



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
Psicología

ESTUDIO DE CASO EN PACIENTE MUJER CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE
ALCOHOL QUE ACUDE A CSMC SAN ALFONSO DE PAITA 2024

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADICCIONES CON ENFOQUE DE GÉNERO

AUTOR: VICTORIA MILAGROS REQUENA VASQUEZ

ASESORA: JENNIFER DENISSE CARRASCO TACURI

LIMA – PERÚ

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	REQUENA VASQUEZ VICTORIA MILAGROS

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertenecientes al programa de la SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADICCIONES CON ENFOQUE DE GENERO, autores del trabajo titulado: ESTUDIO DE CASO EN PACIENTE MUJER CON PROBLEMAS DE CONSUMO DE ALCOHOL QUE ACUDE A CSMC SAN ALFONSO DE PAITA 2024.

el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ADICCIONES CON ENFOQUE DE GENERO bajo la modalidad de **Trabajo académico**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

Nº	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	CARRASCO TACURI JENNIFER DENISSE	PSICOLOGÍA	SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **13%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **1:3589904094**; fecha de entrega: **08 jun 2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 21 de julio de 2026.**



Firma del asesor
Nº DNI: 72935359
ORCID: 0000-0002-0246-7566

MIEMBROS DEL JURADO

DR. GIANCARLO OJEDA MERCADO

Presidente

DRA. ELIZABETH DANY ARAUJO ROBLES

Vocal

DRA. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

Secretaria

DEDICATORIA

Dedico este proyecto de estudio a Dios, por su amor y misericordia, el ánimo y fortaleza espiritual fuente inagotable para la guía de mi tesis de investigación.

A mis padres que me han formado con amor y límites, desarrollando en mis buenos valores, sentimientos y toma de decisión para salir adelante y servir al prójimo mediante mi vocación.

A mi esposo e hijos por su apoyo y motivación para obtener el título de segunda especialidad profesional en adicciones con enfoque de género.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios, por ser mi fuerte inagotable inspiradora para salir adelante y desarrollarme como ser humano, siendo cada día mejor para ser una buena hija, esposa, madre y profesional.

A mis padres, esposo e hijos María Emilia Ríos Requena y Salvador Elian Ríos Requena, son mi principal motivación para seguir en la lucha y apostar por una buena salud mental en la comunidad.

A mi asesora de tesis la Mg. Jennifer Carrasco Tacuri, por su buena disposición en cada una de las sesiones de asesoría, su paciencia y dinámica de trabajo que hizo que todo sea mucho más práctico, incentivando el cariño por la investigación.

TABLA DE CONTENIDOS

CAPITULO I: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	1
1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO	4
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	5
2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES	5
2.2. ANTECEDENTES.....	25
CAPITULO III: EVALUACIÓN	30
3.1 TÉCNICAS O MÉTODOS DE EVALUACIÓN	30
3.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	30
3.3 PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN.....	32
3.4 PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA DEL PROBLEMA	33
3.5 RESULTADOS OBTENIDOS DE CADA INSTRUMENTO	33
CAPITULO IV: INTERVENCIÓN	39
4.1 PROBLEMA DELIMITADO.....	39
4.2 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN (GENERAL Y ESPECÍFICOS).....	39
4.3 TÉCNICAS: SELECCIÓN Y SUSTENTO DE LAS TÉCNICAS EMPLEADAS	40
4.4 EJECUCIÓN: DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN	47
4.5 INDICADOR(ES) DE LOGRO	59
4.6 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN.....	62
DISCUSIÓN	72
CONCLUSIONES.....	88
RECOMENDACIONES	90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	91
ANEXOS:.....	97

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	
<i>Tabla resumen de resultados por área evaluada.....</i>	<i>38</i>
Tabla 2	
<i>Tabla resumen de sesiones.....</i>	<i>47</i>
Tabla 3	
<i>Sesión 01</i>	<i>49</i>
Tabla 4	
<i>Sesión 02</i>	<i>50</i>
Tabla 5	
<i>Sesión 03</i>	<i>51</i>
Tabla 6	
<i>Sesión 04</i>	<i>52</i>
Tabla 7	
<i>Sesión 05</i>	<i>53</i>
Tabla 8	
<i>Sesión 06</i>	<i>54</i>
Tabla 9	
<i>Sesión 07</i>	<i>55</i>
Tabla 10	
<i>Sesión 08</i>	<i>56</i>
Tabla 11	
<i>Sesión 09</i>	<i>57</i>
Tabla 12	
<i>Sesión 10</i>	<i>58</i>
Tabla 13	
<i>Comparación de resultados pretratamiento y postratamiento</i>	<i>68</i>

RESUMEN

Se desarrolló un estudio de caso único, cuyo objetivo fue deshabituarse el consumo compulsivo de alcohol en una paciente mujer de 33 años, mediante repertorios conductuales adaptativos en las áreas de personalidad, familiar y socioafectiva, atendida en el CSMC San Alfonso de Paita. Los hallazgos evaluativos precisaron personalidad dependiente con rasgos autodestructivos, patología severa con rasgos límite y síndrome de dependencia alcohólica. A nivel familiar, vínculos afectivos distantes con figuras parentales; a nivel socioafectivo, disfunción familiar severa, comunicación superficial, roles distorsionados y escasa capacidad adaptativa. Debido a su perfil, la paciente precisó abordaje cognitivo-conductual para la deshabitación del consumo. Se emplearon técnicas basadas en la teoría cognitivo conductual, psicoeducación, análisis funcional, reestructuración cognitiva, relajación muscular progresiva, autoinstrucciones, autocontrol, habilidades sociales, solución de problemas y prevención de recaídas. Se concluyó que el abordaje cognitivo-conductual integral permitió desarrollar repertorios adaptativos que sustituyeron las conductas de consumo, logrando abstinencia sostenida en las 10 sesiones y seguimiento quincenal tras concluir las sesiones, confirmando la efectividad de las técnicas en la deshabitación alcohólica.

Palabras clave: estudio de caso, consumo de alcohol, abandono del consumo, intervención cognitivo-conductual, dependencia del alcohol.

