conocimiento del/a paciente y en el contexto de un proceso de deshabituación que incluya el abordaje psicosocial. (Kranzler, y Soyka, 2018; Carvalho et al., 2019). Por otro lado, se encuentra la Naltrexona y el Nalmefeno, que actúan como modulador de la dopamina, el objetivo con estos dos fármacos es prevenir la recaída cuando existe un consumo excesivo y crónico y disminuir el deseo por la bebida en pacientes que no muestran interés o capacidad para mantener abstinencia completa (Maisel et al.,2013; Ray et al., 2019). Además, existen medicamentos aprobados para otras indicaciones médicas pero que a menudo se administran cuando existe problemas con el alcohol. Por último, algunos fármacos anticonvulsivos con efecto en el sistema gabaérgico y con resultado ansiolítico que son administrados para disminuir el *craving* y el *binge drinking*, son la gabapentina, pregabalina, el topiramato y la oxcarbacepina (Kranzler, y Soyka, 2018; Witkiewitz, Litte, y Leggio, 2019).

Respecto a los tratamientos psicológicos y comportamentales, las últimas revisiones sistemáticas y meta-análisis destacan la efectividad de intervenciones

breves como la entrevista motivacional. (Kazemi et al., 2017; Witkiewitz et al., 2019). Este enfoque se centra en aumentar la motivación del paciente desde la empatía y el respeto, se explora los valores del paciente, se muestra las opciones terapéuticas disponibles para discutir de manera objetiva los pros y contras de cada una, trata de incrementar la conciencia de los riesgos del consumo, y mostrar la responsabilidad del paciente en su proceso. en España este tipo de intervención breve es común que se pueda dar en la Atención Primaria, servicios de Urgencias, Hospital y en los centros especialistas de drogodependencias. (Plan Nacional sobre Drogas, 2020). Por otro lado, se encuentran los tratamientos cognitivo-conductuales, que incluyen estrategias como la reestructuración cognitiva de creencias disfuncionales, herramientas para la mejora de las habilidades sociales y comunicativas, prevención de recaídas y desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas ante situaciones de riesgo. (Kelly et al., 2020). Estos aspectos también son abarcados en la terapia grupal, muy recomendada en el tratamiento de las adicciones, no solo por los aspectos comentados anteriormente, sino por ejercer un efecto de adhesión y compromiso con el tratamiento (Ray et al., 2019 ; Witkiewitz et al., 2019). Finalmente, se destacan las terapias de tercera generación, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT) y el mindfulness. Desde la ACT, el objetivo se trata de aumentar la flexibilidad psicológica ya parte de la premisa de que la adicción está mediada por reforzadores negativos que mantienen la evitación del sujeto. Desde esta orientación, se trabajan aspectos como el aumento de la conciencia plena en el momento presente, el desarrollo personal sin prejuicios, o la aceptación hacia experiencias pasadas. (Byrne et al., 2019). A su vez, el mindfulness tiene como objetivo que el paciente aprenda, desde una orientación experiencial, a autogestionar el malestar, el *craving* o los pensamientos disruptivos, mediante la observación y la atención plena. (Kazemi

et al., 2017; Singal y Mathurin, 2021). El meta-análisis realizado por Li y sus colaboradores (2017), donde se revisa la evidencia de estas terapias, refleja que este abordaje puede ser un buen complemento a otras orientaciones terapéuticas ya que se asocian a menor riesgo de recaídas, mayor efectividad de tratamiento a largo plazo, disminución del deseo de consumo y mejores estrategias para gestionar el *craving*. Para finalizar, cabe mencionar algunos tratamientos prometedores que están surgiendo en los últimos años. Respecto a tratamientos psicológicos, las nuevas tecnológicas traen nuevas opciones que abordan el proceso de autorregulación contextual emocional, que ya se han instaurado en pacientes de zonas rurales con problemas de alcoholismo (Roos, y Witkiewitz, 2017). Por otro lado, los avances en las técnicas de neuromodulación (estimulación cerebral profunda, estimulación magnética o eléctrica transcreaneal, neurofeedback, etc.), arrojan sus primeros resultados en la mejoría del tratamiento del *craving* y sobre la ansiedad percibida antes del consumo (Luigjes et al., 2019).

