



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, EDUCACIÓN
Y HUMANIDADES**

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Estudio de Caso: Tratamiento Cognitivo-Conductual para
un Paciente con Trastorno por Consumo de Alcohol y Baja
Escolaridad en un Centro de Rehabilitación**

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Autora: Rojas Quezada, Thalya Liseth

Director: Macas Ordoñez, Eugenio Fabian

LOJA

2024



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NC-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2024

Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular

Loja, 24 de septiembre del 2024

Magister

Gianella Lisseth Toro Sánchez

Directora de la carrera de Psicología Clínica

Ciudad. - Loja

De mi consideración:

Me permito comunicar que, en calidad de director del presente Trabajo de Titulación denominado: Tratamiento Cognitivo- Conductual para un Paciente con Trastorno por Consumo de Alcohol y Baja Escolaridad interno en un Centro de Rehabilitación, realizado por Rojas Quezada Thalya Liseth, ha sido orientado y revisado durante su ejecución, así mismo ha sido verificado a través de la herramienta de similitud académica institucional, y cuenta con un porcentaje de coincidencia aceptable. En virtud de ello, y por considerar que el mismo cumple con todos los parámetros establecidos por la Universidad, doy mi aprobación a fin de continuar con el proceso académico correspondiente.

Particular que comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,

Director: Macas Ordoñez Eugenio Fabian

C.I.: 1104497811

Correo electrónico: efmacas33@utpl.edu.ec

Declaración de autoría y cesión de derechos

Yo, Thalya Liseth Rojas Quezada, declaro y acepto en forma expresa lo siguiente:

Ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: Estudio de caso: Tratamiento Cognitivo- Conductual para un paciente con trastorno por consumo de alcohol y baja escolaridad interno en un centro de rehabilitación, de la carrera de Psicología Clínica, específicamente de los contenidos comprendidos en: marco teórico, metodología y resultados, siendo el Magister Macas Ordoñez Eugenio Fabian, director del presente trabajo; también declaro que la presente investigación no vulnera derechos de terceros ni utiliza fraudulentamente obras preexistentes. Además, ratifico que las ideas, criterios, opiniones, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad. Eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones judiciales o administrativas, en relación a la propiedad intelectual de este trabajo.

Que la presente obra, producto de mis actividades académicas y de investigación, forma parte del patrimonio de la Universidad Técnica Particular de Loja, de conformidad con el artículo 20, literal j), de la Ley Orgánica de Educación Superior; y, artículo 91 del Estatuto Orgánico de la UTPL, que establece: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad", en tal virtud, cedo a favor de la Universidad Técnica Particular de Loja la titularidad de los derechos patrimoniales que me corresponden en calidad de autor/a, de forma incondicional, completa, exclusiva y por todo el tiempo de su vigencia.

La Universidad Técnica Particular de Loja queda facultada para ingresar el presente trabajo al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública, en cumplimiento del artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

.....

Autor: Thalya Liseth Rojas Quezada

C.I.: 2100560297

Correo electrónico: tlorjas1@utpl.edu.ec

Dedicatoria

Este estudio de caso lo dedico con mucho amor y cariño a mis padres Delia y Arsecio por su gran esfuerzo, quienes han sido mi motor de apoyo para superarme durante este proceso académico.

Agradecimiento

Agradezco a la vida por ponerme en el lugar y con las personas correctas y sobre todo a Dios por no dejarme desamparada. A mis padres Delia y Arsecio que me brindaron su compañía, amor e incluso un cálido hogar. A mi mascota que me acompañó en esta travesía cuando llegué a esta ciudad desconocida, estuvo desde el día uno acompañándome en mis días de soledad. A mis amigos de la universidad, por esos momentos de risas, y especialmente a mi amiga Damaris, que desde el día uno se convirtió en la mejor compañera de estudio y de aventuras, a Karen por permitirme compartir momentos inolvidables a su lado.

A todas las demás personas que aportaron de su tiempo, amor y compañía.

También agradezco enormemente al alcalde de Lago Agrio, mi ciudad de origen, al Ing. Abraham Freire Paz, quien me apoyó con una beca que me permitió seguir adelante con mis estudios. Y, finalmente, a mi tutor de tesis Fabian Macas, que con su apoyo me ayudó a sacar adelante mi estudio de caso.

Índice de contenido

Carátula	<i>I</i>
Aprobación del director del Trabajo de Integración Curricular.....	<i>II</i>
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	<i>III</i>
Dedicatoria	<i>V</i>
Agradecimiento.....	<i>VI</i>
Índice de contenido	<i>VII</i>
Resumen.....	<i>1</i>
Abstract	<i>2</i>
Introducción	<i>3</i>
Capítulo uno.....	<i>7</i>
Marco teórico	<i>7</i>
1.1 Presentación del caso	<i>7</i>
1.1.1 Identificación del paciente.....	<i>7</i>
1.1.2 Motivo de consulta.....	<i>9</i>
1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología.....	<i>9</i>
1.2 Proceso de evaluación	<i>13</i>
1.3 Proceso diagnóstico.....	<i>20</i>
1.3.1 Diagnóstico presuntivo	<i>20</i>
1.3.2 Diagnóstico diferencial.....	<i>21</i>
1.3.3 Diagnóstico definitivo.....	<i>22</i>
Capítulo dos	<i>26</i>

Metodología.....	26
2.1 Tratamiento/Intervención.....	26
2.1.1 Objetivos terapéuticos.....	26
2.1.2 Plan de tratamiento/intervención.....	26
Capítulo tres.....	40
Resultados	40
Discusión.....	46
Recomendaciones	56
Referencias	57

Índice de tablas

Tabla 1 Criterios diagnósticos que cumple N.N para trastornos de consumo de alcohol	
.....	23
Tabla 2 Plan terapéutico general aplicado al usuario	27
Tabla 3 Resultados cuantitativos	42
Tabla 4 Resultados cuantitativos de la satisfacción con la intervención	44
Tabla 5 Resultados cualitativos con relación al consumo de alcohol	45

Índice de figuras

Figura 1 Genograma familiar	8
------------------------------------	----------

Resumen

En la presente investigación se presenta el caso de un hombre de 50 años diagnosticado con trastorno por consumo de alcohol. El proceso de evaluación se llevó a cabo en cuatro sesiones, utilizando métodos de observación clínica, entrevistas semiestructuradas y pruebas psicológicas para obtener una visión completa del caso. El tratamiento consistió en nueve sesiones terapéuticas basadas en la terapia cognitivo-conductual (TCC), empleando técnicas como psicoeducación, relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, comunicación asertiva, resolución de problemas, establecimiento de metas, control de impulsos, prevención de recaídas y seguimiento. El objetivo principal fue identificar y modificar los hábitos relacionados con el consumo de alcohol. El tratamiento aplicado resultó exitoso, logrando una mejoría significativa en la reducción del deseo por consumo y en la capacidad del paciente para manejar situaciones que anteriormente desencadenaban su comportamiento adictivo. La adaptación de las técnicas a su nivel educativo fue fundamental para el éxito del tratamiento.

Palabras clave: Trastorno por consumo de alcohol, terapia cognitivo conductual, intervención psicológica, estudio de caso.

Abstract

The present investigation presents the case of a 50-year-old man diagnosed with alcohol use disorder. The evaluation process was carried out in four sessions, using clinical observation methods, semi-structured interviews and psychological tests to obtain a complete picture of the case. The treatment consisted of nine therapeutic sessions based on cognitive-behavioral therapy (CBT), employing techniques such as psychoeducation, Jacobson's progressive relaxation, cognitive restructuring, assertive communication, problem solving, goal setting, impulse control, relapse prevention and follow-up. The main objective was to identify and modify habits related to alcohol consumption. The treatment applied was successful, achieving a significant improvement in the reduction of craving and in the patient's ability to handle situations that previously triggered his addictive behavior. The adaptation of the techniques to the patient's educational level was fundamental for the success of the treatment.

Keywords: Alcohol use disorder, cognitive behavioral therapy, psychological intervention, case study.

Introducción

El consumo de alcohol representa un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el consumo de alcohol se encuentra entre los principales factores causales de enfermedades y lesiones, contribuyendo de manera sustancial a la carga global de morbilidad. Este consumo está asociado a una amplia gama de problemas de salud física y mental, incluyendo enfermedades hepáticas, trastornos cardiovasculares, diversos tipos de cáncer, y trastornos mentales y del comportamiento (Whitfield et al., 2013). En el contexto de América Latina, el consumo de alcohol alcanza niveles alarmantes, lo que tiene un impacto considerable en la salud pública y la economía de los países de la región (Díaz et al., 2020). Esta situación pone de relieve la necesidad de abordar el consumo de alcohol como una prioridad de salud pública y desarrollar estrategias efectivas para su prevención y tratamiento.

El consumo excesivo de alcohol puede conducir al desarrollo de un trastorno por consumo de alcohol, el cual se caracteriza por alteraciones significativas en el comportamiento y una marcada interferencia en el funcionamiento personal, social y laboral. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), este trastorno se diagnostica mediante la identificación de síntomas específicos, como el deseo intenso y persistente de consumir alcohol (craving), el consumo en situaciones de riesgo, la pérdida de control sobre la cantidad y frecuencia del consumo, y la presencia de síntomas de abstinencia al intentar reducir o abandonar el consumo de alcohol. Un estudio empírico de Murphy et al. (2014) confirmó la validez del craving como un criterio diagnóstico, demostrando que aquellos que buscan tratamiento y experimentan altos niveles de craving tienen más dificultades para controlar su consumo de alcohol. Además de estos criterios diagnósticos, el consumo excesivo de alcohol puede tener un impacto negativo en la calidad de vida del individuo y aumentar el riesgo de desarrollar trastornos de salud mental comórbidos, como la depresión y la ansiedad

La prevalencia del consumo de alcohol y sus consecuencias son alarmantes a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud, el consumo de alcohol es responsable de aproximadamente 3 millones de muertes cada año, lo que representa el 5.1% de la carga global de morbilidad (Rehm et al., 2003). En el contexto de América Latina, el consumo de alcohol entre los adolescentes es un problema de salud pública significativo. Según Monteiro (2013), la prevalencia del consumo de alcohol está asociada a miles de muertes anuales y a la pérdida de millones de años de vida saludable debido a enfermedades agudas y crónicas relacionadas con el alcohol, las mujeres y adolescentes están incrementando su consumo más rápidamente que los hombres y adolescentes varones, lo que agrava aún más la situación. Un estudio realizado en Ecuador, encontró que el 85% de los adolescentes han consumido alcohol, con una prevalencia mayor en mujeres. Además, el 30% reportó episodios de consumo excesivo y el 56% presentó un consumo riesgoso, mientras que el 3.3% mostró signos de dependencia al alcohol. Estos hallazgos destacan la necesidad urgente de intervenciones para reducir el consumo de alcohol en esta población (Moreta-Herrera et al., 2019). En la ciudad de Loja, Ecuador, el consumo de alcohol es una preocupación significativa de salud pública. Según un estudio de Delgado y Brands (2019), el 76% de los encuestados admitió haber consumido alcohol alguna vez en su vida. Estos datos epidemiológicos resaltan la necesidad de implementar estrategias de prevención para abordar el consumo de alcohol y sus consecuencias adversas.

El consumo excesivo de alcohol tiene un impacto significativo en la salud y el bienestar de las personas, afectando aspectos físicos, mentales y sociales. En términos de salud física, se asocia con enfermedades hepáticas como la cirrosis y un mayor riesgo de desarrollar diversos tipos de cáncer, incluyendo boca, esófago, garganta, hígado, colon y mama. Además, puede contribuir a problemas cardiovasculares como hipertensión arterial, arritmias y cardiomiopatía alcohólica, así como deficiencias nutricionales y daño al sistema inmunológico. En el ámbito de la salud mental, el abuso de alcohol puede exacerbar trastornos como la depresión y la ansiedad, aumentando el riesgo de episodios depresivos y síntomas de ansiedad generalizada. Un estudio de Haynes et al. (2005) muestra que los

bebedores peligrosos tienen una mayor probabilidad de presentar estos síntomas. Asimismo, la dependencia del alcohol está relacionada con trastornos del sueño y un mayor riesgo de suicidio. El consumo excesivo de alcohol también afecta negativamente las relaciones interpersonales y el funcionamiento social, asociándose con un aumento en los conflictos familiares, la violencia doméstica y los problemas legales. En el contexto laboral, puede llevar a una disminución del rendimiento, absentismo y, en última instancia, desempleo, lo que agrava las dificultades económicas y sociales del individuo. Según Kivimäki et al. (2014), el consumo excesivo de alcohol afecta la productividad y la seguridad en el lugar de trabajo, incrementando el riesgo de accidentes laborales y conflictos con compañeros de trabajo.

La precisión diagnóstica y una evaluación integral son fundamentales para diseñar un plan de tratamiento efectivo para el trastorno por consumo de alcohol. El proceso de evaluación inicial debe incluir una entrevista clínica detallada, que permita obtener información sobre el historial de consumo de alcohol, los patrones de uso, los síntomas experimentados y el impacto del trastorno en las diferentes áreas de la vida del individuo. Además, el uso del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) es un instrumento psicométrico de gran valor para identificar y cuantificar los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Este cuestionario de 10 ítems abarca los dominios del consumo de alcohol, el comportamiento de bebida y los problemas relacionados con el alcohol, proporcionando una medida objetiva de la gravedad del trastorno y ayudando a los profesionales de la salud a determinar el nivel de atención y el tipo de intervención más adecuados para cada caso. El AUDIT es una herramienta confiable y válida para la detección del consumo excesivo de alcohol en atención primaria, facilitando la identificación temprana y precisa de problemas de alcohol. La combinación de una evaluación clínica detallada y el uso del AUDIT sienta las bases para un tratamiento más eficiente y adaptado a las necesidades específicas de cada paciente (Gache et al., 2005).

Para abordar el trastorno por consumo de alcohol, se han desarrollado diversos enfoques terapéuticos que combinan intervenciones psicosociales y farmacológicas. Entre las intervenciones psicosociales más destacadas se encuentra la Terapia Cognitivo-

Conductual (TCC), la cual se centra en identificar y modificar los patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales relacionados con el consumo de alcohol. Según Ilmi (2020), la TCC ha demostrado ser especialmente efectiva en su formato basado en internet, reduciendo significativamente la severidad del consumo. Este tipo de intervención es fundamental para abordar los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del trastorno.

Este estudio se basa en la importancia de adaptar las técnicas terapéuticas para pacientes con baja escolaridad. Los pacientes con niveles educativos limitados pueden enfrentar desafíos adicionales al comprender y seguir las recomendaciones terapéuticas estándar. Por ello, es esencial personalizar las estrategias terapéuticas para que sean accesibles y comprensibles, utilizando un lenguaje claro y métodos adecuados a su nivel de comprensión. Esta adaptación no solo facilita la participación activa del paciente en el proceso terapéutico, sino que también potencia la eficacia del tratamiento, permitiendo que el paciente asimile mejor las técnicas y estrategias propuestas. Además, al asegurar que el paciente entienda completamente las intervenciones, se incrementa la probabilidad de éxito a largo plazo, reduciendo la tasa de recaídas y mejorando su calidad de vida.