ABSTRACT

A single-case study design was conducted with the aim of achieving alcohol use cessation in a 33-year-old female patient through the development of adaptive behavioral repertoires across the personality, family, and socio-affective domains. The patient received treatment at the San Alfonso de Paita Community Mental Health Center. Assessment findings revealed a dependent personality pattern with self-defeating traits, severe personality pathology with borderline features, and an alcohol dependence syndrome. At the family level, emotionally distant bonds with parental figures were identified; at the socio-affective level, severe family dysfunction was evidenced, characterized by superficial communication, distorted role distribution, and limited adaptive capacity under stress. Given this clinical profile, the patient required a cognitive-behavioral intervention targeting alcohol use cessation. Treatment drew on evidence-based techniques grounded in cognitive-behavioral theory, including psychoeducation, functional analysis, cognitive restructuring, progressive muscle relaxation, self-instructional training, self-control strategies, social skills training, problem-solving, and relapse prevention. It was concluded that the comprehensive cognitive-behavioral approach enabled the development of adaptive behavioral repertoires that replaced alcohol use behaviors, achieving sustained abstinence across the 10 treatment sessions and biweekly follow-up assessments, thereby confirming the effectiveness of these techniques in treating alcohol dependence.

Keywords: case study, alcohol use, cessation, cognitive-behavioral intervention, alcohol dependence.

CAPITULO I: IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos de conducta originado por el consumo de alcohol constituyen un problema sanitario de creciente magnitud, que afecta cada vez más a la población femenina, configurando un panorama epidemiológico complejo que demanda atención especializada y comprensión interdisciplinaria. La evidencia científica actual pone en manifiesto una transformación significativa en los patrones, la prevalencia y el impacto sociosanitario del consumo problemático de alcohol entre las mujeres, lo que desafía los modelos tradicionales de intervención y tratamiento, históricamente centrados en la experiencia masculina (Serna, 2024).

A nivel mundial, se estima que cuatrocientos millones de personas, aproximadamente un 7% de la población en el mundo de quince años o más, viven con trastornos relacionados con el alcohol. Sin embargo, la mortalidad diferenciada por género revela patrones específicos, donde la mortalidad asignable al consumo de alcohol en 2024 fue, solo entre las mujeres, de alrededor de 600 000 fallecimientos, cifras que reflejan la complejidad de los trastornos conductuales específicos que afectan a las mujeres (ONU, 2024).

La región de las Américas enfrenta una alarmante crisis asociada con los trastornos por uso de alcohol (TUA), con tasas que ampliamente superan la media global. Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2024, la prevalencia de los TUA es la más alta a nivel mundial entre las mujeres en América Latina y el Caribe. Dicho patrón refleja una tendencia imperativa, debido a que el consumo de alcohol en la región es en promedio un 40% superior al promedio global, lo que posiciona a las Américas en un escenario crítico para la salud pública, y evidencia la necesidad urgente de políticas públicas más efectivas y de

programas preventivos a nivel regional para reducir la repercusión del alcohol en la salud de la población (Arrese et al., 2024).

El contexto peruano es un sólido reflejo de esta tendencia regional, con características propias que ameritan un análisis específico, y es que alrededor del 35% de la ciudadanía podría estar enfrentándose a problemas de consumo de alcohol sin identificarlo y alrededor de 8 a 10% habría probablemente desencadenado una dependencia (Ministerio de Salud, 2023). Esta situación adquiere una mayor complejidad cuando se analiza partiendo de la perspectiva de género, pues se evidencia que, mientras tradicionalmente existía una brecha considerable entre el consumo problemático masculino y femenino, las tendencias actuales ponen en evidencia una convergencia preocupante, muestra de ello son los registros del Ministerio de Salud (MINSA) que revelan la atención de 43,207 casos de TUA durante el año 2024, lo que representa una elevación del 9.4 % respecto al anterior año. Del total de casos, el 24 % fueron mujeres, lo que evidencia una presencia femenina relevante. Los grupos etarios más perjudicados fueron los adultos (más de veintiún mil casos), seguidos por los jóvenes (11,328) y los adolescentes (6,073), lo que señala la extensión del problema a distintas etapas del ciclo vital. Los mayores números de atención se registraron en las regiones de Cusco, La Libertad, Arequipa, Ayacucho y Junín, lo que subraya la necesidad de enfocar esfuerzos de tratamiento y prevención en estas regiones (Ministerio de Salud, 2024).

Las mujeres experimentan diferencias fisiológicas y psicosociales significativas relacionadas con el consumo de alcohol y tienen necesidades particulares respecto a su atención. Los niveles más seguros de consumo de alcohol para los hombres pueden no ser los mismos para las mujeres, y factores como el impacto de la violencia de género, las inequidades sociales, las cargas de cuidado y el estigma asociado al alcohol crean barreras para las mujeres que influyen en sus necesidades y dificultan las intervenciones. Para el sistema de salud peruano, la brecha

en el tratamiento para las mujeres ronda el 80%, la peor de cualquier trastorno de salud mental. Esta brecha se debe a la falta de informes, la falta de diagnósticos y las barreras para acceder a la atención, y es especialmente evidente en las mujeres (Del Campo et al., 2023).

Los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) son, sin duda, el primer espacio, en el sistema público peruano, de atención especializada en salud mental, representan privilegiados espacios para el diagnóstico diferencial y tratamiento de los trastornos relacionados con el alcohol. El CSMC de Paita, situado en un espacio geográfico estratégico para una población con características sociales específicas, atiende a femeninas que presenta particulares patrones de consumo y manifestaciones conductuales que necesitan un estudio sistemático y profundo (Calla et al., 2021).

A partir de ello se entiende que la relevancia de estudiar los trastornos de la conducta debido al consumo de alcohol en féminas que acuden al CSMC de Paita radica en la necesidad de generar evidencia empírica que contribuya al desarrollo de protocolos de atención especializados, estrategias preventivas diferenciadas, y modelos de intervención que consideren las especificidades de género, contexto sociocultural, y características del sistema de salud local. La comprensión de estos trastornos en el contexto específico de un centro de atención especializada permite identificar patrones, factores de riesgo, elementos protectores, y variables que influyen en el curso clínico y la respuesta terapéutica.