Referencias

- Abdullah, S. M. (2019). Social cognitive theory: A Bandura thought review published in 1982-2012. *Psikodimensia*, 18(1), 85-100.
- Allami, Y., Vitaro, F., Brendgen, M., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (2018). Identifying at-risk profiles and protective factors for problem gambling: A longitudinal study across adolescence and early adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 32(3), 373.
- Anton, R. F., Latham, P., Voronin, K., Book, S., Hoffman, M., Prisciandaro, J., & Bristol, E. (2020). Efficacy of gabapentin for the treatment of alcohol use disorder in patients with alcohol withdrawal symptoms: a randomized clinical trial. *JAMA internal medicine*, 180(5), 728-736.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)* (Fifth Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bandura, A. (1986). The explanatory and predictive scope of self-efficacy theory. *Journal of social and clinical psychology*, 4(3), 359-373.
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.
- Beck, A. T., Schuyler, D., & Herman, I. (1974). *Development of suicidal intent scales*. Charles Press Publishers.
- Becoña Iglesias, E., y Cortés Tomás, M. (2016). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Valencia: Socidrogalcohol.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., & Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Becoña, E. (2016). La adicción "no" es una enfermedad cerebral. *Papeles del psicólogo*, 37(2), 118-125.
- Brachowicz, N., & Vall Castello, J. (2019). Is changing the minimum legal drinking age an effective policy tool?. *Health economics*, 28(12), 1483-1490.
- Bustos, O. E. A., Meléndez, M. Á. M., Gonzales, G. R. V., Brambila, M. Á. L., & Solís, R. C. (2012). Disfunción cerebral en las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 119-124.

- Byrne, S. P., Haber, P., Baillie, A., Costa, D. S., Fogliati, V., & Morley, K. (2019). Systematic reviews of mindfulness and acceptance and commitment therapy for alcohol use disorder: should we be using third wave therapies?. *Alcohol and Alcoholism*, *54*(2), 159-166.
- Cancrini, L. (1994). The psychopathology of drug addiction: a review. *Journal of Drug Issues*, *24*(4), 597-622.
- Cano, C. (2021). Eficacia de la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. *Revista científica ciencias de la salud-ISSN: 2664-2891*, *3*(2), 126-135.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., ... & National Institute on Drug Abuse Clinical Trials Network. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: *A multisite effectiveness study*. *Drug and alcohol dependence*, *81*(3), 301-312.
- Carvalho, A. F., Heilig, M., Perez, A., Probst, C., & Rehm, J. (2019). *Alcohol use disorders*. *The Lancet*, *394*(10200), 781-792.
- Casswell, S., Huckle, T., Wall, M., Parker, K., Chaiyasong, S., Parry, C. D., ... & Piazza, M. (2018). Policy-relevant behaviours predict heavier drinking and mediate the relationship with age, gender and education status: Analysis from the International Alcohol Control Study. *Drug and alcohol review*, *37*, S86-S95.
- Cavicchioli, M., Vassena, G., Movalli, M., & Maffei, C. (2020). Is craving a risk factor for substance use among treatment-seeking individuals with alcohol and other drugs use disorders? A meta-analytic review. *Drug and alcohol dependence*, *212*, 108002.
- Charlet, K., & Heinz, A. (2017). Harm reduction—a systematic review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms. *Addiction biology*, *22*(5), 1119-1159.
- Chugani, C. D., Byrd, A. L., Pedersen, S. L., Chung, T., Hipwell, A. E., & Stepp, S. D. (2020). Affective and sensation-seeking pathways linking borderline personality disorder symptoms and alcohol-related problems in young women. *Journal of personality disorders*, *34*(3), 420-431.
- Clarke, T. K., Adams, M. J., Davies, G., Howard, D. M., Hall, L. S., Padmanabhan, S., ... & McIntosh, A. M. (2017). Genome-wide association study of alcohol consumption and genetic overlap with other health-related traits in UK Biobank (N= 112 117). *Molecular psychiatry*, *22*(10), 1376-1384.