Este trabajo de titulación se divide en tres capítulos. El primer capítulo, "marco teórico", expone el caso clínico, incluyendo la identificación del paciente, el motivo de consulta y la historia del problema, además del proceso de evaluación mediante entrevistas clínicas, observación, autorregistro e instrumentos psicométricos, junto con el diagnóstico. El segundo capítulo, "metodología", describe el tipo de tratamiento, los objetivos generales, el plan de tratamiento y cada sesión. Finalmente, el tercer capítulo, "resultados", analiza los resultados cuantitativos y cualitativos obtenidos y se realiza la comparación con otros estudios, terminando con las conclusiones y recomendaciones respectivas.

Capítulo uno

Marco teórico

1.1 Presentación del caso

La información ha sido obtenida con la debida autorización de los titulares o sus representantes y para la publicación o presentación de resultados los datos han sido previamente anonimizados en cumplimiento de la ley orgánica de protección de datos personales del Ecuador.

1.1.1 *Identificación del paciente*

Paciente masculino de 50 años, nació en 1973, con procedencia y residencia en la ciudad de Saraguro. Está casado, tiene un nivel de escolaridad primaria y se desempeña como constructor y agricultor. Profesa la religión católica.

El usuario proviene de una estructura familiar extensa, de dinámica nuclear. Su madre, de 78 años, encabeza la unidad. Junto a su difunto padre, procrearon seis varones y dos mujeres. Desde que el paciente recuerda, la relación fue conflictiva, caracterizada por la agresividad que el padre mostraba hacia la madre y los hermanos, motivada por el consumo de alcohol. El paciente refiere que su padre perdió la vida mientras se encontraba alcoholizado, al caer accidentalmente a un río y ahogarse.

Con respecto a sus hermanos, a pesar de que durante la infancia y adolescencia la relación era distante, con el tiempo ha logrado establecer una conexión positiva con dos hermanas y cuatro de cinco hermanos. Sin embargo, persisten conflictos con su hermano mayor, agudizados por la venta de un terreno sin consulta familiar, lo que genera reclamos constantes por parte del usuario.

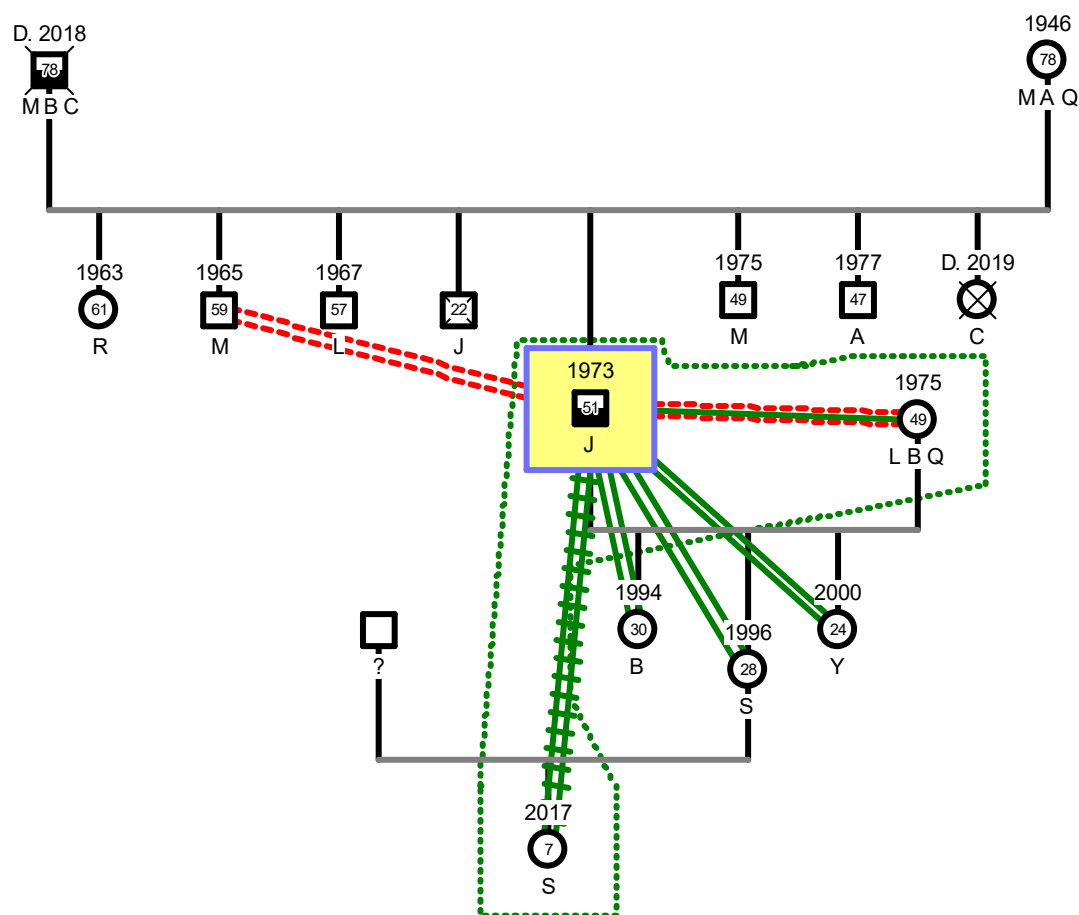
En la actualidad, el individuo conforma un hogar nuclear junto a su esposa y nieta de 7 años. Destaca la proximidad con sus nietos, especialmente con aquella que comparte su residencia, actuando como un estímulo positivo para evitar reincidencias en el consumo de alcohol. La nieta desempeña un papel activo al recordarle evitar el consumo y al motivarlo a participar en actividades familiares.

La relación con la pareja experimenta altibajos, donde generalmente existen momentos de tranquilidad ante actividades familiares, pero el consumo de alcohol desencadena conflictos, manifestándose en reproches y reclamos frecuentes por parte del usuario. Es importante señalar que, en un intento de motivar el cambio de comportamiento, la esposa ha amenazado en varias ocasiones de irse con otra persona.

En cuanto a sus hijas, la relación se ve afectada porque, al igual que su padre, el usuario solía imponerles castigos en situaciones de consumo de alcohol. A pesar de ello, manifiesta la disposición de pedir perdón y corregir los errores cometidos con ellas.

Figura 1

Genograma familiar



1.1.2 Motivo de consulta

NN de 50 años, es ambiguo en relación al motivo que lo lleva a buscar asistencia psicológica. Por un lado, reconoce la posibilidad de que su consumo de alcohol haya

alcanzado proporciones desmedidas desde los 35 años, indicando que durante los últimos años ha venido consumiendo de forma constante y en aumento. Esto ha acarreado complicaciones en aspectos familiares, siendo los principales problemas en su hogar, específicamente con su esposa, ya que, las discusiones y peleas eran casi a diario cuando el paciente estaba bajo los efectos del alcohol. Además, ha enfrentado problemas con sus relaciones sociales y en la gestión de recursos económicos. Por otro lado, sostiene que su comportamiento está bajo control y no representa un problema significativo. Se puede evidenciar de esta forma, una contradicción que podría sugerir introspección limitada sobre la magnitud del problema.

A pesar de que el paciente describe que su consumo de alcohol no es un problema grave, reconoce que antes de ser internado, su consumo fue desmedido. En la entrevista se pudo constatar información que evidencia las consecuencias que ha tenido a causa del alcohol. El paciente menciona: "Mí consumo de alcohol aumentó hace aproximadamente dos años, cuando mi esposa me dijo que estaba con otra persona". A raíz de esto, señala, que no reguló su ingesta alcohólica y aumento en frecuencia. Indica también "aquello había sido una advertencia para que dejara de consumir y que nunca había cometido dicha infidelidad". Sin embargo, el paciente comenta que esta aclaración no le resultó de mucha ayuda, ya que aún mantenía desconfianza y, por ende, su consumo persistió.

Finalmente, el paciente indica que espera que este tratamiento le ayude a estar presente en la vida de sus nietos y a no seguir los pasos de su padre, quien a causa del alcohol era agresivo y falleció.

1.1.3 Historia del problema y descripción de la sintomatología

Es importante señalar que en la historia de la enfermedad del paciente existen ciertos lapsos de tiempo que no se abordan, esto es debido a que el N.N presenta algunos problemas con la memoria a largo plazo, posiblemente asociadas a un accidente que tuvo a los 10 años y a su historial de consumo.

El paciente refiere haber comenzado a ingerir alcohol aproximadamente a los 8 o 9 años, en compañía de sus hermanos y tíos durante una estancia temporal en el Oriente. A pesar de su negativa inicial, fue persuadido por sus familiares para consumir alcohol, llegando a ingerir entre 3 o 5 copas de “punta”, alcanzando un estado de embriaguez total, indica además que en esa ocasión disfruto del sabor de la bebida. Posteriormente, a la media noche intento tomar un caballo para regresar a casa solo, sin embargo, el temor a la obscuridad y soledad lo llevaron a quedarse dormido a mitad del camino hasta perder la conciencia, no volvió a ingerir alcohol luego de ese incidente.

El paciente señala que, en esa ocasión, no tuvo miedo de llegar a casa con olor a alcohol, ya que su entorno familiar normalizaba el consumo, puesto que su padre y hermanos también bebían desde una temprana edad. Esta exposición constante al alcohol en el hogar, sumado a que por lo general no había consecuencias cuando sus hermanos llegaban en un nivel elevado de embriaguez, pudo influir en que el alcohol no sea percibido como algo negativo desde la infancia del paciente.

A la edad de 15 años aproximadamente, el paciente retomó el consumo de alcohol, debido al aumento de invitaciones a cumpleaños, fiestas y bailes, esto vino acompañado también de un incremento gradual en la ingesta alcohólica. N.N señala que su principal motivación para asistir a estos eventos era consumir alcohol con sus amigos regresando a casa al día siguiente en estado de embriaguez. Además, comenzó a consumir los fines de semana como forma de descanso, llegando siempre a la embriaguez total. A los 16 años, señala una anécdota que considera relevante, bebió por primera vez con su padre, en esa ocasión indica que le reclamo por los maltratos recibidos a todos los miembros de la familia, este sentimiento de impotencia le desencadenó mayores ganas de consumir, lo que ocasionó otro quebranto en la relación con su progenitor.

A los 20 años, tuvo a su primera hija, esto ocasionó un desequilibrio en su vida. Sin embargo, su ingesta alcohólica se mantuvo. A los 22 años, contrajo matrimonio, debido al embarazo de su segunda hija, enfrentándose a la realidad que conllevaba los gastos de la paternidad. Esta situación le generó estrés y que busque refugio en el alcohol para distraerse,

habitualmente en compañía de sus familiares. El aumento del consumo de alcohol ocasionó problemas en su matrimonio, incluyendo amenazas de separación por parte de su esposa. El paciente menciona que en ocasiones ha habido episodios de violencia verbal y física en la relación, como insultos y actos de agresión física. Entre estos actos, el paciente admite haber propinado una bofetada a su esposa. Sin embargo, justifica su comportamiento al señalar que ella previamente había tirado de su cabello. Esta situación se desencadenó cuando su esposa expresó su deseo de que él dejara de consumir alcohol y quería retirarse a casa, mientras que él deseaba continuar bebiendo.

Hasta los 35 años, la cantidad de consumo se mantuvo relativamente constante. Sin embargo, a partir de esa edad, notó un cambio en su patrón de consumo, aumentando la frecuencia progresivamente y compartiendo estas experiencias con un grupo más amplio de personas. Este cambio coincidió con un incremento de discusiones en el hogar y las invitaciones a beber por parte de sus amigos, lo cual sugiere una conexión entre estos eventos y su relación con el consumo de alcohol. Sus hijas se distanciaron gradualmente del hogar y eventualmente se trasladaron a otro país, principalmente debido a las diferencias con su padre y dificultades económicas. Esto ha llevado al paciente a experimentar sentimientos de culpa, atribuyendo su partida a su propia conducta hacia ellas.

La afinidad del paciente por el alcohol se intensificó gradualmente, encontrando un particular placer en consumir con sus amigos. A los 45 años, comenzó a ausentarse de casa, por periodos más prolongados, desde 2 días a 12 días seguidos. Este comportamiento generó tensiones significativas en la relación con su esposa, quien expresaba su desaprobación, principalmente debido a la presencia de más mujeres en los entornos de consumo y la sospecha de infidelidad por parte del paciente. La poca relación que mantenía con su hija se vio afectada, debido a que el paciente cumplía con el rol de cuidador de su nieta y por el consumo, la descuidaba, de igual forma, ya no compartía tiempo con su esposa, lo que provocó un deterioro en la relación conyugal.

Actualmente, a sus 50 años el paciente consumía alcohol semanalmente, incluso mientras se encontraba trabajando. Su consumo siempre se daba con compañeros o amigos que lo persuadían a beber.

Hace aproximadamente cuatro meses, el paciente sufrió un accidente en su motocicleta debido a su estado de embriaguez. Durante este incidente, se enfrentó a la sensación de estar al borde de la muerte, al quedarse momentáneamente sin respiración. Esta experiencia no solo le dejó un dolor persistente en las costillas, que perduró por más de tres meses, sino que también generó sentimientos de profundo arrepentimiento por haber consumido alcohol en esa ocasión. Es importante señalar que el paciente no ha enfrentado conflictos legales derivados de su consumo de alcohol hasta la fecha. Sin embargo, reconoce haber experimentado una intoxicación alcohólica, que no requirió hospitalización.

El periodo máximo de abstinencia del paciente fue de un mes, hace aproximadamente tres meses, motivado por el deseo de compartir más tiempo con su nieta, y mejorar su relación con su esposa e hijas. Sin embargo, tras este periodo, reincidió en su patrón de consumo, por la influencia de sus compañeros de trabajo y de sus amigos, volviendo a beber cada fin de semana o después de su jornada laboral. Las influencias externas, como las invitaciones de amigos y la presión de sus familiares durante eventos sociales, han sido factores desencadenantes para sus recaídas. Ejemplos de estas situaciones incluyen la celebración por sus tierras y las instigaciones de sus familiares después de participar en una minga. Estos eventos sociales han contribuido a la reanudación del consumo de alcohol por parte del paciente.

Entre los factores predisponentes del consumo se encuentra la exposición desde una edad temprana a un entorno familiar donde tanto sus padres como sus hermanos consumían alcohol regularmente. Esta situación contribuyó a que el paciente percibiera el consumo de alcohol como algo aceptable. Por otro lado, uno de los factores precipitantes fue la frecuencia de las invitaciones a fiestas desde los 15 años, además, el tener su primera hija a una edad en la que él no se sentía preparado. Igualmente, a los 35 años, el consumo aumentó debido a las discusiones en su hogar. Finalmente, los factores mantenedores incluyen las amistades

y compañeros de trabajo que lo incitan a consumir alcohol diariamente, así como después de actividades recreativas.

1.2 Proceso de evaluación

La evaluación se llevó a cabo en cuatro sesiones con una duración de entre 45 a 60 minutos, las entrevistas psicológicas se realizaron en una modalidad presencial y de internamiento, ya que el paciente se encontraba en condiciones de residencia en el centro especializado en tratamiento de adicciones. En las sesiones estuvieron presentes terapeuta y usuario.

Inicialmente se explicaron las normas y actividades a realizar al paciente, quien se mostró colaborador durante las sesiones de recogida de información. El modelo de la entrevista fue semiestructurada y al permitir abordar diversos temas favoreció el establecimiento del rapport. En las dos sesiones posteriores se aplicaron los test psicológicos para evaluar indicadores de lesiones cerebrales, impulsividad, rasgos de personalidad, evaluar las funciones mentales y consecuencias por el consumo de alcohol.