Es entonces que, surge la pregunta de investigación, considerando las características y condiciones mencionadas de las mujeres consumidoras de alcohol: ¿Cuáles son las áreas afectadas y la intervención adecuada en una paciente mujer con problemas de consumo de alcohol que acude a CSMC San Alfonso de Paita?

1.2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Motivo de consulta

Paciente de sexo femenino, de 33 años, asiste a sesión psicológica programada, señala que solicitó atención en el centro de salud mental comunitario buscando ayuda profesional, a causa de su consumo de alcohol, el cual viene generando múltiples dificultades en diferentes esferas de su vida personal, laboral y familiar.

Entrevista inicial

Después de haber sido recibida por el equipo de enfermería y evaluada por el psiquiatra, es derivada al servicio de psicología a fin de que se ejecute la entrevista respectiva. Se identificó que la beneficiaria es una mujer de 33 años, de aspecto físico acorde a su edad cronológica. Llega a la entrevista vestida con short jeans y una blusa negra, su forma de vestir es poco formal, limpia, aunque no congruente con la estación, extravagante. Al momento de la entrevista se observa en la paciente lucidez y orientación en persona y temporoespacial.

Durante el desarrollo de la entrevista, mientras relata su situación, su lenguaje no verbal refleja tristeza y desaliento. Conforme progresa su narrativa, sus ojos comienzan a llenarse de lágrimas gradualmente, y en los momentos más intensos del relato no logra controlar sus emociones, siendo dominada por un llanto intenso.

Con frecuencia su mirada se pierde en el vacío, se toca la cabeza y la frente de manera repetitiva, apoya los codos sobre el escritorio y mantiene una postura semi encorvada con los hombros contraídos durante la mayor parte de la sesión. Su discurso es coherente pero entrecortado, realizando pausas constantes tras las crisis de llanto, su tono de voz, aunque inicialmente adecuado, en ciertos momentos disminuye al punto de resultar apenas audible.

CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES

Concepto de consumo de alcohol

Concepto de consumo de alcohol

El Trastorno por Uso de Alcohol (TUA) se conceptualiza como un patrón persistente y problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro clínicamente significativo en múltiples áreas del funcionamiento del individuo, tales como la salud física o mental, el ámbito social, laboral, académico o familiar. Este trastorno se manifiesta a través de una serie de comportamientos y síntomas que reflejan pérdida de control sobre la ingesta, una fuerte necesidad o deseo de consumir, y la continuidad del consumo a pesar de las consecuencias negativas (Kulkarni & Singal, 2023).

Para su diagnóstico clínico, consideran once criterios establecidos, de los cuales deben cumplirse al menos dos durante un periodo de doce meses. Estos criterios son: (1) consumo de alcohol en cantidades mayores o durante un tiempo más prolongado de lo previsto, (2) deseo persistente o esfuerzos fallidos por reducir o controlar el consumo, (3) dedicar una gran cantidad de tiempo a obtener, consumir o recuperarse de los efectos del alcohol, (4) presencia de un fuerte deseo o ansia de beber, (5) fracaso recurrente en el cumplimiento de obligaciones laborales, escolares o domésticas debido al consumo, (6) continuar consumiendo a pesar de tener problemas sociales o interpersonales causados o agravados por el alcohol, (7) abandono o reducción de actividades importantes por el consumo, (8) uso repetido en situaciones que implican riesgo físico, (9) consumo continuado a pesar de saber que se tienen problemas físicos o psicológicos asociados, (10) desarrollo de tolerancia, definida como la necesidad de consumir cantidades mayores para alcanzar el efecto deseado o una disminución del efecto con

la misma cantidad, y (11) aparición de síntomas de abstinencia cuando se reduce o interrumpe el consumo (American Psychiatric Association, 2013).

El diagnóstico de TUA necesita la presencia de mínimo 2 de estos criterios en un lapso de doce meses, y se clasifica según su gravedad: leve (2 a 3 criterios), moderado (4 a 5 criterios) y grave (6 o más criterios). Esta clasificación permite una evaluación dimensional de la severidad del trastorno, reconociendo que el impacto del alcohol en la vida del individuo puede variar significativamente, desde un patrón de uso problemático moderado hasta una dependencia severa con deterioro funcional profundo (American Psychiatric Association, 2013).

Trastornos mentales y conductuales inducidos por alcohol

Los trastornos del estado de ánimo constituyen una de las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes entre las personas diagnosticadas con Trastorno por Uso de Alcohol (TUA), siendo el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar los que presentan mayor prevalencia. En particular, se estima que entre el 27 % y el 40 % de las personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor también presentan TUA a lo largo de su vida, mientras que la prevalencia en un periodo de 12 meses puede alcanzar hasta un 22 %. Esta coexistencia suele asociarse con una mayor severidad clínica, un pronóstico menos favorable y una respuesta terapéutica más limitada, lo que resalta la necesidad de un abordaje integral y multidisciplinario (Peña et al., 2024).

En el caso de los trastornos de ansiedad, estos también suelen presentarse de manera concurrente con el TUA, ya sea como condición preexistente o como consecuencia del consumo sostenido de alcohol. Se ha descrito que los síntomas ansiosos pueden intensificarse durante los episodios de abstinencia, exacerbando el malestar emocional y perpetuando el ciclo de consumo. En este contexto, se enmarcan los trastornos mentales inducidos por sustancias,

que incluyen manifestaciones depresivas, ansiosas, psicóticas o maníacas derivadas del efecto fisiológico directo del alcohol u otras sustancias psicoactivas (Peña et al., 2024).