- Degenhardt, L., Bharat, C., Bruno, R., Glantz, M. D., Sampson, N. A., Lago, L., ... & WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2019). Concordance between the diagnostic guidelines for alcohol and cannabis use disorders in the draft ICD-11 and other classification systems: analysis of data from the WHO's World Mental Health Surveys. *Addiction*, *114*(3), 534-552.
- Dguzeh, U., Haddad, N. C., Smith, K. T., Johnson, J. O., Doye, A. A., Gwathmey, J. K., & Haddad, G. E. (2018). Alcoholism: A multi-systemic cellular insult to organs. *International journal of environmental research and public health*, *15*(6), 1083.
- Díez Manrique, J. F., Menéndez Arango, J., Lequerica, J., & Peña, C. (1986). Validación de un instrumento de despistaje de problemas relacionados con el consumo excesivo de alcohol (MALT). *An Psiquiatr*, *2*, 134-140.
- Dodge, T., Clarke, P., & Dwan, R. (2017). The relationship between physical activity and alcohol use among adults in the United States: a systematic review of the literature. *American Journal of Health Promotion*, *31*(2), 97-108.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, *51*, 109-124.
- Elices, M., y Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, *1*(3), 132-152.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, *196*(4286), 129-136.
- Erol, A., & Karpyak, V. M. (2015). Sex and gender-related differences in alcohol use and its consequences: Contemporary knowledge and future research considerations. *Drug and alcohol dependence*, *156*, 1-13.
- Fernández, M. Á. R., GARCÍA, M. I. D., y Crespo, A. V. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Madrid: Desclée de Brouwer.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1977). Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research. *Philosophy and Rhetoric*, *10*(2).
- García López, M., Martín Pérez, M., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *30*(2), 263-278.

- García, J. B., Portilla, M. P. G., Fernández, M. T. B., Martínez, P. A. S., & García, M. B. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Madrid: Ars Médica.
- García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico-comportamental: terapia individual. *Psicología Conductual*, 14(3), 453-466.
- Girón, S., Martínez-Delgado, J. y González-Saiz, F. (2002). Drogodependencias juveniles: revisión sobre la utilidad de los abordajes terapéuticos basados en la familia. *Trastornos Adictivos*, 4(3), 161-170.
- Glantz, M. D. (1992). A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. In M. D. Glantz & R. W. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 389–418). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hermida, J. R. F., Carballo, J. L., Secades-Villa, R., & García-Rodríguez, O. (2007). Modelos teóricos de la conducta adictiva y recuperación natural. Análisis de la relación y consecuencias. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 2-10.
- Iribarren, M. M., Jiménez-Giménez, M., García-de Cecilia, J. M., & Rubio-Valladolid, G. (2011). Validación y propiedades psicométricas de la Escala de Impulsividad Estado (EIE). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 49-60.
- Kandel, D. B., & Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. Stages and pathways of drug involvement. *Examining the gateway hypothesis*, 1, 365-373.
- Kazemi, D. M., Borsari, B., Levine, M. J., Li, S., Lamberson, K. A., y Matta, L. A. (2017). A systematic review of the mHealth interventions to prevent alcohol and substance abuse. *Journal of health communication*, 22(5), 413-432.
- Kelly, J. F., Humphreys, K., & Ferri, M. (2020). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 3(3), CD012880.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2>
- Koob, G. F. (2013). Addiction is a reward deficit and stress surfeit disorder. *Frontiers in psychiatry*, 4, 72-87.
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760-773.
- Kranzler, H. R., & Soyka, M. (2018). Diagnosis and pharmacotherapy of alcohol use disorder: a review. *Jama*, 320(8), 815-824.