En lo que respecta a los instrumentos, se empleó la escala de impulsividad de Barratt, Mini examen del estado mental (MMSE), Cuestionario de Salamanca, OMS-Assist V3.1 y Audit.

Al finalizar la evaluación, se presentaron los resultados de los test aplicados, con el objetivo de que el paciente conozca su estado respecto al consumo de alcohol y se socializaron las actividades a trabajar en el plan terapéutico.

1.2.1 Entrevista con el paciente

La entrevista psicológica busca recoger información y evaluar la sintomatología presentada por el paciente, gracias a esta herramienta se establecieron diversas hipótesis, que se contrastaran con reactivos psicológicos específicos. (Montoya Zuluaga et al., 2013). Según Perpiñá (2012) los objetivos de la entrevista, son mantener un estilo directivo y recabar información precisa que permita valorar el problema.

Entre los distintos tipos existentes la entrevista semiestructurada, ha sido ampliamente utilizada en el campo clínico, ya que actúa de manera orientativa, permitiendo

una guía durante la sesión. Es decir, se basa en tener preguntas establecidas, que se adaptan según sea necesario para indagar los problemas del paciente (Sueiro et al., 2008). Para iniciar la fase de evaluación, se utilizaron cuatro entrevistas psicológicas, las cuales se describen a continuación:

- **Primera sesión:** La primera entrevista fue trabajada por el psicólogo del centro. Se socializó el consentimiento informado, el cual fue firmado por el usuario una vez comprendido que este trabajo tenía fines investigativos. Se estableció el rapport y posteriormente se recogieron datos de identificación, motivo de consulta, psicoanamnesis familiar y parte de historia de la enfermedad para conocer a más detalle el patrón de consumo.
- **Segunda sesión:** Se continuó recabando información en cuanto a la historia de la enfermedad y psicoanamnesis personal (infancia, adolescencia, juventud y adultez), historia sexual y patologías anteriores. A lo largo del proceso de búsqueda de información se consultó al paciente si se sentía cómodo con la entrevista, aunque inicialmente mostró participación, su voz se mantuvo en un tono muy bajo hasta que gradualmente volvió a sentirse cómodo y entró en confianza.
- **Tercera sesión:** En esta sesión, se empezaron a aplicar los reactivos psicológicos, entre los que se incluyó el minimal, Cuestionario de personalidad de Salamanca, el test de Audit, test de Assist, sin embargo, hubieron pequeñas complicaciones, debido a que el paciente tenía dificultades para comprender los ítems de los reactivos, fue necesario invertir más tiempo para asegurarse de que comprendiera cada uno de los tests aplicados, además, se recolectó breves datos faltantes en la historia clínica.
- **Cuarta sesión:** Durante la cuarta entrevista, se aplicaron los últimos reactivos: depresión y ansiedad de Zung e impulsividad de Barrat. De igual forma se recolectó la información restante para finalizar la historia clínica. Se indagó

nuevamente la historia de la enfermedad y situaciones en la etapa adulta, puesto que por su debido a su lesión cerebral recordaba de forma parcial esta información, para ello, se realizaron preguntas más elaboradas con el fin de conseguir la información faltante. Además, se exploraron los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores. Durante estas sesiones, el paciente presentó un tono de voz bajo.

1.2.2 Observación clínica

La observación es una herramienta fundamental al analizar la apariencia y comportamiento de los individuos. A partir de este proceso, se forma un juicio preliminar sobre el paciente. Los psicólogos, en particular, emplean este método para recopilar información valiosa, la cual incluye gestos, tanto verbales como no verbales, así como patrones de conducta y rasgos de personalidad. Esta minuciosa observación permite al psicólogo obtener una imagen detallada del paciente, la cual es fundamental para establecer un diagnóstico preciso. La información recopilada se correlaciona con los datos proporcionados por el paciente, lo que en conjunto facilita el proceso de diagnóstico. (García Sánchez et al., 2010)

El uso de esta herramienta permitió valorar el estado anímico y funciones mentales del usuario en cada una de las sesiones. N.N pese que inicialmente mostró tristeza por su estadía en el centro, con el paso de las sesiones fue incrementando su motivación. Se presentó con buen estado de ánimo y colaborador, mantuvo el contacto visual y una postura relajada, con un lenguaje adecuado y ritmo moderado, sin embargo, su tono de voz es bajo.

Con relación a las funciones mentales, el usuario se encontraba lúcido a nivel de conciencia y orientado tanto alopsíquica como auto psíquicamente. La capacidad de atención se encontró ligeramente alterada, evidenciando dificultad para comprender preguntas y problemas en la interpretación de información. Se observaron signos de fatiga mental. A pesar de ello, se mostró receptivo a seguir indicaciones y a responder a las preguntas planteadas. En cuanto al pensamiento y el discurso, fueron claros; sin embargo, la velocidad y fluidez variaron, debido a que en ciertas preguntas parecían requerir un esfuerzo considerable al

referirse a su historia personal, la información que se obtuvo fue muy restringida y repetía datos que ya había compartido, lo que sugiere dificultad con la memoria de trabajo. Hubo dificultad para comentar los cambios que llevaron a aumentar su consumo de alcohol; además, mencionó que hubo inconvenientes por la forma de tomar decisiones bajo los efectos del alcohol. Se evidenció una dificultad para resolver problemas, ya que se aferra a ejemplos literales y a menudo no logra captar metáforas o significados implícitos.

La sensorización del usuario no parecía presentar alteraciones como alucinaciones o pseudoalucinaciones que alerten de una posible despersonalización o desrealización.

En la función de afectividad, se observó variaciones en sus emociones. Se mantuvo en un estado tranquilo durante las sesiones; no obstante, cuando mencionaba el tema económico demostraba preocupación, misma que parecía estar acompañada de ansiedad.

Referente a sus hábitos, menciona que, frecuentemente sus comidas son a deshora, debido a sus horarios de trabajo. En cuanto a su higiene personal es adecuada: toma una ducha todos los días al salir del trabajo y se cambia de ropa.

Finalmente, si mantiene hábitos saludables de ejercicios; sin embargo, al culminar estas actividades, suele consumir alcohol. Por último, en términos de apariencia, se presentó a la entrevista psicológica con una buena presencia, manifestando hábitos de higiene adecuados y eligiendo una vestimenta acorde a su edad y género. Su cabello lucía peinado y adecuado para su cultura. Es importante destacar que, durante la observación de sus expresiones faciales, se notaba tranquilidad y su tono de voz era bajo. Se evidencian alteraciones físicas en su rostro, específicamente una cicatriz que se extiende desde su frente hasta la parte posterior de la cabeza.

1.2.3 Instrumentos psicológicos aplicados

Se utilizó test psicométricos los cuales se aplicaron en dos sesiones, durante un tiempo promedio de 45 a 60 minutos, de acuerdo con las normas de intervención de la institución. Se presentó dificultades al aplicar los test, debido a que el paciente, no era capaz de entender las preguntas, sin embargo, se brindó las instrucciones necesarias y adecuadas

para cada prueba y se respondió todas las dudas que existieron durante el proceso de aplicación.

Mini Examen del Estado Mental (MMSE)

El MMSE fue desarrollado por Folstein, Susan Folstein y Paul McHugh en 1975 cuyo objetivo fue identificar trastornos de funciones orgánicas en pacientes psiquiátricos. En 2002, se adaptó al español por parte de Lobo (MEC), (Folstein et al., 1975; Lobo et al., 2002).

El tiempo de evaluación del minimal es de 5 a 15 min; la puntuación entre 30 y 27 indica que no hay deterioro, entre 26 y 25, posible deterioro, entre 24 y 10, demencia leve a moderada, entre 9 y 6 demencia moderada a severa y menos de 6 indica demencia severa, las áreas a evaluar son: orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo (Gallegos et al., 2022).

Muestra una confiabilidad de consistencia Interna es de 0,807 según el Alfa de Cronbach y una fiabilidad de $\alpha = 0.88$ (Sagbay Coronel & Ramírez Coronel, 2023).

El paciente obtuvo un puntaje de 25/30 lo que quiere decir que existe la presencia de un posible deterioro en cuanto a sus funciones cognitivas.

Test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras sustancias (ASSIST V3.1)

El test de Detección de Uso de Alcohol, Tabaco y otras sustancias, también conocido como ASSIST, fue desarrollada por un grupo de investigadores y médicos especialistas en adicciones bajo auspicio de la Organización Mundial de la Salud (OMS), permitiendo la detección de consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias. Evalúa el consumo de sustancias y problemas relacionados (OMS, 2011).

Es una prueba que debe ser administrada por un profesional del área de salud, consta de 8 preguntas y su aplicación toma entre 5 y 10 minutos. Los baremos y puntos de corte del ASSIST indican que de 0 a 10 existe un bajo riesgo de consumo de la sustancia, de 11 a 26 sugiere un uso riesgoso y una puntuación de 27 o más indica un uso perjudicial o dependencia (Riide, 2021).

El cálculo de la consistencia interna (confiabilidad) del instrumento, demostró un α de Cronbach satisfactorio (>0.7) para el consumo de tabaco, alcohol y marihuana. Se realizaron análisis factorial exploratorios y confirmatorios para evaluar la validez concurrente (Piedra et al., 2019; OMS, 2011).

El paciente tuvo un total de 34 puntos en el consumo de alcohol, es decir que presenta un alto riesgo de padecer problemas graves a consecuencia de sus hábitos actuales de consumo de alcohol y presumiblemente es dependiente de la sustancia. En cuanto a tabaco obtuvo 10 puntos, lo cual indica, que corre riesgo moderado de tener problemas de salud a causa de esta sustancia.

Test de Identificación de Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT)

Fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el screening del consumo excesivo de alcohol. Además, ayuda a identificar consumo perjudicial y dependencia a esta sustancia (Bador et al., 2001).

Se administra a personas que consumen alcohol frecuentemente, mediante una entrevista o autoaplicación. Consta de 10 ítems y se completa entre 2 a 3 minutos. Las opciones de puntuación van desde el 0 a 4. Los baremos son los siguientes: de 0 a 7 indica un patrón de consumo de alcohol considerado de bajo riesgo para la salud, de 8 a 15 sugiere un nivel de consumo de alcohol que podría representar un riesgo para la salud y la necesidad de intervenciones preventivas, y de 16 o más indica posible dependencia al alcohol. (Montero et al., 2001)

El análisis de confiabilidad mostró un alfa de Cronbach (α) de 0,828. Se estimó la validez del criterio en mujeres con problemas de consumo de alcohol, mismo que fue válido para la detección del consumo de riesgo y dependencia en las mujeres (Palma et al., 2013; Perula et al., 2005)

El paciente obtuvo un puntaje de 28, lo cual indica mayor riesgo de sufrir problemas de salud debido a una probable adicción al alcohol y sugiere una posible dependencia.

Cuestionario de Salamanca

El cuestionario de Salamanca, fue desarrollado en 2007 como una prueba de screening para evaluar y detectar rasgos de personalidad, por Antonio Urdániz, Vicente Larrosa y Esperanza Gomez. (Larrosa, 2007)

Los trastornos de la Personalidad se dividen en tres grupos. El grupo A incluye el paranoide, esquizoide y esquizotípico, que comparten dificultades en las relaciones sociales, desconfianza extrema y comportamientos excéntricos. En el grupo B están el histriónico, antisocial, narcisista, trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, que afectan profundamente las relaciones interpersonales, caracterizados por búsqueda constante de atención, falta de empatía y la necesidad de superioridad. Por último, el grupo C compuesto por anancástico, dependiente y ansioso, presentan necesidad de control, dependencia emocional y miedo al rechazo (Caldero Alonso, 2014).

En cuanto a las propiedades psicométricas, se observó un Alfa de Cronbach: 0,89 y una validez de contenido de 0,849, lo que indica una buena fiabilidad, validez y concordancia (Caldero Alonso, 2014).

El paciente presencia de niveles altos en rasgo antisocial, lo cual implica que tendencia irrespetar normas sociales, además presenta rasgos impulsivos, es decir, actúa de manera rápida y sin reflexionar adecuadamente.

Escala de impulsividad de Barrat (BIS-11)

Fue creada por Barrat, Patton y Stanford en 1965 con la finalidad de evaluar los niveles de impulsividad de la persona y sus dimensiones que son: impulsividad motora, impulsividad cognitiva y no planeada (Delbazi-Paz et al., 2020).

La escala se compone de 30 ítems con respuestas tipo liker como: 0 raramente, 1 ocasionalmente, 3 a menudo y 4 siempre o casi siempre, hay ítems en los cuales la puntuación es inversa, exploran diferentes aspectos de la impulsividad, agrupados en tres subescalas: impulsividad Cognitiva (CI), evalúa la capacidad de planificación y organización, impulsividad Motora (MI), mide la tendencia a actuar sin pensar y la dificultad para

permanecer enfocado en una tarea y búsqueda de Sensaciones (BS), lo que indica la disposición a buscar experiencias nuevas y excitantes (Salvo G & Castro S, 2013).

Tiene una confiabilidad total de 0.777 dejándola en un rango moderado, lo que indica una confiabilidad interna aceptable y buena. También, se ha utilizado el coeficiente de omega, obteniendo un puntaje de $\omega=0.82$. (Casa Casa & Tobar Viera, 2023)

El paciente obtuvo lo siguientes puntajes: impulsividad cognitiva 18, impulsividad motora 26 e impulsividad no planeada 21, lo que presenta altos niveles de impulsividad no planeada, es decir no piensa cuidadosamente antes de actuar y motora que actúa guiada por su presente y de manera rápida.

1.3 Proceso diagnóstico

El diagnóstico es un proceso posterior a la recopilación de información sobre el paciente, con el objetivo de comprender y tratar la problemática identificada. Este proceso implica la evaluación de deterioros en áreas del funcionamiento psicológico del individuo. Para obtener un correcto diagnóstico, se emplea la entrevista inicial, observación, examen mental y aplicación de distintos reactivos psicológicos (Beatón et al., 2018).

Otro elemento fundamental a considerar al realizar un diagnóstico son los criterios diagnósticos. Para ello existen dos manuales con gran acogida en la comunidad científica. Uno de ellos es el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), el cual utiliza un lenguaje estandarizado con criterios que facilitan la síntesis de las características, signos y síntomas que apuntan hacia un trastorno específico (González Rivera & Álvarez-Alatorre Ponce, 2022).

En este estudio, se utilizará el DSM-5 como referencia para establecer los diagnósticos. Adicionalmente, se tendrán en cuenta los resultados de pruebas, observaciones de conducta, información obtenida a través de entrevistas, factores personales y del entorno del paciente.

1.3.1 Diagnóstico presuntivo

Después de recopilar información, utilizar instrumentos de evaluación y analizar los síntomas del paciente, se ha llegado a la conclusión de que el cuadro clínico es compatible con diversos trastornos mentales y del comportamiento vinculados al consumo de sustancias

psicoactivas, así como a dificultades en las relaciones íntimas entre adultos, las cuales pueden afectar negativamente la salud. Basándonos en la información recopilada y en los criterios de diagnóstico establecidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), se han identificado los siguientes diagnósticos presuntivos:

- 303.90 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol. Especificadores: Grave y en un entorno controlado: Este diagnóstico se fundamenta con el consumo problemático.
- 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada: Este diagnóstico se lo considera por la sintomatología presentaba inicialmente.
- V61.10 Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja: Se lo fundamenta por los problemas con su esposa.