Uno de los cuadros clínicos más graves es el trastorno psicótico inducido por alcohol, el cual se caracteriza por la aparición de alucinaciones, delirios o ambos, ya sea durante la intoxicación aguda o en el proceso de abstinencia. Cuando estos síntomas psicóticos se manifiestan en ausencia de un estado confusional (delirium), el diagnóstico específico corresponde al trastorno psicótico inducido por alcohol, según los criterios establecidos por el DSM-5. En algunos casos, estos síntomas pueden persistir más allá del periodo inmediato al consumo o abstinencia, configurando un cuadro clínico más complejo, asociado a un mayor deterioro funcional y un incremento en los riesgos de suicidio, recaídas y desestabilización emocional (Liu et al., 2023).

Asimismo, el consumo crónico de alcohol puede desencadenar alteraciones de la conducta tales como agresividad, impulsividad y desinhibición, las cuales no solo comprometen el entorno social y familiar de la persona, sino que también aumentan su vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo, autolesiones o conductas violentas. Estas manifestaciones conductuales y psicopatológicas requieren una intervención temprana y especializada, orientada no solo a la reducción del consumo, sino también a la regulación emocional, el fortalecimiento de habilidades sociales y el manejo de síntomas asociados (Surco & Salazar, 2023).

Neurobiología del alcohol y su impacto en la conducta

El alcohol tiene un efecto complejo sobre el sistema nervioso central, actuando principalmente como un depresor del mismo. Su acción se produce a través de la modulación de diversos neurotransmisores, entre los que destacan el ácido gamma-aminobutírico (GABA), la dopamina, la serotonina y el glutamato. En particular, potencia la actividad de GABA, lo que genera efectos sedantes y ansiolíticos, al tiempo que inhibe la acción del glutamato, principal

neurotransmisor excitador, contribuyendo así a la ralentización de los procesos neuronales. Esta interacción neuroquímica altera el juicio, la coordinación motora, el estado emocional y la capacidad de toma de decisiones, aspectos estrechamente relacionados con los cambios en la conducta observados durante la intoxicación o el consumo crónico (Del Campo et al., 2023).

El excesivo y prolongado consumo de alcohol modifica estructural y funcionalmente el cerebro. En términos neuroanatómicos, se han identificado diferencias relevantes entre hombres y mujeres. Los varones presentan una mayor reducción en el grosor cortical y una menor densidad de fibras mielinizadas, especialmente en la corteza prefrontal, área vinculada al control de impulsos y la regulación del comportamiento. Por su parte, las mujeres muestran una disminución más pronunciada en la neurogénesis del hipocampo, región clave para los procesos de memoria y regulación emocional. Además, estudios de neuroimagen han revelado que el consumo crónico de alcohol está asociado con una disminución del volumen de la amígdala y un aumento del volumen de la sustancia gris cerebelar, lo cual puede contribuir a la disfunción emocional y cognitiva observada en personas con dependencia alcohólica (Arrese et al., 2024).

Estas alteraciones neurobiológicas se traducen directamente en cambios conductuales, cognitivos y afectivos, y su severidad suele estar modulada por factores como la edad de inicio del consumo, la duración del mismo, la cantidad ingerida y la predisposición genética. El vínculo entre cerebro, conducta y consumo crónico de alcohol es evidente, dado que el deterioro en regiones cerebrales asociadas con la regulación emocional, la memoria y el control ejecutivo favorece la aparición de conductas impulsivas, agresivas, desinhibidas o desadaptativas (Károly et al., 2024)

Factores de riesgo en mujeres

Las mujeres presentan una serie de características biológicas, psicológicas y sociales que las hacen particularmente vulnerables a los efectos del alcohol. En la última década, las tasas de trastorno por uso de alcohol han mostrado un aumento significativamente mayor en mujeres en comparación con los hombres. Mientras que en varones el incremento fue del 35 %, en mujeres alcanzó el 84 %. Asimismo, las tasas de consumo general y de alto riesgo también aumentaron con mayor intensidad en mujeres (16 % y 58 %, respectivamente) frente a los aumentos más modestos observados en hombres (7 % y 16 %). Estos datos sugieren una tendencia preocupante en el consumo femenino, que puede estar influenciada por múltiples factores (Kirsch et al., 2025).

Desde una perspectiva biológica, se ha evidenciado que las mujeres metabolizan el alcohol de manera diferente, presentando una mayor concentración sanguínea con la misma cantidad de bebida ingerida, lo que las hace más propensas a los efectos tóxicos del etanol. Diversos estudios han reportado que, en igualdad de consumo, las mujeres pueden presentar mayores niveles de daño hepático, cardíaco y cerebral. No obstante, los hallazgos sobre si existen diferencias significativas en el daño cerebral inducido por el alcohol entre géneros aún son contradictorios, aunque la evidencia apoya una mayor vulnerabilidad femenina (Scholl et al., 2024).

En el plano psicológico y social, las mujeres consumidoras de alcohol suelen enfrentar una mayor carga de estigmatización social, lo que limita su acceso a tratamiento oportuno. Además, factores como la violencia de género, los antecedentes de trauma, la presión social, el aislamiento, la pobreza y los trastornos de salud mental coadyuvan al desarrollo y mantenimiento del consumo problemático. Se ha identificado un fenómeno denominado "efecto telescópico", en el cual las mujeres inician el consumo problemático más tarde que los

hombres, pero desarrollan dependencia en un tiempo más corto y con consecuencias más severas (Kirsch et al., 2025).

En estudios de neuroimagen, se ha observado que las mujeres con trastorno por uso de alcohol presentan volúmenes significativamente reducidos de materia gris y blanca, así como mayores volúmenes de líquido cefalorraquídeo en los surcos y ventrículos cerebrales, en comparación con mujeres no consumidoras. Estos hallazgos respaldan la noción de que el impacto neurobiológico del alcohol puede ser más profundo y acelerado en mujeres, lo cual incide directamente en la aparición de alteraciones conductuales, deterioro cognitivo y mayor riesgo de enfermedades mentales asociadas (Scholl et al., 2024).