- Li, J. J., Savage, J. E., Kendler, K. S., Hickman, M., Mahedy, L., Macleod, J., ... & Dick, D. M. (2017). Polygenic risk, personality dimensions, and adolescent alcohol use problems: a longitudinal study. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 78(3), 442-451.
- Luigjes, J., Segrave, R., de Joode, N., Figuee, M., & Denys, D. (2019). Efficacy of invasive and non-invasive brain modulation interventions for addiction. *Neuropsychology review*, 29(1), 116-138.
- Maisel, N. C., Blodgett, J. C., Wilbourne, P. L., Humphreys, K., & Finney, J. W. (2013). Meta-analysis of naltrexone and acamprosate for treating alcohol use disorders: when are these medications most helpful?. *Addiction*, 108(2), 275-293.
- Martínez-González, J. M., López, R. V., Lozano-Rojas, O., & Verdejo-García, A. (2017). Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída. *adicciones*, 30(3), 170-178.
- Martinez-Loredo, V., Fernandez-Hermida, J. R., De La Torre-Luque, A., & Fernandez-Artamendi, S. (2018). Trajectories of impulsivity by sex predict substance use and heavy drinking. *Addictive Behaviors*, 85, 164-172.
- Mayor, M. M., Horcajadas, F. A., Trabada, J. L., & Valladolid, G. R. (2019). Trastornos por consumo de alcohol. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4993-5003.
- Minda-Mina, J. J. (2021). Autoeficacia y riesgo de recaída en drogodependientes. *Revista Científica Retos de la Ciencia*, 5(11), 44-56.
- Miquel, M., Nicola, S. M., Gil-Miravet, I., Guarque-Chabrera, J., & Sanchez-Hernandez, A. (2019). A working hypothesis for the role of the cerebellum in impulsivity and compulsivity. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 13, 99.
- Nestler, E. J. (2001). Psychogenomics: opportunities for understanding addiction. *Journal of Neuroscience*, 21(21), 8324-8327.
- Organización mundial de la Salud. (2018). Clasificación internacional de Enfermedades (CIE-11). Recuperado de: <https://www.who.int/classifications/icd/en/>
- Oudman, E., Wijnia, J. W., Oey, M. J., van Dam, M., & Postma, A. (2021). Wernicke-Korsakoff syndrome despite no alcohol abuse: a summary of systematic reports. *Journal of the Neurological Sciences*, 426, 117482.

- Pérez, J., & Torrubia, R. (1986). Fiabilidad y validez de la versión española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V). *Revista Latinoamericana de psicología*, 18(1), 7-22.
- Pérez, J., & Torrubia, R. (1986). Fiabilidad y validez de la versión española de la Escala de Búsqueda de Sensaciones (Forma V). *Revista Latinoamericana de psicología*, 18(1), 7-22.
- Piano, M. R. (2017). Alcohol's effects on the cardiovascular system. *Alcohol research: current reviews*, 38(2), 219.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2020). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España. Recuperado de: [Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Plan Nacional sobre Drogas - Planes Autonómicos de Drogas](#)
- Plan Nacional sobre Drogas. (2020). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España. Recuperado de: [Portal Plan Nacional sobre Drogas - Encuestas y estudios \(sanidad.gob.es\)](#)
- Ramos-Brieva, J. A. (1986). Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 14, 324-334.
- Ray, L. A., Green, R., Roche, D. J., Magill, M., & Bujarski, S. (2019). Naltrexone effects on subjective responses to alcohol in the human laboratory: A systematic review and meta-analysis. *Addiction biology*, 24(6), 1138-1152.
- Rehm, J., Allamani, A., Della Vedova, R., Elekes, Z., Jakubczyk, A., Landsmane, I., ... & Wojnar, M. (2015). General practitioners recognizing alcohol dependence: a large cross-sectional study in 6 European countries. *The Annals of Family Medicine*, 13(1), 28-32.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., & Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogalcohol*, 11(4), 132-9.
- Roos, C. R., & Witkiewitz, K. (2017). A contextual model of self-regulation change mechanisms among individuals with addictive disorders. *Clinical psychology review*, 57, 117-128.
- Rosenström, T., Torvik, F. A., Ystrom, E., Czajkowski, N. O., Gillespie, N. A., Aggen, S. H., Krueger, R. F., Kendler, K. S., & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prediction of alcohol use disorder using personality disorder traits: a twin study. *Addiction (Abingdon, England)*, 113(1), 15-24.
- Rubio Valladolid, G., Bermejo Vicedo, J., Caballero Sánchez-Serrano, M. C., & Santo-Domingo Carrasco, J. (1998). Validación de la prueba para la

- identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en Atención Primaria [Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in primary care]. *Revista clínica española*, 198(1), 11-14.
- Rubio, G., Urosa, B., & Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la escala de la intensidad de la dependencia al alcohol (EIDA). *Psiquiatría Biológica*, 5(Supl 1), 44-47.
- Rubio, G., Urosa, B., Rubio, M. C., Ulibarri, S., & Mata, F. (1996). Validación del cuestionario sobre la gravedad de la dependencia del alcohol en población española. *In Anales de Psiquiatría*, 12, 285-289
- Rumgay, H., Shield, K., Charvat, H., Ferrari, P., Sornpaisarn, B., Obot, I., ... & Soerjomataram, I. (2021). Global burden of cancer in 2020 attributable to alcohol consumption: a population-based study. *The Lancet Oncology*, 22(8), 1071-1080.
- San, L., & Arranz, B. (2016). Clinical guideline for the treatment of dual pathology in the adult population/Guia de practica clinica para el tratamiento de la patologia dual en poblacion adulta. *Adicciones*, 28(1), 3-6.
- Sanchez-Hervás, E., Bou, N. M., Gurrea, R. D. O., Gradolí, V. T., & Gallús, E. M. (2002). Modelos teóricos y aplicados en la adicción a drogas. *Informació psicològica*, 80, 51-59.
- Santacreu, J., Parga, M. X. F., & Mondragón, J. F. (1992). Modelo de génesis del consumo de drogas: formulación y verificación empírica. *Análisis y modificación de conducta*, 18(62), 781-804.
- Saunders, J. B., Degenhardt, L., Reed, G. M., & Poznyak, V. (2019). Alcohol use disorders in ICD-11: Past, present, and future. *Alcoholism: Clinical and experimental research*, 43(8), 1617-1631.
- Singal, A. K., & Mathurin, P. (2021). Diagnosis and treatment of alcohol-associated liver disease: A review. *Jama*, 326(2), 165-176.
- Slade, T., Mewton, L., O'Dean, S., Tibbetts, J., Clay, P., Isik, A., ... & Swift, W. (2021). DSM-5 and ICD-11 alcohol use disorder criteria in young adult regular drinkers: lifetime prevalence and age of onset. *Drug and alcohol dependence*, 109184.
- Soberanes, J. G., & Piña, M. A. L. (2005). El alcoholismo desde la perspectiva de género. *El cotidiano*, 132, 84-91.

- Tawa, E. A., Hall, S. D., & Lohoff, F. W. (2016). Overview of the genetics of alcohol use disorder. *Alcohol and alcoholism, 51*(5), 507-514.
- Thornberry, T. P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology, 25*(4), 863-892.
- Verhulst, B., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2015). The heritability of alcohol use disorders: a meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological medicine, 45*(5), 1061-1072.
- White, H.R., Bates, M.E. y Labouvie, E. (1998). Adult outcomes of adolescent drug use: A comparison of process-oriented and incremental analysis. *En R. Jessor (ed.), New perspectives on adolescent risk behavior, 150-181*
- Witkiewitz, K., Litten, R. Z., & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science advances, 5*(9), 300-350.
- Yang, P., Tao, R., He, C., Liu, S., Wang, Y., & Zhang, X. (2018). The risk factors of the alcohol use disorders—Through review of its comorbidities. *Frontiers in Neuroscience, 12*, 303.
- Yap, M., Cheong, T., Zaravinos-Tsakos, F., Lubman, D. I., & Jorm, A. F. (2017). Modifiable parenting factors associated with adolescent alcohol misuse: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Addiction (Abingdon, England), 112*(7), 1142-1162.
- Zhang, R., & Volkow, N. D. (2019). Brain default-mode network dysfunction in addiction. *Neuroimage, 200*, 313-3.