1.3.2 Diagnóstico diferencial

Durante el proceso de evaluación y diagnóstico del usuario, además de identificar los trastornos que mejor explicaban su cuadro clínico, fue crucial descartar aquellas condiciones que, a pesar de presentar características similares o compartir algunos síntomas, no se ajustaban a la realidad del paciente. Este procedimiento, conocido como diagnóstico diferencial, requirió un análisis de la sintomatología, el curso temporal de los síntomas y el cumplimiento de los criterios diagnósticos establecidos. A través de este, se pudo delimitar con mayor precisión el problema central del usuario y, en consecuencia, desarrollar un plan de tratamiento adecuado. A continuación, se detallan los diagnósticos que, aunque fueron contemplados inicialmente, se descartaron tras una valoración integral del caso:

- 300.02 Trastorno de ansiedad generalizada: Inicialmente, se consideró este trastorno debido a la presencia de preocupación excesiva, inquietud y dificultad para conciliar el sueño en el paciente. Estos síntomas estaban especialmente relacionados con sus preocupaciones sobre quién iba a cubrir los costos de su estancia en el centro de rehabilitación y su temor a estar encerrado durante cuatro meses. Sin embargo, a medida que avanzaban las sesiones de tratamiento y se exploraban más a fondo sus

preocupaciones, se observó una disminución de estos síntomas. El paciente expresó que el proceso de tratamiento en el centro de rehabilitación fue beneficioso para él y que ya no lo percibía como una carga económica o emocional para sus familiares. Por lo tanto, se descartó el diagnóstico de TAG, ya que los síntomas parecían estar más relacionados con su consumo de alcohol.

- (V61.10) Relación conflictiva con el cónyuge o la pareja: El paciente mantiene una relación problemática con su esposa, ella en una ocasión le mencionó que le fue infiel, pero luego admitió que solo lo dijo para presionarlo a dejar de beber, este diagnóstico se descartó por que los problemas en la relación parecen estar más asociados con el consumo de alcohol y sus consecuencias, debido a cuando el paciente está bajo los efectos del alcohol, tiende a reaccionar de manera grosera hacia su esposa.

1.3.3 Diagnóstico definitivo

Una vez descartados los trastornos de ansiedad generalizada y la relación conflictiva con el cónyuge o la pareja como explicaciones completas para los problemas del paciente NN, se pudo concluir que el diagnóstico más apropiado es:

- 303.90 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, grave, en un entorno controlado.

Este diagnóstico se basó en la evidencia de un patrón crónico y problemático de consumo de alcohol, así como en las consecuencias adversas significativas en múltiples áreas de la vida del paciente, como las relaciones familiares y sociales. Este hallazgo se respaldó además por la historia detallada del paciente, incluyendo sus antecedentes familiares de consumo de alcohol, los episodios de abuso y violencia relacionados con el consumo, así como los intentos fallidos de dejar de beber. Además, se consideraron los especificadores relevantes, como el hecho de que el paciente se encontraba internado en un centro de tratamiento de adicciones, lo que refuerza la gravedad y la cronicidad de su problema con el alcohol.

El paciente cumple con varios de los criterios diagnósticos, incluyendo el patrón problemático de consumo de alcohol, evidenciado por el consumo en cantidades superiores

a lo esperado, esfuerzos infructuosos para controlar el consumo, ansias persistentes de alcohol y consumo recurrente a pesar de problemas sociales o interpersonales. Además, se observa la presencia de síntomas de abstinencia, como agitación psicomotora y ansiedad, manifestados cuando se intenta cesar o reducir el consumo de alcohol. Todo esto se ha observado en un entorno controlado. Ante lo descrito, los criterios diagnósticos que se cumplen y su respectiva interpretación, se presentan en la siguiente tabla 1:

Tabla 1

Criterios diagnósticos que cumple N.N para trastornos de consumo de alcohol

Criterios del DSM- 5 cumplidos	Interpretación
A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:	
1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.	El paciente ha llegado a consumir alcohol hasta perder la conciencia, y al recobrarla, continuaba bebiendo durante uno o dos días más.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.	El paciente hizo dos intentos de dejar el alcohol, pero fracasaron debido a que no pudo resistir las invitaciones para beber o cuando salía del trabajo, se encontraba pensando en consumir alcohol, lo que finalmente resultaba en que lo hacía.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.	El paciente experimentaba una necesidad constante de consumir alcohol, ya fuera después de terminar de jugar al vóley, al salir del trabajo, en reuniones sociales e incluso cuando estaba solo. Esta necesidad persistente provocaba que terminara consumiendo bebidas alcohólicas en estas situaciones.

- 5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.** El consumo de alcohol ha llevado al paciente a descuidar sus responsabilidades en el hogar, mostrando una contribución económica mínima para el sustento diario. Además, muestra un deseo constante de dejar el trabajo temprano para consumir alcohol, e incluso en los últimos meses, ha llegado a faltar al trabajo durante más de cinco días consecutivos debido a su consumo excesivo.
- 6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.** A pesar de los conflictos con su pareja e hijas, el paciente hacía caso omiso y continuaba consumiendo alcohol. Además, parecía no importarle los problemas que tenía con sus vecinos y otros familiares, ya que su principal preocupación era consumir alcohol.
- 8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.** A pesar de ser consciente de que tendría que conducir más tarde, el paciente continuaba bebiendo sin preocuparse por las consecuencias. Incluso en situaciones como salir con sus nietos, donde su responsabilidad como cuidador era primordial, no podía evitar beber alcohol, poniendo así en riesgo la seguridad de los niños, ya que su capacidad para cuidarlos correctamente estaba comprometida debido a su estado de embriaguez.
- 9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado por el consumo de alcohol.** El paciente experimentó un accidente en moto mientras estaba en un estado de embriaguez elevado junto a un amigo. Este incidente resultó en secuelas físicas, como dificultad para respirar debido a un impacto y dolores intensos de cabeza, los cuales se agudizaban especialmente cuando consumía alcohol.

- | | |
|--|---|
| <p>10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:</p> <p style="padding-left: 40px;">a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</p> | <p>El paciente incrementó su ingesta de alcohol con el fin de alcanzar un estado de embriaguez más pronunciado.</p> |
| <hr/> | |
| <p>11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:</p> <p style="padding-left: 40px;">b. Se consume alcohol (o alguna sustancia muy similar, como una benzodiazepina) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</p> | <p>Durante los dos intentos de abstenerse del consumo de alcohol y enfrentando los síntomas de abstinencia, el paciente recurrió al alcohol para mitigar la ansiedad y otros síntomas relacionados.</p> |

Nota. En la tabla se presenta los criterios diagnósticos que se cumplen para un trastorno mental y del comportamiento debido al consumo de alcohol.

La tabla anteriormente expuesta, detalla que N.N presenta un patrón alarmante de consumo de alcohol que ha generado consecuencias devastadoras en diversos aspectos de su vida. Su incapacidad para moderar su consumo, evidenciada por episodios de embriaguez prolongada y un aumento progresivo en la ingesta, sugiere una dependencia significativa de la sustancia. Este problema se vio intensificado por la falta de control sobre los impulsos, como lo demuestran los intentos fallidos de dejar de beber y la incapacidad para resistir las tentaciones del entorno. Además, el impacto en sus relaciones personales, la negligencia de sus responsabilidades familiares y laborales, así como los incidentes graves relacionados con el consumo excesivo de alcohol, resaltan la urgencia de intervenir en su situación para prevenir daños adicionales a su salud y bienestar general.

Capítulo dos

Metodología

2.1 Tratamiento/Intervención

Con relación al tratamiento utilizado, se emplearon técnicas de la terapia cognitivo-conductual. Se llevaron a cabo un total de 9 sesiones semanales, con una duración promedio de 50 a 60 minutos cada una, en modalidad presencial, sin embargo, la última sesión de seguimiento fue realizada mediante una llamada telefónica debido a que el paciente había abandonado el centro.

2.1.1 *Objetivos terapéuticos*

Los objetivos terapéuticos se basan principalmente en las directrices establecidas por (Becoña, 2016) en su manual de Trastornos adictivos. Estos fueron determinados considerando el proceso de evaluación previo, las necesidades específicas del usuario y los requerimientos particulares del centro. A continuación, se detallan los objetivos establecidos para este caso en particular:

- Facilitar la adquisición de habilidades y estrategias para identificar, manejar y cambiar hábitos que desencadenan dependencia hacia el consumo de alcohol.
- Desarrollar en el usuario herramientas para la regulación emocional y control de impulsos e implementar habilidades de afrontamiento para reducir la probabilidad de reincidencia en el consumo de alcohol.
- Guiar al paciente en el establecimiento de metas claras y alcanzables, fomentando la motivación para alcanzar sus logros.
- Evaluar el progreso del paciente con el proceso terapéutico a través de instrumentos psicológicos.

2.1.2 *Plan de tratamiento/intervención*

Tabla 2

Plan terapéutico general aplicado al usuario

SESIÓN	OBJETIVO TERAPÉUTICO	OBJETIVO DE SESIÓN	TÉCNICA	OBSERVACIÓN
1	-Facilitar la adquisición de habilidades y estrategias para identificar, manejar y cambiar hábitos que desencadenan dependencia hacia el consumo de alcohol.	-Proporcionar información clara y comprensible sobre los efectos del alcohol en la salud física y mental.	- Psicoeducación. - Uso de metáforas.	- Se utilizaron imágenes digitales que reforzaron el tema.
2	-Desarrollar en el usuario herramientas para la regulación emocional y control de impulsos e implementar habilidades de afrontamiento para reducir la probabilidad de reincidencia en el consumo de alcohol.	Desarrollar habilidades de manejo del estrés, nerviosismo y ansiedad sin recurrir al alcohol.	- Técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.	- Se realizó la técnica de relajación progresiva, en la cual se utilizaron diversos materiales como ambientadores y parlantes para lograr una mayor integración con el proceso. - Tarea: Practicar la técnica de relajación una vez al día y en momentos donde presente deseos de consumir.
3	-Facilitar la adquisición de habilidades y estrategias para identificar,	Modificar creencias irracionales y distorsiones cognitivas relacionadas con el consumo de	- Reestructuración cognitiva.	- Se utilizaron ilustraciones que debían ser completadas por el usuario mediante

	manejar y cambiar hábitos que desencadenan dependencia hacia el consumo de alcohol.	sustancias para fomentar una perspectiva más realista sobre el consumo.		sus creencias. Tarea: Debido a las limitaciones cognitivas del paciente, derivadas de su lesión cerebral, no se asignaron tareas para realizar de forma independiente.
4	-Facilitar la adquisición de habilidades y estrategias para identificar, manejar y cambiar hábitos que desencadenan dependencia hacia el consumo de alcohol.	Mejorar las habilidades de comunicación y relación interpersonales.	- Comunicación asertiva - Disco rayado - Aplazamiento	- Se empleó una representación gráfica de un disco rayado para ilustrar el concepto de la técnica de comunicación asertiva denominada "disco rayado". Tarea: Debido a las limitaciones cognitivas del paciente, derivadas de su lesión cerebral, no se asignaron tareas para realizar de forma independiente.
5	-Facilitar la adquisición de habilidades y estrategias para identificar, manejar y cambiar hábitos que desencadenan dependencia	Desarrollar estrategias para manejar el deseo de consumir alcohol mediante la identificación y resolución de problemas subyacentes	- Técnica de resolución de problemas. -Técnica de visualización	- Se proporcionó al usuario una lista de problemas predefinidos, solicitándole que detallara los pasos necesarios para su resolución - Dadas las dificultades a raíz

	hacia el consumo de alcohol.		de su condición neurológica, no se enviaron tareas para realizar fuera de la sesión.	
6	- Guiar al paciente en el establecimiento de metas claras y alcanzables, fomentando la motivación para alcanzar sus logros.	Fomentar la búsqueda de actividades recreativas y constructivas para ocupar el tiempo libre de manera saludable y establecimiento de Metas a corto, mediano y largo Plazo	- Técnica de establecimiento de metas. - Proyecto de vida.	Se utilizó el formato de proyecto de vida proporcionado por el centro de rehabilitación como herramienta para facilitar el proceso de establecimiento de metas del usuario.
7	- Desarrollar en el usuario herramientas para la regulación emocional y control de impulsos e implementar habilidades de afrontamiento para reducir la probabilidad de reincidencia en el consumo de alcohol. - Evaluar el progreso del paciente con el proceso terapéutico a través de instrumentos psicológicos.	- Brindar herramientas para reducir la impulsividad relacionada con el consumo en situaciones estresantes o de riesgo. - Evaluar la satisfacción del paciente con la terapia mediante un test de satisfacción con el tratamiento.	- Técnica de control de impulsos - Técnica de la tortuga y técnica del semáforo. - Escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)	- Se emplearon representaciones visuales de las técnicas de la tortuga y del semáforo para facilitar la comprensión del paciente, adaptando las intervenciones a sus limitaciones cognitivas derivadas de su lesión cerebral.

8	<p>-Desarrollar en el usuario herramientas para la regulación emocional y control de impulsos e implementar habilidades de afrontamiento para reducir la probabilidad de reincidencia en el consumo de alcohol.</p> <p>- Evaluar el progreso del paciente con el proceso terapéutico a través de instrumentos psicológicos.</p>	<p>-Desarrollar conjuntamente con el paciente un plan de prevención de recaídas a fin de poder manejar situaciones de riesgo relacionadas al consumo de alcohol</p> <p>-Evaluar el deseo de consumo mediante un test de craving</p>	<p>Entrenamiento en prevención de recaídas.</p> <p>- Uso de tarjetas flash</p> <p>- Rol playing</p> <p>- Técnica de respiración diafragmática.</p> <p>Retest</p>	<p>- Se proporcionaron al usuario tarjetas con diversas estrategias y soluciones para afrontar situaciones de riesgo. Como tarea, se indicó al paciente mantener estas tarjetas accesibles y poner en práctica los conocimientos adquiridos durante el proceso terapéutico.</p>
9	<p>-Evaluar el progreso del paciente con el proceso terapéutico a través de instrumentos psicológicos.</p>	<p>- Evaluar el progreso del usuario una vez hubiese abandonado el centro.</p> <p>- Realizar el Cierre terapéutico.</p>	<p>- Analizar el progreso.</p> <p>- Cierre terapéutico.</p>	<p>- En colaboración con el centro de rehabilitación, se realizó una llamada de seguimiento al paciente para evaluar su estado actual y verificar la aplicación de las técnicas y estrategias aprendidas durante el proceso terapéutico.</p>

Nota. Breve descripción de cada una de las sesiones del plan terapéutico.

La tabla presentada anteriormente ofrece una visión general del plan de tratamiento diseñado para el usuario, el cual se divide en 9 sesiones. Entre las técnicas utilizadas se destaca: la psicoeducación, uso de metáforas, relajación muscular progresiva de Jacobson, la reestructuración cognitiva, entrenamiento de habilidades sociales, resolución de problemas, entrenamiento en metas, control de impulsos, prevención de recaídas, entre otras. El plan de tratamiento culmina con una evaluación final del progreso del usuario. A continuación, se brinda información más detallada de cada una de las sesiones.