Contexto social y cultural del consumo de alcohol

El consumo de alcohol no solo está determinado por factores individuales, sino que se encuentra profundamente influenciado por el entorno social y cultural en el que se desarrolla. Las normas y valores de las relaciones familiares, de pares y entre padres e hijos, las condiciones socioeconómicas, la facilidad de acceso al alcohol y la presión de pares, especialmente durante la adolescencia y la adultez joven, son algunos de los factores contextuales más relevantes a considerar en la construcción de un entorno donde pueden surgir ciertos patrones de consumo que eventualmente podrían llevar a un trastorno por consumo de alcohol. Desde la perspectiva de un trastorno por consumo de alcohol, estos factores crean entornos que pueden ser habilitadores o restrictivos (Greaves et al., 2022).

Las creencias y actitudes culturales respecto al consumo de alcohol, especialmente desde una perspectiva de género, son indispensables. Existe una gran brecha social entre el control o la permisividad del consumo de alcohol por parte de hombres y mujeres, y por lo tanto, el control social y la sanción del consumo de alcohol son desiguales y se hacen evidentes entre los

hombres y las mujeres de la sociedad. Incluso entre los estigmas del consumo de alcohol, o la desaprobación del consumo de alcohol entre las mujeres, hay una brecha en el control social del consumo de alcohol por parte de las mujeres que, a su vez, afecta a los patrones de búsqueda de ayuda social y cultural. Con respecto a la cohesión social y el ser cultural, se debe fomentar una integración en el control de las prácticas de consumo de alcohol en la sociedad y una orientación hacia la resolución de problemas en relación con los asuntos de consumo de alcohol para permitir una efectividad cultural (Greaves et al., 2022).

La variedad del consumo de bebidas alcohólicas en el Perú es un reflejo de la diversidad cultural y socioeconómica presente en el país. Existen diferencias según la región del país y debido a factores como la educación y el ingreso de la zona, además de cuestiones como el rol de género. Estos factores influyen de manera distinta en las motivaciones y en los patrones de consumo y las prácticas en el uso de bebidas alcohólicas. Existe un área investigativa en donde estos factores se han estudiado, pero es prioritario la consolidación de esta investigación al contexto del Perú. Esta información es necesaria para crear programas de prevención y atención acorde a las realidades y particularidades del país (Greaves et al., 2022).

Diagnóstico clínico y evaluación conductual

La evaluación de los casos de uso de alcohol se identifican y clasifican a partir de unos criterios precisos y estandarizados a nivel clínico. Para este propósito se utiliza como referencia el DSM-5 y la CIE-11. Ambos instrumentos abordan el discurso de manera diferente, pero llegan a la maduración de la idea de un consumo abusivo de alcohol, el déficit de control, la vida descontrolada, el consumo descontrolado, y la ausencia de síntomas como el delirio y el coma (Salomon et al., 2024).

El diagnóstico de un caso se complementa a partir de la consideración de varias metodologías de evaluación. Estas metodologías abarcan el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), entrevistas clínicas, escalas de síntomas y severidad que permiten capturar la intensidad de los síntomas y los fenómenos periféricos que los acompañan, y que permiten abarcar un rango de fenómenos psicológicos, sociales y físicos. Estas metodologías permiten a la práctica clínica un rango de acercamiento que se traduce a nivel individual en un abanico de posibilidades de intervención (Baños-Chaparro, 2024).

La evaluación del comportamiento y la funcionalidad psicosocial es esencial para determinar el alcance del trastorno. En el ámbito epidemiológico se registra un trastorno por uso de alcohol y un considerable impacto en su comorbilidad con otras enfermedades mentales. Esta situación determina la necesidad de llevar a cabo acciones de educación pública con el objetivo de desestigmatizar el trastorno para generar un sentido de salud social, y para el empoderamiento adecuado de las personas que requieren asistencia terapéutica. La posibilidad de obtener mejores resultados en salud, así como en la calidad de vida de las personas, se relaciona con la existencia de un acercamiento clínico y una evaluación exhaustiva a partir de un enfoque multidimensional (Salomon et al, 2024).

Intervención y abordaje terapéutico integral

El Trastorno por Uso de Alcohol (TUA) tiene abordajes que incluyen intervenciones farmacológicas, terapias psicológicas y métodos adicionales que cumplen la función de complementar la terapéutica y han mostrado efectividad al disminuir el uso y mejorar la calidad de vida de las personas que se encuentran en tratamiento. El cese del uso de alcohol es el primer objetivo en la terapéutica y, en aquellos casos en que se presentan síntomas psicóticos, el uso de antipsicóticos es de vital importancia para el control de estos episodios y el logro de la recuperación (Serna, 2024);

Para el logro de cambios en el comportamiento que se espera, el uso de psicoterapias como la terapia cognitivo-conductual, el entrenamiento en habilidades para la vida, y las que se basan en motivación son fundamentales, y se proponen como pilares para el establecimiento de nuevos mecanismos de autorregulación y de control del comportamiento. Estas intervenciones abordan tanto el uso del alcohol como otros problemas que persisten y son de carácter psicosocial, al igual que problemas que son consecuencia del uso de alcohol, brindando así al paciente una atención integral (Magill et al., 2023).

La literatura científica disponible enfatiza la necesidad de la inclusión de la consideración del género en los diagnósticos y tratamientos del TUA. Estudios que aplican técnicas de imágenes avanzadas como la resonancia magnética funcional demuestran que varones y mujeres tienen diferentes respuestas neurofisiológicas en relación con la dependencia al alcohol. Tales en relación con la dependencia al alcohol tienen un impacto en las variables en la forma en que se presenta clínicamente la patología, la forma en que se la enfermedades y la respuesta al tratamiento. Es por esto que los tratamientos deben incorporar estas diferencias con el fin de mejorar la eficacia de la atención y cumplir con las demandas de cada género (Maggioni E, 2023).

En el contexto comunitario, la atención de la prevención y la rehabilitación debe realizarse desde una perspectiva de género, reconociendo las diferencias neurobiológicas y psicosociales que se encuentran en las personas que tienen TUA, en este caso, hombres y mujeres. Por ejemplo, el fortalecimiento de la abstinencia se ha asociado con menores reacciones en el cerebro de las mujeres frente a estímulos emocionales en comparación con los hombres, lo cual evidencia la necesidad de considerar la diferenciación del procesamiento de las emociones en las intervenciones. Esto es el fundamento de la definición de intervenciones que propician la

atención a las diferencias y que, en consecuencia, potencializan la recuperación desde la perspectiva de la rehabilitación y la atención social (Verplaetse TL, 2021).

Factores Protectores en las Mujeres

Hay muchos elementos que funcionan como factores de protección contra el desarrollo del trastorno por consumo de alcohol (TCA) en mujeres, así como predictores de resultados más positivos en el proceso de recuperación. Estos factores operan a diferentes niveles y son principalmente recursos personales, interpersonales y contextuales que pueden reducir la susceptibilidad al uso problemático de sustancias (Bryant et al, 2023).

Primero, la existencia de una red de apoyo social es uno de los factores de protección en los que la mayoría de los investigadores coinciden. Esta red puede incluir a familiares cercanos, amigos y otros lazos interpersonales y puede proporcionar apoyo, ya sea de tipo práctico y material (apoyo instrumental) o desde una perspectiva emocional, de comprensión y compañía (apoyo emocional). El apoyo social actúa como una barrera contra el estrés y durante momentos de alto estrés, los participantes son más propensos a usar alcohol, lo que hace que las situaciones socialmente solidarias sean preferibles. Existe sólida evidencia de que el apoyo social minimiza el impacto de antecedentes familiares y de factores de riesgo genéticos en los síntomas del TCA, ello evidencia que los ambientes sociales positivos pueden ser salvaguardas a nivel biológico (Bryant et al, 2023).

Los aspectos psicológicos de la resiliencia son fundamentales como elementos protectores. Esto hace referencia a la facultad de acoplarse favorablemente a eventos traumáticos, adversos y alto estrés. En el caso del TUA, este concepto constituye un amortiguador psicológico que protege de los agentes estresantes sociales y psicológicos desencadenantes del consumo de alcohol. Las féminas con mayor resiliencia dominan estrategias adaptativas de afrontamiento,

poseen una flexibilidad mayor a nivel cognitivo para el abordaje de problemas y pueden recuperarse con mayor prontitud de situaciones adversas sufridas, sin llegar a depender del alcohol. Dicha resiliencia es un fenómeno dinámico, por ello puede ser fortalecida mediante intervenciones específicas direccionadas a promover la modulación de habilidades emocionales, reestructuración cognitiva y resolución de problemas para emplearse como estrategias de manejo eficiente (Schwandt et al., 2024).

Las habilidades de afrontamiento adaptativas son destrezas especializadas del caso que evidencian manejo de situación de riesgo, gestión de emociones y respuesta a los estresores sin consumo de alcohol. Dichas competencias abarcan estrategias conductuales (técnicas de relajación, ejercicio físico, activación conductual,) y cognitivas (toma de perspectiva, resolución de problemas, reestructuración de pensamientos). Su desarrollo y consolidación son objetivos centrales en los programas de prevención e intervención para TUA (Bryant et al., 2023).

La participación en actividades sociales prosociales y comunitarias también ha mostrado efectos protectores. El involucramiento en grupos de ayuda mutua, actividades recreativas saludables, voluntariado u otras formas de participación comunitaria no solamente proporciona alternativas al consumo, sino que fortalece el sentido de pertenencia, el propósito vital y la identidad social positiva. Estas experiencias contribuyen a la construcción de estilos de vida compatibles con la abstinencia o el consumo moderado y facilitan la integración social durante el proceso de recuperación (Jodis et al., 2023).

Consecuencias del Consumo Crónico de Alcohol en Mujeres

El consumo crónico de alcohol genera consecuencias somáticas, neurológicas y psicosociales particularmente graves en las mujeres, manifestándose a dosis inferiores y en plazos

temporales más reducidos que en varones. Esta mayor vulnerabilidad se debe a diferencias farmacocinéticas (menor proporción de agua corporal, menor actividad de la enzima alcohol deshidrogenasa gástrica) y metabólicas que resultan en concentraciones sanguíneas más elevadas de alcohol ante la misma cantidad de consumo (Moon et al., 2023).

A nivel hepático, las mujeres presentan una susceptibilidad notablemente mayor al daño hepático asociado al alcohol. La enfermedad hepática asociada al alcohol (EHAA) incluye un espectro que va desde la esteatosis hepática (hígado graso) hasta la hepatitis alcohólica, la fibrosis y la cirrosis. La evidencia epidemiológica indica que las mujeres desarrollan estas complicaciones con menores cantidades acumuladas de alcohol y tras períodos más cortos de consumo que los hombres. La progresión a cirrosis y la mortalidad por enfermedad hepática también ocurren más rápidamente en mujeres, incluso después de ajustar por cantidad de consumo. Esta diferencia sexual en la hepatotoxicidad del alcohol tiene implicaciones críticas para el establecimiento de umbrales de consumo de bajo riesgo y para la vigilancia clínica en mujeres consumidoras (Moon et al., 2023).

En el sistema cardiovascular, el consumo crónico de alcohol en mujeres se asocia con mayor riesgo de cardiomiopatía alcohólica, arritmias (especialmente fibrilación auricular), hipertensión arterial y eventos cardiovasculares adversos. La cardiomiopatía alcohólica, caracterizada por dilatación ventricular y disfunción contráctil, se desarrolla con menores dosis acumulativas en mujeres. Estudios recientes también han documentado que el consumo excesivo de alcohol incrementa significativamente el riesgo de síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca y accidente cerebrovascular en mujeres, con un perfil de riesgo que puede ser más desfavorable que en hombres para niveles comparables de consumo (Krittanawong et al., 2022).