2.1.2.1. Descripción de las sesiones realizadas en el proceso terapéutico.

Las sesiones se llevaron a cabo siguiendo un formato estructurado con el fin de alcanzar los objetivos planteados. Durante las mismas, se utilizó diverso material didáctico, sin embargo, no se pudo enviar tareas como se esperaba, debido a que, el usuario no se encontraba en la capacidad de realizarlas de manera adecuada debido a una lesión sufrida años atrás que le dificultaba leer y razonar.

- **Sesión 1:**

La técnica de psicoeducación consiste en presentar información sobre los síntomas de la adicción, los problemas ocasionados por el consumo de sustancias y los disparadores de consumo, con el objetivo de que el usuario comprenda la situación de su enfermedad y se motive al cambio (Navarrete & Tena, 2022). En esta sesión, se aplicó la psicoeducación de la siguiente manera: en primer lugar, se brindó una explicación concisa y clara acerca del diagnóstico del usuario para facilitar su comprensión. Posteriormente, se explicó la utilidad de la técnica y se utilizó una metáfora para ilustrar las consecuencias del consumo continuo de alcohol en la salud y en la vida cotidiana. Se presentó un video sobre los efectos del alcohol en la salud y se formularon preguntas al usuario sobre lo observado. Además, se emplearon otras metáforas para describir la progresión de la dependencia al alcohol, como la comparación con el uso excesivo de fertilizante en un jardín, que inicialmente parece beneficioso, pero con el tiempo se vuelve necesario para funcionar, debilitando la capacidad de la persona para enfrentar desafíos por sí misma. También se utilizó la metáfora del néctar pegajoso que atrapa las alas de una mariposa, limitando su libertad y vitalidad, para

representar cómo el consumo excesivo puede restringir la capacidad de una persona para explorar y disfrutar de la vida. Finalmente, se realizó un cierre de la sesión, se brindó motivación al usuario y se aclararon sus dudas.

Se considera que la sesión fue exitosa, ya que el usuario pudo comprender cómo el alcohol afecta su vida y lo mantiene atado a una falsa sensación de felicidad, además de entender las consecuencias que ocasiona el alcohol en su salud y en su vida. Sin embargo, su participación en el proceso fue limitada.

Durante la sesión, se observó que el usuario presentaba un buen estado de ánimo, mantenía contacto visual y un tono de voz bajo, y se mostraba lúcido y orientado en tiempo y espacio.

- **Sesión 2:**

En esta sesión, se abordó el objetivo general de desarrollar en el usuario herramientas para la regulación emocional y el control de impulsos, así como implementar habilidades de afrontamiento para reducir la probabilidad de reincidencia en el consumo de alcohol, mediante la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson. La técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson consiste en enseñar al paciente a identificar la tensión muscular en su cuerpo para posteriormente lograr una relajación profunda. Se inicia enseñando a relajar la cabeza y se va descendiendo sucesivamente por todas las partes del cuerpo hasta llegar a los músculos inferiores (Castro & Macías, 2010).

En esta sesión que debió desarrollarse de forma grupal por petición del psicólogo del centro, todos los usuarios del centro se reunieron en la sala, y los asientos fueron dispuestos de manera separada para garantizar la comodidad de cada participante. Antes de comenzar, se ambientó el espacio con aromas reconfortantes, mientras una suave música de fondo ayudaba a establecer una atmósfera tranquila y propicia para la introspección.

La sesión se inició con la explicación detallada de la técnica de relajación. Se alentó a los participantes a conectarse con su cuerpo y a sentir cada parte de él con atención plena. La técnica se centraba en inducir una profunda relajación, comenzando desde la cabeza y avanzando hacia abajo, abordando cada músculo y área con cuidado y conciencia. Se

instruyó a los presentes a dirigir su atención hacia la frente, los ojos, la nariz, la sonrisa, la lengua, la mandíbula, los labios, el cuello, y continuar así sucesivamente hasta llegar a las extremidades inferiores. Se enfatizó la importancia de identificar y relajar conscientemente cada músculo, ya que esto permitiría a los participantes liberar la tensión acumulada y experimentar una sensación de calma y serenidad en todo el cuerpo. Se alentó a los usuarios a practicar esta técnica regularmente como una herramienta poderosa para reducir el estrés y promover el equilibrio emocional en su día a día.

La sesión se consideró exitosa, ya que el usuario logró alcanzar un nivel de relajación que afirmó no haber experimentado antes. Este resultado subraya la eficacia de la técnica de relajación impartida durante la sesión y sugiere un progreso significativo en el bienestar del usuario.

Como tarea, se asignó al usuario la práctica del ejercicio de relajación en momentos de tensión.

- **Sesión 3:**

En esta sesión terapéutica, el objetivo fue facilitar la adquisición de habilidades y estrategias para identificar, manejar y cambiar hábitos que desencadenan dependencia hacia el consumo de alcohol. Para lograrlo, se empleó la técnica de reestructuración cognitiva, que tiene como finalidad principal ayudar a las personas a identificar, desafiar y modificar patrones de pensamiento disfuncionales o negativos que contribuyen a problemas emocionales o de comportamiento. La reestructuración cognitiva comienza con la identificación de pensamientos automáticos, que son aquellos pensamientos rápidos y espontáneos que surgen en respuesta a situaciones específicas. Estos pensamientos a menudo son negativos o distorsionados (Bados & García, 2010).

La sesión se inició introduciendo una metáfora adaptada al paciente, que comparaba la mente de una persona con adicción al alcohol con un campo fértil. En esta analogía, los pensamientos negativos relacionados con el consumo se asemejaban a malas hierbas que debían ser erradicadas, mientras que los pensamientos positivos representaban semillas de esperanza y autocontrol que debían ser cultivadas. Se enfatizó la importancia de cuidar la

mente de la misma manera que se cuida un campo para cultivar una vida más saludable y plena, libre del consumo.

Después de presentar la metáfora, se procedió a identificar los pensamientos automáticos relacionados con el consumo de alcohol, con el objetivo de explorar alternativas más equilibradas. Para ello, se llevó a cabo un ejercicio de juego de roles. En primera instancia, el paciente compartió los pensamientos que surgieron durante la actividad anterior, mientras que el terapeuta asumió el papel de consejero, ofreciendo orientación y apoyo. Posteriormente, se invirtieron los roles, y fue el paciente quien actuó como consejero, brindando un consejo imaginario a un amigo o familiar en una situación similar. Esta dinámica permitió al paciente reflexionar sobre sus propias experiencias y encontrar perspectivas alternativas para enfrentar los desafíos relacionados con el consumo de alcohol. Para evaluar el cambio en los pensamientos del paciente, se utilizaron ilustraciones de "bombas de pensamiento", una herramienta visual que ayudó a comprender cómo evolucionaron sus pensamientos durante la sesión. Esto permitió identificar cualquier cambio positivo y establecer una base sólida para continuar trabajando en el proceso terapéutico.

Al concluir, se puede considerar que la técnica tuvo un éxito moderado, ya que el paciente experimentó dificultades para comprender ciertos términos. En vista de esto, se reconoce la necesidad de adaptar aún más el lenguaje utilizado durante la sesión para asegurar una mejor comprensión por parte del paciente.

- **Sesión 4:**

En esta sesión terapéutica, el objetivo fue facilitar la adquisición de habilidades y estrategias para identificar, manejar y cambiar hábitos que desencadenan dependencia hacia el consumo de alcohol. Para lograrlo, se empleó la técnica de comunicación asertiva, que permite expresar los pensamientos de manera apropiada y en el momento adecuado, lo que facilita que cada persona se exprese libremente sin temor y pueda llegar a acuerdos (Bernal-Álava et al., 2022).

Se enfatizó la importancia de la comunicación efectiva mediante ejemplos prácticos de cómo el paciente solía responder a las invitaciones para beber alcohol por parte de sus

amigos. Para introducir la técnica del "disco rayado", se utilizó una imagen descriptiva para ilustrar su concepto, explicando cómo consiste en repetir una respuesta de manera constante hasta que la otra persona desista. Dado que el paciente enfrentaba dificultades para manejar situaciones, se emplearon escenarios previamente redactados y se le solicitó que respondiera de manera uniforme en cada uno de ellos. Se llevó a cabo un ejercicio de juego de roles donde el terapeuta ejemplificó cómo aplicar la técnica, luego se invirtieron los roles para que el paciente practicara el "disco rayado" por sí mismo. Además, se presentó una metáfora ilustrativa de la victoria sobre el "disco rayado" para reforzar la comprensión del concepto. Finalmente, se formularon preguntas reflexivas basadas en la metáfora compartida para promover la reflexión del paciente sobre su propio proceso. Además, se aplicó la técnica de aplazamiento, la cual se centra en enseñar al paciente a posponer la decisión de consumir alcohol, utilizando frases asertivas y actividades distractoras durante el tiempo de espera. Este aplazamiento permite al paciente ganar control sobre sus decisiones y optar por comportamientos más saludables.

- **Sesión 5:**

En esta sesión terapéutica, el objetivo fue facilitar la adquisición de habilidades y estrategias para identificar, manejar y cambiar hábitos que desencadenan dependencia hacia el consumo de alcohol. Para lograrlo se empleó la técnica de resolución de problemas, que permite resolver de manera eficaz e independiente los problemas actuales y futuros que se presenten en su vida. (Garritz, 2018)

Durante la sesión terapéutica, se implementó la técnica de resolución de problemas con el paciente, presentando varios escenarios hipotéticos relacionados con el consumo de alcohol, aquellos escenarios reproducían distintas problemáticas como: invitaciones de amigos a beber, consumo con familiares, y presiones sociales en eventos. Para cada situación, se desarrollaron soluciones prácticas y pasos concretos para llevarlas a cabo. Por ejemplo, una de las soluciones que se puso en práctica fue que antes una invitación de compañeros del trabajo el paciente emita respuestas asertivas como "No, gracias, no puedo" y desarrolle actividades distractoras como tomar un café o salir a caminar. Además, se realizó

un modelado de respuestas con la terapeuta, seguido de la práctica por parte del paciente. Esto le permitió ganar confianza y familiarizarse con las estrategias, reforzando su capacidad para manejar situaciones de riesgo y tomar decisiones más saludables.

La sesión comenzó con una metáfora para ayudar al paciente a entender la importancia de resolver problemas, comparando la vida con navegar en un barco a través de un mar que representa los desafíos. Luego, se presentaron diversas situaciones que podrían desencadenar el deseo de consumir alcohol, como invitaciones de amigos, el consumo de alcohol por parte de la familia, y la presencia de alcohol en eventos sociales.

Para cada situación, se trabajaron pasos concretos y prácticos para solucionarla. Por ejemplo, en reuniones con amigos, se practicó la técnica del disco rayado, consistente en responder repetidamente con un "no, gracias", y retirarse del lugar si la presión persiste. En situaciones familiares, se enfatizó la importancia de expresar claramente la decisión de no beber y alejarse del ambiente si es necesario. Además, se utilizaron ejercicios de role-playing y visualización para ambientar los problemas con música de fondo e imágenes, ayudando al paciente a visualizar y practicar cómo manejar cada situación en la vida real.

Al finalizar la sesión, se utilizó una técnica de visualización en la que el paciente se imaginó en un futuro donde ha superado sus problemas con el alcohol. Se le guió a visualizarse en un lugar tranquilo y feliz, disfrutando de una vida saludable y libre de la dependencia del alcohol. Este ejercicio buscó reforzar su motivación y confianza en su capacidad para mantener el cambio.

Los logros terapéuticos obtenidos incluyen la adquisición de herramientas prácticas para manejar situaciones de riesgo, la capacidad fortalecida para resolver problemas de manera independiente, y una mayor confianza en su habilidad para enfrentarse a tentaciones y desafíos relacionados con el consumo de alcohol.

- **Sesión 6:**

En esta sesión terapéutica, el objetivo fue guiar al paciente en el establecimiento de metas claras y alcanzables, fomentando la motivación para alcanzar sus logros. Para lograrlo, se empleó la técnica de establecimiento de metas, que permite plantear objetivos para el

sujeto a corto, mediano o largo plazo. Se busca mediante ellos utilizar todos los recursos disponibles en el paciente para cumplirlos (García & Pérez, 1988).

Se implementó un proyecto de vida para el paciente, estructurado en varias etapas con el objetivo de guiar su recuperación y reintegración social. Primero, se definieron la misión y visión personales, estableciendo un propósito fundamental y metas a largo plazo basadas en sus valores y aspiraciones más profundas. Luego, se identificaron los principios que rigen su vida, proporcionando un marco de referencia para sus acciones y decisiones. Se realizó un análisis FODA para evaluar sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, permitiendo una comprensión integral de su situación actual. Posteriormente, se establecieron metas a corto, mediano y largo plazo en áreas personales, educativas, laborales, sociales, familiares y espirituales. Para cada meta, se desarrollaron estrategias concretas y medibles, facilitando el seguimiento y el ajuste continuo del plan. Este enfoque integral y dinámico, asegura que el paciente avance de manera efectiva hacia su reintegración social y mejora de calidad de vida.

Pese a las dificultades encontradas para establecer sus metas, se logró una reflexión profunda sobre qué aspectos de estos valores eran prioritarios y cómo podría motivarlo en su camino hacia la recuperación.

- **Sesión 7:**

En esta sesión terapéutica, el objetivo principal fue desarrollar en el usuario herramientas para la regulación emocional y control de impulsos, e implementar habilidades de afrontamiento para reducir la probabilidad de reincidencia en el consumo de alcohol. Para ello, se emplearon varias técnicas específicas. La técnica de control de impulsos, que incluye métodos como la técnica de la tortuga y la técnica del semáforo, se centra en enseñar a los pacientes a detenerse, reflexionar y actuar de manera adecuada en situaciones de estrés o frustración. La técnica de la tortuga es eficaz para ayudar a los pacientes a calmarse y pensar antes de reaccionar impulsivamente, promoviendo la toma de decisiones más reflexivas (Children, 2021). Por otro lado, la técnica del semáforo utiliza un enfoque visual para ayudar

a los pacientes a identificar sus emociones y regular sus respuestas emocionales de manera adecuada (Frijda, Ridderinkhof, & Rietveld, 2014).

Además, se evaluó el progreso del paciente con el proceso terapéutico a través de la escala de satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4), que mide la percepción del paciente sobre la efectividad del tratamiento y su satisfacción con el proceso terapéutico (Schreiber, Odlaug, & Grant, 2011).

Durante la sesión, se abordaron dos técnicas específicas adaptadas a las necesidades individuales del paciente debido a sus déficits cognitivos.

Primero, se utilizó la técnica de la tortuga, con el objetivo de enseñar a controlar los impulsos. Esta técnica fue seleccionada para que fuera fácilmente comprendida por el paciente debido a su lesión cerebral y su dificultad para comprender las palabras. Se le guió a través de un breve texto que describía cómo se siente antes de ciertas situaciones, seguido de la presentación de una imagen que ilustraba los tres pasos clave de la técnica: detenerse, retirarse a su caparazón y pensar antes de actuar. En la práctica, esto implicaba detenerse inmediatamente cuando sentía que algo no estaba bien, tomar tres respiraciones profundas para calmarse y reflexionar sobre las posibles soluciones antes de reaccionar impulsivamente.

A través de actividades de role-playing, el paciente simuló situaciones que normalmente le harían sentir frustrado o enojado, aplicando los pasos de la técnica de la tortuga. Por ejemplo, en una discusión con su esposa, el paciente practicó detenerse, respirar profundamente y luego pensar en la mejor manera de responder sin ser agresivo.

Luego, se enseñó la técnica del semáforo, con un objetivo similar. Se le proporcionó una imagen que representaba los colores del semáforo y se le guió para que asociara ciertas frases con cada uno de los colores: luz roja (parar), luz amarilla (pensar) y luz verde (actuar). En la práctica, cuando el paciente se sintiera enojado o frustrado, debía detenerse inmediatamente (luz roja), reflexionar sobre la situación y por qué se sentía así (luz amarilla), y luego actuar de una manera adecuada (luz verde).

A través de ejercicios de juego de roles, el paciente practicó aplicar la técnica del semáforo en situaciones de la vida real. Por ejemplo, cuando se sintió frustrado por no encontrar trabajo, se le recordó que debía pensar en la luz roja del semáforo y parar. Luego, reflexionó sobre la situación (luz amarilla) y, finalmente, pensó en soluciones adaptativas (luz verde), como buscar ayuda o expresar sus sentimientos de manera tranquila y respetuosa.

Estas técnicas fueron seleccionadas y adaptadas para ayudar al paciente a manejar sus emociones y reacciones en diversas situaciones. El terapeuta animó al paciente a aplicar estas herramientas y enfatizó la importancia de una mayor comprensión y control emocional para su bienestar.

Al finalizar la sesión, los logros terapéuticos obtenidos incluyen el desarrollo de habilidades efectivas para el control de impulsos y la regulación emocional, la capacidad de aplicar las técnicas de la tortuga y del semáforo en situaciones de la vida real, y un aumento en la confianza del paciente para manejar situaciones desafiantes sin recurrir al consumo de alcohol. Estas mejoras no solo fortalecen su habilidad para enfrentar el día a día de manera más equilibrada, sino que también promueven una interacción más saludable y armoniosa con su entorno, particularmente en sus relaciones personales.

- **Sesión 8:**

En esta sesión terapéutica, se abordó el objetivo de implementar habilidades de afrontamiento para reducir la probabilidad de reincidir en el consumo de alcohol, mediante la técnica de prevención de recaídas. Además, se evaluó el progreso del paciente con el proceso terapéutico a través de un retest de craving de alcohol.

La prevención de recaídas es fundamental para quienes han alcanzado la abstinencia y desean mantenerla. Es por ello que debe ajustarse a las necesidades específicas del paciente y proporcionarle estrategias para afrontar situaciones de riesgo (Richter et al., 2014). La sesión se centró en elaborar un plan de prevención de recaídas, comenzando con un momento dedicado a resaltar los logros del paciente hasta la fecha. Este enfoque tenía como objetivo motivarlo y destacar su progreso en el proceso de recuperación, lo que incluyó una sincera felicitación por sus avances. Se realizó un repaso de las estrategias a emplear en

situaciones difíciles y se estableció un plan de emergencia personalizado cuando surgiese el craving. El paciente tuvo la oportunidad de elegir a su padrino de apoyo para momentos críticos, una figura relevante que se escoge para acudir en ayuda ante momentos de deseo de consumir.

Además, se presentaron tarjetas con frases diseñadas para fortalecer su resolución y evitar la reincidencia en el consumo. Estas tarjetas contenían mensajes motivacionales y recordatorios de las habilidades y estrategias aprendidas durante el proceso terapéutico. El uso de este recurso visual tiene como objetivo brindar al paciente un apoyo tangible y accesible en situaciones de vulnerabilidad.

Para completar la sesión, se aplicó la técnica de respiración diafragmática para ayudar a manejar situaciones estresantes que podrían llevar al consumo de alcohol. Primero, se explicó cómo esta técnica reduce el estrés y la ansiedad al activar el sistema nervioso parasimpático. Luego, se demostró la técnica, mostrando cómo respirar utilizando el diafragma en lugar del pecho. Se dieron instrucciones detalladas sobre la posición inicial, la inhalación por la nariz expandiendo el abdomen, y la exhalación por la boca dejando que el abdomen descienda. Se realizaron repeticiones guiadas durante 5-10 minutos con retroalimentación constante. Posteriormente, se practicó la técnica simulando situaciones de estrés, enseñando a usar la respiración diafragmática al reconocer los primeros signos de tensión. Finalmente, se instruyó la práctica diaria. Esta técnica ayudó a desarrollar una mayor autoconsciencia y control sobre el estrés, reduciendo la necesidad de recurrir al alcohol en situaciones difíciles. La técnica de relajación seleccionada fue determinada en función de las necesidades específicas y las preferencias individuales del paciente, con el objetivo de optimizar su eficacia y asegurar una mayor adherencia al tratamiento. Esta elección se basó en una evaluación exhaustiva de los síntomas presentados.

En conclusión, la octava sesión terapéutica se enfocó en recordar algunas de las técnicas aprendidas a lo largo del proceso, generar un plan de prevención de recaídas conjuntamente con el paciente. Se destacaron también sus logros, se repasaron estrategias de afrontamiento, se estableció un plan de emergencia personalizado y se proporcionaron

herramientas visuales y de relajación para apoyar su proceso de recuperación. La evaluación del progreso del paciente a través del retest de craving de alcohol permitió obtener una medida objetiva de su evolución.

- **Sesión 9:**

En la sesión de cierre terapéutico, se evaluó el progreso del paciente con el proceso terapéutico a través de instrumentos psicológicos. Este proceso incluyó una revisión exhaustiva de las habilidades y estrategias adquiridas por el paciente durante su tiempo en el centro de rehabilitación. Para asegurar una evaluación completa y precisa, se utilizaron diversas herramientas psicológicas diseñadas para medir el avance en la regulación emocional, el control de impulsos y la implementación de habilidades de afrontamiento.

Capítulo tres

Resultados

Para este trabajo se utilizaron instrumentos psicométricos y una ficha de valoración, mismos que al finalizar el tratamiento permitieron obtener resultados cuantitativos y cualitativos del progreso del paciente. A continuación, se describen cada uno de ellos.

3.1 Análisis de resultados cuantitativos

Después de la aplicación de los instrumentos psicométricos antes y después de la implementación del plan de tratamiento, se obtuvieron resultados cuantitativos significativos en el usuario. A continuación, se presentan de manera detallada en la tabla 3.

Tabla 3

Resultados cuantitativos

Instrumento	Resultados pre-intervención	Resultados post-intervención
Audit/ Cuestionario de Craving de Alcohol	AUDIT	Craving de alcohol
Escala de impulsividad de Barrat	Escala general: 28	Escala general: 16
	Escala general: 65 puntos	Escala general: 56 puntos
	<u>Subescala:</u>	<u>Subescala:</u>
	Impul. cognitiva: 18 puntos	Impul. cognitiva: 17 puntos
	Impul. motora: 26 puntos	Impul. motora: 20 puntos
	Impul. no planeada: 21 puntos	Impul. no planeada: 19 puntos

Nota. En la presente tabla se muestra los resultados de la pre- intervención y post- intervención del paciente.

Para determinar hubo un cambio en la variable consumo luego del tratamiento, se decidió aplicar el cuestionario AUDIT. Sin embargo, es importante aclarar que debido a que este instrumento valora el consumo de alcohol en los últimos 12 meses, no era adecuado aplicarla nuevamente en el postest. En su lugar, se decidió utilizar un cuestionario para evaluar el craving, pues proporciona una medida precisa del deseo actual de consumir.

En este sentido, como se puede observar en la Tabla 3 los resultados indican una reducción significativa en el deseo de consumo, con un puntaje de 16 en la escala de Craving, pasando de 28 puntos a 16 luego de la intervención lo que sugiere un deseo de consumo de nivel leve.

En cuanto a la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), se observaron ciertas mejoras después del tratamiento. En el puntaje general, se evidenció una ligera disminución de 65 a 56 puntos, lo que refleja un progreso en la capacidad para controlar comportamientos impulsivos. Respecto a la impulsividad cognitiva, se registró una disminución mínima de 18 a 17 puntos, lo que sugiere que aún persiste una limitada capacidad de reflexionar antes de tomar decisiones. En cuanto a la impulsividad motora, se observó una reducción de 26 a 20 puntos, lo cual indica un notable avance en el autocontrol. Por último, la impulsividad no planeada también experimentó una disminución de 21 a 19 puntos, sugiriendo una mayor habilidad para planificar y actuar de manera más deliberada.

Estos resultados cuantitativos demuestran la efectividad del plan de tratamiento implementado, evidenciando mejoras en el control de la impulsividad y una disminución en el deseo de consumo de alcohol en el paciente, lo cual se considera adecuado para enfrentar situaciones de riesgo una vez abandone el centro. Estos hallazgos respaldan la eficacia de las intervenciones terapéuticas aplicadas y sugieren un progreso significativo en el proceso de recuperación del usuario.

Escala de satisfacción del tratamiento

Al finalizar la intervención terapéutica, se buscó conocer la percepción del paciente respecto al tratamiento recibido. Para ello, se aplicó la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4). Las puntuaciones cuantitativas obtenidas mediante este instrumento se presentan detalladamente en la Tabla 4.

Tabla 4*Resultados cuantitativos de la satisfacción con la intervención*

Instrumento	Satisfacción	Solución del problema	Percepción del cambio emocional
Escala de Satisfacción con el tratamiento recibido (CRES-4)	Pregunta 1: 5 puntos	Pregunta 2: 5 puntos	Pregunta 3: 2 puntos Pregunta 4: 3 puntos

Nota. En la presenta tabla se muestra el resultado de la escala de satisfacción.

En la tabla 4, se puede observar una puntuación alta en la Escala de Satisfacción con el Tratamiento Recibido (CRES-4), lo que indica un elevado grado de satisfacción por parte del paciente. En cuanto a la solución del problema, el usuario calificó con el máximo puntaje, sugiriendo que, desde su perspectiva, el problema ha sido resuelto satisfactoriamente.

Además, se evidencia una mejora en el estado emocional del paciente. Antes de la intervención, el usuario calificó su estado emocional con 2 puntos, lo que indica que se sentía regular, con altibajos. Sin embargo, después del tratamiento, obtuvo una puntuación de 3 puntos, lo que sugiere que se encuentra mejor, sin enfrentar problemas graves. Estos resultados respaldan la efectividad de la intervención terapéutica desde la perspectiva del paciente.

3.1. Análisis de resultados cualitativos

Para evaluar los cambios del paciente respecto al consumo de alcohol, también se utilizó una ficha de valoración cualitativa basada en el modelo propuesto por Fernández-Ballesteros (2013), que proporciona una evaluación adicional, considerando datos subjetivos para identificar mejoras en el paciente. Esta ficha también toma como referencia algunos elementos del AUDIT y se detallan en la Tabla 5.

Tabla 5

Resultados cualitativos con relación al consumo de alcohol

Variable (problema)	Antes de la intervención	Después de la intervención
-Consumo problemático de alcohol	<p>El usuario carecía de las habilidades de afrontamiento necesarias para hacer frente al consumo y mantener la abstinencia.</p>	<p>Tras el tratamiento, el paciente manifiesta sentirse capaz de declinar las invitaciones a consumir con amigos o compañeros, ya que está aplicando las técnicas aprendidas durante las sesiones.</p>
	<p>El paciente carecía de las habilidades y estrategias necesarias para modificar los hábitos que estaban relacionados a su consumo</p>	<p>Gracias a las técnicas aplicadas durante la terapia, el paciente ha adquirido las habilidades y estrategias necesarias para transformar los hábitos relacionados al consumo por unos más adaptativos. Ahora cuenta con las herramientas adecuadas para enfrentar estos desafíos de manera efectiva.</p>
	<p>El paciente carecía de recursos para regular sus emociones, controlar sus impulsos y emplear</p>	<p>Tras el proceso terapéutico, el paciente ha adquirido habilidades para regular sus emociones, gestionar</p>

estrategias de afrontamiento impulsos y emplear adaptativas. estrategias de afrontamiento.

Lo cual puede constituirse como un factor protector que le evite reincidir en el consumo de alcohol.

El paciente carecía de metas Como resultado de las lo que afectaba su motivación técnicas terapéuticas para perseguir sus objetivos. empleadas, el paciente ahora

cuenta con objetivos definidos y realizables, lo que ha potenciado su impulso para alcanzar sus metas.

Nota. En la presente tabla se presentan los resultados obtenidos a través de una ficha de valoración.

La Tabla 5 permite evidenciar cómo el paciente carecía de habilidades para mantenerse alejado del alcohol. Sin embargo, luego del tratamiento, y mediante la observación de su desenvolvimiento en terapia, se demuestra una notable seguridad al rechazar las invitaciones a consumir alcohol, gracias a las técnicas aprendidas durante las sesiones terapéuticas. Por ejemplo, en varias ocasiones el paciente ha expresado con firmeza: "No, gracias. He decidido no consumir más alcohol porque quiero una vida mejor para mi familia." Además, ha compartido que, ante situaciones de presión social, responde con confianza: "Prefiero no tomar, me siento mucho mejor así." Estos ejemplos reflejan su determinación y la eficacia de las estrategias adquiridas durante la terapia.

Previo a la intervención, el paciente carecía de las habilidades y estrategias necesarias para modificar los hábitos relacionados con el consumo de alcohol. No obstante, gracias a las técnicas aplicadas durante la terapia, se puede evidenciar que ahora cuenta con herramientas efectivas, como la capacidad de rechazar invitaciones para consumir alcohol y

buscar soluciones alternativas, lo que le permite afrontar los desafíos con mayor confianza y seguridad.

El paciente también enfrentaba dificultades para regular sus emociones, controlar impulsos y aplicar estrategias de afrontamiento, lo que aumentaba el riesgo de recaídas en el consumo de alcohol. Sin embargo, tras el proceso terapéutico, se observa una mejora significativa en estas áreas. Ha desarrollado habilidades para gestionar sus emociones, controlar impulsos y enfrentar situaciones desafiantes, reduciendo así las posibilidades de recaída. Esto se evidenció cuando, al enfrentar problemas, ahora piensa antes de actuar y evalúa diferentes soluciones para encontrar la más adecuada. Con respecto a sus hijas, ha dejado de ser agresivo y busca mantener una relación armoniosa con ellas. De igual forma, su relación con su esposa ha mejorado notablemente; antes, su deseo de consumir alcohol lo llevaba a evitar actividades conjuntas, lo que provocaba constantes conflictos. Ahora, se esfuerza por compartir más tiempo de calidad con ella.

Antes del tratamiento, el paciente no tenía metas claras y alcanzables, lo que afectaba su motivación para lograr sus objetivos. No obstante, gracias a las técnicas terapéuticas aplicadas, específicamente la técnica de establecimiento de metas y el uso del proyecto de vida proporcionado por el centro de rehabilitación, ahora ha establecido metas definidas y realizables, lo que ha fortalecido su motivación para trabajar hacia su logro de manera efectiva. Entre las metas que ahora se ha planteado están conseguir un trabajo más estable para poder comprar su propia casa y proporcionar una mejor vida a su esposa y nieta, compartir más tiempo con ellas, involucrarse más en actividades religiosas como asistir a misa y participar en actividades comunitarias de ayuda, y cambiar su círculo de amigos, alejándose de aquellos que consumen alcohol.