Las manifestaciones neurocognitivas del consumo crónico de alcohol son particularmente preocupantes. Estudios de neuroimagen estructural han demostrado que las mujeres con TUA presentan reducciones volumétricas más pronunciadas en estructuras cerebrales clave como el hipocampo, la corteza prefrontal y el cuerpo calloso, en comparación con hombres con historias de consumo similares. Estas alteraciones estructurales se acompañan de compromiso funcional en dominios cognitivos como memoria de trabajo, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento y control inhibitorio. En casos de consumo sostenido, estas alteraciones pueden conducir a deterioro cognitivo prematuro y aumentar el riesgo de desarrollo de demencias. Aunque algunos de estos déficits muestran cierta reversibilidad con la abstinencia prolongada, la recuperación neurobiológica completa puede no alcanzarse, especialmente en casos de consumo severo y prolongado (Scholl et al., 2024).

Más allá de las consecuencias somáticas y neurológicas, el TUA en mujeres se asocia con un mayor estigma social en comparación con los hombres. Las normas de género y las expectativas sociales sobre el consumo de alcohol generan una doble moral que penaliza más severamente el consumo problemático en mujeres. Este estigma se traduce en barreras significativas de acceso al tratamiento, incluyendo vergüenza, temor al juicio social, preocupaciones sobre la custodia de los hijos, y escasez de servicios especializados sensibles a las necesidades específicas de las mujeres. Como consecuencia, las mujeres tienden a buscar ayuda más tardíamente, cuando el trastorno está más avanzado, y enfrentan mayores dificultades para permanecer en tratamiento, lo que se traduce en peores desenlaces clínicos (Moon et al., 2023).

Estas vulnerabilidades biológicas y sociales exigen el desarrollo e implementación de enfoques preventivos e intervenciones terapéuticas específicamente adaptadas por sexo, que consideren

tanto las diferencias farmacológicas y fisiopatológicas como los contextos socioculturales que modulan el desarrollo y el curso del TUA en mujeres (Krittanawong et al., 2022).

Modelos Teóricos de la Dependencia al Alcohol

La comprensión teórica de la dependencia al alcohol ha evolucionado en las últimas décadas, dando lugar a múltiples modelos explicativos que enfatizan distintos mecanismos causales y niveles de análisis.

Modelo Neurobiológico

Conceptualiza la dependencia al alcohol como resultado de cambios neuroadaptativos en circuitos cerebrales fundamentales para el procesamiento de la recompensa, el control ejecutivo y la respuesta al estrés. Según esta perspectiva, el consumo repetido de alcohol induce modificaciones plásticas en sistemas de neurotransmisión (particularmente dopaminérgico, glutamatérgico y GABAérgico) que alteran la homeostasis cerebral y generan un nuevo estado de equilibrio o alostasis (Ferrer-Pérez et al., 2024).

Ferrer-Pérez et al. (2024) describen cómo la dependencia surge a través de un proceso secuencial que involucra el desplazamiento del control conductual desde circuitos ventrales (asociados con la recompensa y la motivación basada en el valor hedónico) hacia circuitos dorsales (relacionados con la formación de hábitos automáticos). Este desplazamiento explicaría la transición desde el consumo inicial orientado por sus efectos reforzantes positivos hacia patrones de consumo compulsivo y automatizado que persisten incluso en ausencia de placer (Ferrer-Pérez et al., 2024).

Un componente central de este modelo es la hipofunción dopaminérgica que se desarrolla con el consumo crónico. La exposición repetida al alcohol produce una regulación a la baja de los receptores dopaminérgicos y una disminución de la liberación basal de dopamina, lo que

resulta en anhedonia (incapacidad para experimentar placer con estímulos naturales) y en una motivación incrementada hacia el alcohol como medio de normalizar temporalmente el tono dopaminérgico. Este déficit en la neurotransmisión dopaminérgica contribuye al craving (deseo intenso de consumir) y a la priorización del alcohol sobre otras fuentes de recompensa (Ferrer-Pérez et al., 2024).

Adicionalmente, el modelo destaca el aumento del estado de "afecto negativo" durante los períodos de abstinencia o reducción del consumo. Esta dimensión afectiva negativa involucra la activación de circuitos del estrés (sistema corticotropina-amígdala extendida) que generan estados de ansiedad, disforia, irritabilidad y malestar físico. El consumo de alcohol proporciona alivio temporal de estos estados aversivos, estableciendo un proceso de reforzamiento negativo que mantiene el patrón de dependencia. El modelo propone fases progresivas: (1) búsqueda inicial de recompensa, caracterizada por el reforzamiento positivo; (2) establecimiento de hábitos, con automatización del consumo; y (3) estado de retirada/afecto negativo, dominado por el reforzamiento negativo y el consumo para evitar el malestar (Ferrer-Pérez et al., 2024).

Esta perspectiva neurobiológica tiene importantes implicaciones terapéuticas, ya que identifica sustratos biológicos específicos (receptores, neurotransmisores, circuitos) como dianas potenciales para intervenciones farmacológicas. Asimismo, contribuye a la destigmatización del TUA al caracterizarlo como un trastorno con bases neurobiológicas claras, más que como una simple falta de voluntad o falla moral (Ferrer-Pérez et al., 2024).

Modelo de Elección Reforzada

Plantea que los síntomas centrales del TUA pueden ser explicados y formalizados mediante principios de aprendizaje por refuerzo y teoría de la decisión económica. Este enfoque utiliza

modelos matemáticos para describir cómo los individuos aprenden asociaciones entre conductas (consumo de alcohol), contextos (señales ambientales) y consecuencias (efectos reforzantes o aversivos), y cómo estas asociaciones guían las decisiones subsecuentes (Karger, 2022).

El autor Karger, en el año 2022, precisa que fenómenos como el craving, la omisión de recompensas opcionales y el persistente consumo pese a las negativas consecuencias podrían modelarse a través de métodos de moldeamiento. El craving, por ejemplo, puede interpretarse como un aviso de error de estimación de recompensa: en el momento en que señales propias del contexto predicen la accesibilidad de alcohol, el sistema de recompensa produce una respuesta predictiva experimentada de manera subjetiva como intenso deseo. En caso que dicho esperado consumo no ocurre, se experimenta un error de predicción negativo intensificando con ello el craving (Karger, 2022).