Estos resultados cualitativos respaldan la eficacia de la intervención terapéutica, demostrando mejoras significativas en las habilidades de afrontamiento, el manejo de emociones e impulsos, y el establecimiento de metas claras y alcanzables. Estos cambios

positivos contribuyen a una reducción del riesgo de recaída y a un mayor bienestar emocional del paciente.

Discusión

El presente estudio de caso tuvo como objetivo facilitar la adquisición de habilidades y estrategias para identificar, manejar y modificar hábitos que desencadenan dependencia hacia el consumo de alcohol. Para lograrlo, se empleó principalmente la terapia cognitivo-conductual (TCC) a lo largo de cuatro sesiones de evaluación y tratamiento, cada una con una duración de 45 a 60 minutos, utilizando técnicas como la observación clínica y entrevistas semiestructuradas de manera presencial. Los resultados al finalizar las sesiones mostraron una reducción significativa en las ansias de consumo, evidenciada por un puntaje de 16 en la escala de Craving, así como mejoras en el control de impulsos, según los resultados obtenidos en la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11). El paciente demostró mayor confianza al rechazar el consumo de alcohol, mejoró en la regulación emocional y en el control de impulsos, y estableció metas claras y alcanzables, lo que sugiere que el enfoque terapéutico empleado fue efectivo para alcanzar los objetivos del tratamiento.

Durante el proceso de evaluación, se utilizaron varios instrumentos específicos, como la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), el Cuestionario de Salamanca, el Instrumento de Evaluación de Trastornos por Uso de Sustancias de la OMS (OMS-ASSIST V3.1) y el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT). Este enfoque integral es consistente con el modelo propuesto por Becoña (2016) para la evaluación de trastornos adictivos, proporcionando una visión detallada y multidimensional del caso clínico.

Estudios similares, como los realizados por Lundin et al. (2015) y Humeniuk et al. (2012), también han empleado métodos de evaluación similares a los usados en el presente estudio, destacando la importancia de estos instrumentos para el diagnóstico de trastornos por consumo de alcohol. Lundin et al. (2015) utilizaron el AUDIT en combinación con las

escalas de evaluación clínica en neuropsiquiatría para detectar trastornos por uso de alcohol y consumo de riesgo en la población general, encontrando que estos instrumentos fueron altamente efectivos para identificar dichos trastornos. Por su parte, Humeniuk et al. (2012) aplicaron el ASSIST en combinación con una intervención breve en pacientes reclutados de centros de atención primaria en cuatro países, demostrando que este instrumento es eficaz para identificar el nivel de riesgo y proporcionar una base sólida para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias, incluido el alcohol.

El test de personalidad de Salamanca permite identificar rasgos como la impulsividad, la estabilidad emocional y la responsabilidad, los cuales están estrechamente relacionados con la conducta adictiva. El estudio de Hakulinen et al. (2015) sugiere que un alto consumo de alcohol es más común entre personas extrovertidas y aquellas con baja consciencia. La baja consciencia, que incluye rasgos como la impulsividad, se relaciona significativamente con el abuso de alcohol. Las personas impulsivas tienen dificultades para controlar sus comportamientos y son más propensas a consumir alcohol en exceso. Estos hallazgos subrayan la importancia de evaluar la impulsividad en casos de consumo de alcohol para diseñar intervenciones más efectivas.

La evaluación del deterioro cognitivo en pacientes con consumo de alcohol se revela como un factor crucial para comprender la extensión de sus efectos en la función cerebral. Según el estudio de Sharma et al. (2017), que examinó la función cognitiva en pacientes con dependencia del alcohol, se encontró una significativa afectación en áreas clave como la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento y la función ejecutiva. Este hallazgo no solo resalta la necesidad de abordar el deterioro cognitivo en esta población, sino que también proporciona una perspectiva más clara sobre cómo el alcohol puede impactar negativamente las funciones cognitivas esenciales para el funcionamiento diario de los individuos.

En cuanto al tratamiento, se aplicaron principalmente técnicas de la terapia cognitivo-conductual (TCC), entre las que se encuentran la psicoeducación, la relajación muscular progresiva de Jacobson, la reestructuración cognitiva, la comunicación asertiva, la resolución de problemas, el establecimiento de metas, el control de impulsos y la prevención de

recaídas. Además, se adaptaron técnicas adicionales a las necesidades específicas del paciente, como la técnica de la tortuga y la técnica del semáforo. Los resultados positivos obtenidos en este caso tras la aplicación de estas técnicas concuerdan con estudios similares, como los realizados por Hofmann et al. (2012) han demostrado la efectividad de la TCC en el tratamiento de diversos trastornos, incluyendo el consumo de sustancias. Este artículo proporciona una revisión integral de meta-análisis que examinan la eficacia de la TCC, evidenciando mejoras significativas en la reducción de síntomas, la comprensión de la adicción, la disminución de la ansiedad y una mayor capacidad para manejar situaciones de riesgo, lo cual contribuye a reducir la tasa de recaídas.

Durante la primera sesión, se empleó la técnica de psicoeducación con el objetivo de ayudar al paciente a comprender su diagnóstico, los síntomas de la adicción y los problemas asociados al consumo de alcohol. Para facilitar la comprensión, se utilizaron metáforas y videos explicativos. Los resultados fueron positivos, ya que el paciente mostró una mejor comprensión de cómo el alcohol afectaba su vida y su salud. La efectividad de la psicoeducación como herramienta para mejorar la comprensión y adherencia al tratamiento en pacientes con adicciones ha sido respaldada por estudios como el de Nagdeote y Lokhande (2021). En su informe de caso sobre el síndrome de dependencia al alcohol, se mostró que la intervención psicoeducativa aumentó el conocimiento del paciente sobre los efectos adversos del alcohol y mejoró su motivación para seguir el tratamiento, así como su capacidad para manejar los síntomas de abstinencia.

En una sesión posterior, se implementó la técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson de manera grupal en un ambiente relajante con música suave. Esta técnica guio a los pacientes a relajar cada grupo muscular, con el propósito de ayudarles a identificar y reducir la tensión muscular, promoviendo así la regulación emocional y el control de impulsos. Se considera que esta técnica fue exitosa, logrando que el paciente alcanzara un nivel de relajación significativo. El estudio cuasi-experimental de Singh y Arun (2021) respalda la efectividad de esta técnica para reducir el estrés y mejorar el bienestar emocional en personas con adicciones, mediante un procedimiento guiado, 40 participantes de la India, de la región

Sanskriti, aprendieron a identificar y reducir la tensión muscular, lo que resultó en una disminución significativa de la ansiedad y una mejora en el bienestar emocional. Aplicada en un ambiente controlado y tranquilo, facilitó una relajación profunda, destacando su utilidad en diversos contextos de tratamiento de adicciones.

Asimismo, se utilizó la técnica de reestructuración cognitiva para identificar y desafiar pensamientos automáticos negativos relacionados con el consumo de alcohol. Mediante ejercicios de role-playing y metáforas, se buscó que el paciente reflexionara sobre sus pensamientos y encontrara alternativas más equilibradas. A pesar de algunas dificultades con ciertos términos, la técnica mostró un éxito moderado. Los resultados del estudio de Mehta et al (2021) apoyan la efectividad de la reestructuración cognitiva para disminuir el consumo de alcohol y mejorar la salud mental en individuos con dependencia al alcohol. En un programa terapéutico en India, 27 participantes de entre 30 y 60 años fueron instruidos para identificar y desafiar pensamientos negativos asociados con el alcohol en sesiones individuales y grupales. Esta intervención condujo a una reducción significativa en el consumo de alcohol, una notable disminución de los síntomas de depresión y ansiedad, y un incremento en el empoderamiento personal. Los participantes también reportaron cambios sostenibles en su comportamiento, subrayando la utilidad de la reestructuración cognitiva en el tratamiento de la dependencia al alcohol.

Se utilizó la técnica de comunicación asertiva, incluyendo el método del "disco rayado", para enseñar al paciente a responder de manera constante y firme a las invitaciones para consumir alcohol. La técnica fue bien recibida y practicada mediante ejercicios de role-playing. Costa et al. (2022) respalda la efectividad de la técnica de comunicación asertiva para reducir el autoestigma y mejorar el bienestar emocional en personas con trastorno por uso de alcohol, mediante la aplicación del programa educativo terapéutico Choizitaconso en Francia, 16 participantes, de entre 31 y 79 años, aprendieron a expresar sus necesidades y límites de manera clara y respetuosa a través de talleres y juegos de rol. Esta intervención resultó en una disminución significativa del autoestigma, un aumento en el empoderamiento

personal y una mejora en la calidad de vida, destacando la utilidad de la comunicación asertiva en el tratamiento de adicciones.

La técnica de resolución de problemas se empleó para enseñar al paciente a enfrentar eficazmente los desafíos y situaciones difíciles sin recurrir al alcohol. El estudio de Mhaidat et al. (2023) realizado en India con 50 pacientes de entre 25 y 45 años, evaluó la efectividad de la técnica de resolución de problemas en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias. Durante las sesiones grupales e individuales, los participantes, que incluían 30 hombres y 20 mujeres, aprendieron a identificar y abordar problemas relacionados con su consumo de sustancias mediante un enfoque estructurado. El proceso incluyó la identificación de problemas, la generación de soluciones posibles, la evaluación de ventajas y desventajas, la selección de la mejor opción, la implementación de la solución y la evaluación de los resultados. Esta intervención resultó en una reducción significativa del consumo de sustancias, mejoras notables en las habilidades de afrontamiento, un incremento en la autoeficacia. En el presente estudio de caso, el paciente aprendió a aplicar la técnica de resolución de problemas a situaciones específicas de su vida, como buscar alternativas para evitar las discusiones con su esposa, resolver problemas sin recurrir al alcohol.

Se aplicó también una técnica para el establecimiento de metas que en el centro donde asistía el paciente se denominaba “proyecto de vida” con, el objetivo fue guiar al paciente en el establecimiento de objetivos claros y alcanzables, fomentando la motivación. Aunque el paciente tuvo dificultades para formular sus metas debido a la complejidad de ciertos términos y conceptos presentados durante la sesión, la técnica mostró potencial para mejorar la motivación. Estudios más recientes como el de Treloar Padovano et al. (2022) realizado en Estados Unidos con 153 participantes de entre 22 y 73 años (68% mujeres), evaluó la efectividad de la técnica de entrenamiento en metas para reducir el consumo de alcohol. Utilizando la Evaluación Ecológica Momentánea, los participantes establecieron metas diarias durante 21 días y recibieron mensajes de texto tres veces al día para registrar sus objetivos y consumo de alcohol. Los días en que se fijaron metas de abstinencia, la probabilidad de consumo de alcohol se redujo significativamente (OR = 0.11). Las metas de

moderación también resultaron en una disminución del consumo, aunque con menor efectividad que la abstinencia completa. Además, se observó un alto cumplimiento de las metas y mejoras en el bienestar emocional y la capacidad para manejar situaciones de riesgo sin recurrir al alcohol, destacando la eficacia del entrenamiento en metas como una estrategia efectiva para reducir el consumo de alcohol y mejorar el bienestar emocional.

En este estudio también se aplicaron técnicas específicas como la "técnica de la tortuga" y la "técnica del semáforo" para el control de impulsos por los déficits cognitivos del paciente. Estas técnicas fueron adaptadas para las necesidades individuales del paciente y resultaron en una mejor gestión de emociones y reducción del riesgo de recaídas. En el estudio de Stevens et al. (2018) realizado en Estados Unidos evaluó la efectividad de la técnica de control de impulsos en hombres de entre 18 y 65 años para reducir el consumo de alcohol y manejar la impulsividad. La técnica se aplicó mediante sesiones grupales e individuales, que incluían ejercicios de autorreflexión, prácticas conductuales, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y estrategias de intervención en crisis. Los resultados mostraron una reducción significativa en los episodios de consumo excesivo de alcohol y una mejora en la capacidad de los participantes para resistir impulsos inmediatos de beber. Además, se observó una disminución en problemas asociados al consumo de alcohol, como conflictos interpersonales y problemas legales, y una mejora general en la regulación emocional y el bienestar social de los participantes.

Estudios de Calvo Estopiñán et al. (2009) evaluó la eficacia de la terapia grupal en la prevención de recaídas en pacientes con dependencia al alcohol, comparando 14 pacientes en el grupo de terapia (10 hombres y 4 mujeres, edades entre 23 y 65 años) con 10 pacientes en el grupo de seguimiento ambulatorio. Durante la terapia, el 64.3% del grupo de terapia grupal mantuvo la abstinencia total, mientras que solo el 50% del grupo de seguimiento ambulatorio lo logró. A los 12 meses, el 64.3% del grupo de terapia seguía abstinentes, comparado con solo el 10% del grupo de seguimiento. Estos resultados indican que la terapia grupal es significativamente más efectiva en mantener la abstinencia y reducir las recaídas a largo plazo.

A pesar de los resultados favorables, es importante considerar algunas limitaciones del estudio. La baja escolaridad del paciente y la presencia de una lesión cerebral pueden haber influido negativamente en su capacidad para comprender completamente las técnicas de establecimiento de metas y otros aspectos del tratamiento. Estas barreras cognitivas y educativas podrían haber limitado la eficacia de las intervenciones, ya que el paciente tuvo dificultades para internalizar y aplicar los conceptos aprendidos. Futuros estudios podrían abordar estas limitaciones mediante la implementación de enfoques adaptados a las capacidades cognitivas del paciente, el uso de materiales educativos simplificados y el empleo de estrategias de enseñanza más interactivas y experienciales, como ejercicios prácticos y juegos de roles. Otra limitación importante del estudio fue la imposibilidad de realizar un seguimiento a largo plazo para evaluar la sostenibilidad de los logros terapéuticos alcanzados. La adicción al alcohol es una condición crónica que requiere un manejo continuo, y los estudios han demostrado que las recaídas son comunes. Para abordar esta limitación, futuros estudios podrían incluir evaluaciones de seguimiento a intervalos regulares para monitorear el progreso del paciente y detectar posibles dificultades o señales de alerta temprana de recaída.

Este estudio de caso proporciona evidencia sobre la efectividad de un enfoque terapéutico basado en la TCC y técnicas adaptadas para el tratamiento de problemas de consumo de alcohol. A lo largo de las sesiones, se implementaron diversas técnicas, como la psicoeducación, la relajación muscular progresiva de Jacobson, la reestructuración cognitiva, la comunicación asertiva, la resolución de problemas, el establecimiento de metas y la prevención de recaídas. Además, se utilizaron técnicas específicas adaptadas a las necesidades del paciente, como la técnica de la tortuga y la técnica del semáforo, para abordar dificultades cognitivas y emocionales. Esta combinación de técnicas generales y adaptadas individualmente es consistente con las recomendaciones de las guías clínicas para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias que enfatizan la importancia de un enfoque personalizado que aborde las necesidades únicas de cada paciente.

Conclusiones

Durante el proceso de evaluación, se emplearon entrevistas psicológicas semiestructuradas, observación clínica y una batería de pruebas para el consumo de alcohol, incluyendo la Escala de Impulsividad de Barratt, el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), el Cuestionario de Salamanca, el OMS-Assist V3.1 y el AUDIT. Estos instrumentos permitieron concluir que el paciente presentaba un trastorno por consumo y además tenía una baja introspección influenciada por su entorno familiar y comunitario. Por lo tanto, estas herramientas fueron fundamentales para confirmar el diagnóstico y diseñar un plan de tratamiento adecuado a las necesidades del paciente.

El diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol, según los criterios del DSM-5, permitió una comprensión más profunda de la situación clínica del paciente. Así, se identificaron varios síntomas que confirmaron este diagnóstico. Este entendimiento fue esencial para diseñar un plan de tratamiento adecuado, especialmente considerando la baja escolaridad del paciente. El diagnóstico no solo facilitó la identificación precisa de los problemas del paciente, sino que también guio la selección de técnicas terapéuticas adecuadas.

El tratamiento se basó en la terapia cognitivo-conductual (TCC), utilizando técnicas como psicoeducación, relajación progresiva de Jacobson, reestructuración cognitiva, comunicación asertiva, resolución de problemas, establecimiento de metas, control de impulsos y prevención de recaídas. La adaptación de las técnicas terapéuticas a las capacidades cognitivas y el nivel de comprensión del paciente fue fundamental para el éxito del tratamiento, ya que, permitieron ayudar al paciente a comprender los riesgos del alcohol, reducir el estrés, cambiar pensamientos disfuncionales y mejorar la resolución de conflictos. Además, permitieron al paciente manejar mejor el deseo de consumo. Como resultado, el paciente mostró una mejora significativa en su capacidad para enfrentar desafíos, regular emociones y mantener la abstinencia, reduciendo así las posibilidades de recaída.

Recomendaciones

Se recomienda continuar utilizando herramientas estandarizadas y validadas, como la Escala de Impulsividad de Barratt, el Mini Examen del Estado Mental (MMSE), el Cuestionario de Salamanca, el OMS-Assist V3.1 y el AUDIT, que han demostrado ser efectivas para obtener una evaluación adecuada del paciente. Asimismo, se recomienda ampliar la evaluación, incorporando una comprensión más profunda del entorno familiar y comunitario del paciente, ya que estos factores pueden influir significativamente en el comportamiento de consumo. Además, es fundamental asegurar que las herramientas de evaluación estén cultural y lingüísticamente adaptadas para reflejar las necesidades específicas del paciente, especialmente si proviene de un entorno con bajos niveles de escolaridad.

Es esencial seguir realizando una evaluación integral que considere tanto aspectos clínicos como psicosociales del paciente, utilizando los criterios del DSM-5 para asegurar una identificación precisa de los síntomas. Este tipo de manuales proporcionan un marco estandarizado y actualizado para la identificación y clasificación de los trastornos mentales.

Se recomienda mantener la terapia cognitivo-conductual (TCC) como enfoque principal, ya que ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol. En este sentido, las técnicas deben ser adaptadas a las capacidades cognitivas y educativas del paciente, utilizando un lenguaje sencillo y métodos pedagógicos adecuados para garantizar la plena comprensión y aplicación del tratamiento.

Referencias

- Bador, T., Higgins, J., Saunders, J., & Monteiro, M. (2001). AUDIT Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización en Atención Primaria [AUDIT Questionnaire for the Identification of Disorders due to Alcohol Consumption Guidelines for its use in Primary Ca. Organización Mundial de La Salud, 41. <https://bit.ly/3KEfVRq>
- Bajwa, A. K., & Kumari, S. (2022). To Assess the Effectiveness of Jacobson's Progressive Muscle Relaxation (JPMR) Training on Anxiety Level Among Substance Abusers: A Quasi-experimental Study. *Journal of Nursing Science & Practice*.
- Beatón, G. A., Psicología, F. De, & Habana, U. De. (2018). El diagnóstico en la Psicología a.
- Becoña, E. (2016). *Trastornos adictivos*. Editorial Sintesis.
- Bernal-Álava, Á., Cañarte-Vélez, C., Macías-Parrales, T., & Ponce-Castillo, M. (2022). La Comunicación Asertiva y su Aporte en el Proceso de Enseñanza y Aprendizaje. *Polo Del Conocimiento*, 7(4), 682–695. <https://bit.ly/45i2eB4>
- Caldero Alonso, A. (2014). *Estudio De Los Rasgos De La Personalidad En Población Normal Con El Cuestionario Salamanca*. <https://bit.ly/3RkRNH8>
- Calvo Estopiñán, P., Pérez Poza, A., Parcio García, C., & Sacristán Martin, P. (2009). Terapia grupal en prevención de recaídas del alcoholismo frente a seguimiento ambulatorio habitual Group psychotherapy for prevention of relapses in alcoholism compared to standard outpatient follow-up. *Addicciones*, 21(1), 15–20.
- Casa Casa, A. P., & Tobar Viera, A. (2023). Propiedades psicométricas de la escala de impulsividad de Barratt en adolescentes ecuatorianos. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 2335–2351. <https://bit.ly/4ejx28u>
- Castro, A. R., & Macías, C. (2010). Actualización bibliográfica sobre técnicas de relajación. *Revista Información Científica*, 65, 1–17. <https://bit.ly/3z46Xds>

- Children. (2021). Developmental Traits of Impulse Control Behavior in School Children under Controlled Attention, Motor Function, and Perception. MDPI. <https://bit.ly/4cbLj5t>
- Costa, M., Barré, T., Antwerpes, S., Coste, M., Bureau, M., Ramier, C., Maradan, G., Riccobono-Soulier, O., Vassas-Goyard, S., Casanova, D., & Carrieri, P. (2022). A Community-Based Therapeutic Education Programme for People with Alcohol Use Disorder in France: A Qualitative Study (ETHER). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15). <https://bit.ly/4edzRrL>
- Delbazi-Paz, Belén;, M., Ana Carolina, L., & María Agustina, Lumello; Flavia S., G. (2020). Análisis de impulsividad y agresividad mediante Barratt Impulsiveness Scale y Buss-Perry Aggression Questionnaire en argentinos. *Año*, 5(7), 1–15. <https://bit.ly/4caAfp8>
- Delgado, C., & Brands, B. (2019). Attitudes towards people with problematic drug use in the city of Loja, Ecuador. *Texto & Contexto - Enfermagem*. <https://bit.ly/3xmFGT7>
- Díaz, L. A., Roblero, J. P., Bataller, R., & Arab, J. P. (2020). Alcohol-Related Liver Disease in Latin America: Local Solutions for a Global Problem. *Clinical Liver Disease*, 16(5), 187–190. <https://bit.ly/3xmFKIP>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189–198. <https://bit.ly/3Vh4P9J>
- Frijda, N. H., Ridderinkhof, K. R., & Rietveld, E. (2014). Impulsive action: emotional impulses and their control. *Frontiers in Psychology*, 5, 518. <https://acortar.link/IHi9Sq>
- Gache, P., Michaud, P., Landry, U., Accietto, C., Arfaoui, S., Wenger, O., & Daepfen, J. (2005). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 29(11), 2001-2007. <https://acortar.link/SCfjoB>
- Gallegos, M., Morgan, M. L., Cervigni, M., Martino, P., Murray, J., Calandra, M., Razumovskiy, A., Caycho-Rodríguez, T., & Gallegos, W. L. A. (2022). 45 Years of the Mini-Mental

- State Examination (MMSE): a perspective from ibero-america. *Dementia e Neuropsychologia*, 16(4), 384–387. <https://acortar.link/TbUiRQ>
- García Sánchez, J.-N., Pacheco Sanz, D.-I., Del Carmen Díez González, M., García-Martín, E., Psicología, D., & Sociología, F. Y. (2010). Psicología Positiva: Educación Y Discapacidad La Metodología Observacional Como Desarrollo De Competencias En El Aprendizaje. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD Revista de Psicología*.
- García, F., & Pérez, R. (1988). Establecimiento de metas: un procedimiento para incrementar los rendimientos deportivos. *Educación física y deporte*, 10, 26-27.
- Garriz, A. (2018). Resolución de Problemas. *Educación Química*, 16(2), 218. <https://acortar.link/pU80pe>
- González Rivera, J. A., & Álvarez-Alatorre Ponce, Y. (2022). DSM-5-TR: Antecedentes históricos y descripción general de los principales cambios. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 33(2), 302–317. <https://acortar.link/r58Xhh>
- Hakulinen, C., Elovainio, M., Batty, G. D., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Jokela, M. (2015). Personality and alcohol consumption: Pooled analysis of 72,949 adults from eight cohort studies. *Drug and alcohol dependence*, 151, 110–114. <https://acortar.link/nCoVu9>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427–440. <https://acortar.link/gt7X7s>
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B., Ling, W., McRee, B., Newcombe, D., Pal, H., Poznyak, V., Simon, S., & Vendetti, J. (2012). A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries. *Addiction (Abingdon, England)*, 107(5), 957–966. <https://acortar.link/fgiZa8>

- Ilmi, J. (2020). Literature Review: Cognitive Behavior Therapy for People with Alcohol Abuse. Proceedings of the International Conference on Engineering, Technology, and Social Science (ICETSS), 247-250. doi: 10.2991/assehr.k.200120.051
- Kivimäki, P., Kekkonen, V., Valtonen, H., Tolmunen, T., Honkalampi, K., Tacke, U., Hintikka, J., Lehto, S., & Laukkanen, E. (2014). Alcohol use among adolescents, aggressive behaviour, and internalizing problems. *Journal of Adolescence*, 37(6), 945-951. doi: 10.1016/j.adolescence.2014.06.011
- Larrosa, V. R. (2007). *CUESTIONARI O SALAMANCA (VERSIÓN 2007). Versión*, 0–3.
- Lundin, A., Hallgren, M., Balliu, N., & Forsell, Y. (2015). The use of alcohol use disorders identification test (AUDIT) in detecting alcohol use disorder and risk drinking in the general population: validation of AUDIT using schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 39(1), 158–165. <https://acortar.link/1sktgW>
- Mehta, K., Hoadley, A., Ray, L. A., Kiluk, B. D., Carroll, K. M., & Magill, M. (2021). Erratum: Cognitive-behavioral interventions targeting alcohol or other drug use and co-occurring mental health disorders: A meta-analysis (Alcohol and Alcoholism (agab016) DOI: 10.1093/alcalc/agab016). *Alcohol and Alcoholism*, 56(5), 632. <https://acortar.link/6oB04m>
- Mhaidat, I., Taherian, M. R., Hashemi Nazari, S. S., Mosavi-Jarrahi, A., Yeganeh, H., Al-Yateem, N., Al Marzouqi, A. M., & Rahman, S. A. (2023). Effect of cognitive-behavioural therapy on resilience and relapse in adult patients with substance use disorder: a systematic review protocol. *BMJ Open*, 13(5). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067115>
- Monteiro, M. (2013). Alcohol y Salud Pública en América Latina: ¿cómo impedir un desastre sanitario?. *Adicciones*, 25, 99-105. doi: 10.20882/ADICCIONES.56

- Montero, Á., Casado, G., De la Cruz, L., & Fernández, B. (2001). AUDIT test (Alcohol Use Disorders Identification Test) for the detection of alcohol related problems in Primary Health Care. *Revisión Crítica de La Práctica Clínica*, 11(9), 553–557.
- Moreta-Herrera, R., Almache-Moya, A., Vargas-Espín, A., & Vaca-Quintana, D. (2019). Levels and Patterns of Alcohol Consumption: a Descriptive Study in Ecuadorian Teenagers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 18, 422-431. doi: 10.1007/s11469-019-00197-9
- Murphy, C. M., Stojek, M. K., Few, L. R., Rothbaum, A. O., & MacKillop, J. (2014). Craving as an alcohol use disorder symptom in DSM-5: An empirical examination in a treatment-seeking sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 43–49. <https://doi.org/10.1037/a0034535>
- Navarrete, R., & Tena, A. (2022). *Educadicciones : Intervención Psicoeducativa para la Atención de las Adicciones*. Manual Moderno.
- Nagdeote, S., & Lokhande, S. (2021). Case Report on Alcohol Dependence Syndrome. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 33, 360–363. <https://acortar.link/NxjVYA>
- OMS. (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). In *Oms*.
- Palma, F. S., Manríquez, G. S., & Barriga, O. A. (2013). Validez y confiabilidad del test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes de una Universidad Chilena. *Ciencia y Enfermería*, 19(1), 23–35. <https://acortar.link/1LUnWt>
- Perula, L., Fernández, J., Arias, R., Muriel-Palomino, M., Marquéz-Rebollo, E., & Ruiz-Moral, R. (2005). Validez del cuestionario AUDIT para la detección de problemas relacionados con el consumo de alcohol en mujeres. *ELSEIVER*, 125(19), 727-730. doi:10.1016/S0025-7753(05)72170-9

- Piedra, S., Narváez, A., Jácome, P., Terán, R., Barreto, D., Aguirre, R., & Noboa, H. (2019). Consumo de riesgo de drogas utilizando la herramienta ASSIST modificado en estudiantes, docentes y personal administrativo de una universidad pública TT - Drug risk use using the ASSIST modified in students, teachers and administrative staff of a public un. *Médica Vozandes*, 30(2), 19–25. <https://acortar.link/64CCRW>
- Sagbay Coronel, M. E., & Ramírez Coronel, A. A. (2023). Propiedades psicométricas del mini examen del estado mental: revisión sistemática. *ConcienciaDigital*, 6(1.1), 120–132. <https://acortar.link/6SDZqc>
- Salvo G, L., & Castro S, A. (2013). Confiabilidad y validez de la escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) en adolescentes. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51(4), 245–254. <https://acortar.link/eZAJqQ>
- Rehm, J., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G., Graham, K., Rehn, N., Sempos, C. T., & Jernigan, D. (2003). Alcohol as a risk factor for global burden of disease. *European addiction research*, 9(4), 157–164. <https://acortar.link/R060Et>
- Richter, L. E., Carlos, A., & Beber, D. M. (2014). *Manual del Programa de prevención de recaídas*.
- Schreiber, L., Odlaug, B. L., & Grant, J. E. (2011). Impulse control disorders: updated review of clinical characteristics and pharmacological management. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 1. <https://acortar.link/G2AFni>
- Sharma, D., Padam, A., Gharu, Y., Sharma, D., & Sharma, S. (2017). Assessment of cognitive function in patients with alcohol dependence: A cross-sectional study. *National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology*, 8, 337-340.
- Singh, G., & Arun, R. (2021). A study to evaluate the effectiveness of progressive muscle relaxation technique on level of anxiety among de-addiction patients admitted in

selected de-addiction centre at Meerut. *International Journal of Creative Research Thoughts (IJCRT)*, 9(3), 2972-2974.

Treloar Padovano, H., Levak, S., Vadhan, N. P., Kuerbis, A., & Morgenstern, J. (2022). The role of daily goal setting among individuals with alcohol use disorder. *Drug and Alcohol Dependence Reports*, 2(November 2021), 100036. <https://doi.org/10.1016/j.dadr.2022.100036>

Stevens, A. K., Blanchard, B. E., & Littlefield, A. K. (2018). Impulsive dispositions and alcohol: What we know, how we know it, and where to go from here. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1), 1–10. <https://acortar.link/VROEVj>

Whitfield, J. B., Heath, A. C., Madden, P. A., Pergadia, M. L., Montgomery, G. W., & Martin, N. G. (2013). Metabolic and biochemical effects of low-to-moderate alcohol consumption. *Alcoholism, clinical and experimental research*, 37(4), 575–586. <https://acortar.link/nHqocB>