El mencionado modelo integra también nociones como descuento temporal (inclinación a optar por incentivos inmediatos por encima de premios futuros de magnitud mayor) y el sesgo de atención direccionado a indicios relacionados con la sustancia (cue-reactivity). El excesivo descuento temporal, registrado de manera consistente en sujetos con TUA, evidencia una desmesurada inclinación por la recompensa inmediata proporcionada por el alcohol, pese a que ello conlleve al sacrificio de objetivos a futuro como empleo, relaciones o salud. En cuanto a la reactividad a señales (cue-reactivity) alude a las respuestas condicionadas (conductuales, cognitivas y fisiológicas) desencadenadas en presencia de estímulos asociados previamente al consumo, y que aumentan la posibilidad de recaída (Karger, 2022).

Una ventaja distintiva de este enfoque computacional es su capacidad para mapear procesos conductuales concretos y cuantificables que pueden ser evaluados objetivamente mediante tareas experimentales (por ejemplo, tareas de descuento temporal, paradigmas de señales

condicionadas, tareas de toma de decisiones bajo riesgo). Estos marcadores conductuales, a su vez, pueden funcionar como predictores de respuesta al tratamiento y como objetivos intermedios para evaluar la eficacia de las intervenciones. El modelo computacional favorece una integración entre la investigación básica sobre mecanismos de aprendizaje y decisión, y la práctica clínica orientada a modificar patrones conductuales desadaptativos (Karger, 2022).

Modelo Biopsicosocial

Frente a las limitaciones de las explicaciones unidimensionales, surge como una respuesta contemporánea integrada, que reconocen la multicausalidad del TUA. Greener (2023) señala que reducir la dependencia al alcohol exclusivamente a una "enfermedad cerebral" (postura neurobiológica reduccionista) o exclusivamente a una "conducta aprendida" (perspectiva conductual pura) resulta insuficiente para capturar la complejidad del fenómeno. Ambas posturas, en su versión extrema, presentan limitaciones: la primera puede minimizar la agencia personal y los factores contextuales, mientras que la segunda puede desatender las vulnerabilidades biológicas y los cambios neuroadaptativos reales que ocurren con el consumo crónico (Greener, 2023).

El modelo biopsicosocial propone una visión integradora que incluye: (1) factores biológicos, como predisposición genética, diferencias en el metabolismo del alcohol, sensibilidad neurobiológica a los efectos reforzantes, y cambios neuroadaptativos asociados con el consumo crónico; (2) factores psicológicos, incluyendo procesos de aprendizaje y condicionamiento, cogniciones y expectativas sobre el alcohol, déficits en habilidades de regulación emocional y afrontamiento, rasgos de personalidad, y comorbilidad con otros trastornos mentales; y (3) factores sociales y contextuales, como disponibilidad y acceso al alcohol, normas culturales sobre el consumo, experiencias de trauma o adversidad, desigualdades socioeconómicas, estigma, y calidad del apoyo social (Greener, 2023).

Dicho enfoque identifica que los diversos niveles de análisis interactúan de manera dinámica, en vez de ser excluyentes mutuamente excluyentes. Como ilustración, el estrés psicosocial podría originar alteraciones neuroquímicas que aumentarían la probabilidad del consumo, a la par modificaciones neuronales causadas por el alcohol podrían desregular procesos conductuales y cognitivos, lo que dificultaría la supresión del consumo. De manera similar, variables protectoras, como lo es el apoyo social, en cierto nivel, podrían regular riesgo en otros niveles (predisposición genética) (Greener, 2023).

Destaca también este modelo biopsicosocial ciertas divergencias entre diversas corrientes teóricas, instando de ese modo la reflexión y perspectiva analítica frente a modelos monocausales. Esta perspectiva favorece el desarrollo de intervenciones multimodales que integren componentes farmacológicos, psicoterapéuticos y psicosociales, adaptados a las características individuales y contextuales de cada persona. Reconociendo lo complejo del TUA, el enfoque direcciona a abordajes individualizados que abarquen de manera simultánea la vulnerabilidad biológica, alteraciones psicológicas y limitaciones sociales (Greener, 2023).

Modelo cognitivo-conductual

Define la dependencia al alcohol desde la perspectiva de procesos de aprendizaje, deficiencias en recursos de afrontamiento, sesgos cognitivos y conductas desadaptativas. Partiendo de esta óptica, la adquisición y preservación del TUA es producto de relacionar (a) aprendizaje por asociación (condicionamiento operante y clásico) los cuales interrelacionan indicios contextuales, estados de ánimo y operaciones mentales con la ingesta de alcohol y su efecto reforzador; (b) deficiencias en competencias conductuales de manejo situacional de riesgo alto, modular afectos negativos y hacer frente a la presión social; (c) sesgos cognitivos y convicciones erróneas acerca del alcohol, la capacidad individual de autorregulación y

perspectivas acerca de la ingesta; y (d) vulnerabilidad de las estrategias adaptativas de afrontamiento frente a agentes estresores o desafíos de la vida (Magill et al., 2023).

Un punto imperativo del planteamiento teórico de CBT es el entendimiento de la recaída como el producto de dinámicas interacciones de aspectos conductuales, cognitivos y circunstanciales. Los aspectos circunstanciales abarcan el contacto con activadores (lugares, personas, elementos asociados previamente al consumo), eventos estresantes laborales o interpersonales, y estados negativos emocionales (tristeza, ira, ansiedad, frustración). Dichas circunstancias aperturas respuestas automáticas cognitivas, como permisivos pensamientos ("un vaso no me hace daño"), perspectivas positivas acerca de consecuencias del alcohol ("me relajará"), o cogniciones de desasosiego ("soy incapaz de resistir", "yo no tengo control"). Cuando la persona carece de habilidades conductuales efectivas para manejar estos desencadenantes y pensamientos, la probabilidad de consumo aumenta significativamente (Boness et al., 2023).

Componentes de la Intervención Cognitivo-Conductual

La intervención basada en CBT se estructura en torno a varios componentes fundamentales, cada uno dirigido a modificar aspectos específicos del ciclo de dependencia:

1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento y alternativas conductuales. Este componente busca desarrollar y fortalecer competencias específicas para manejar situaciones de alto riesgo sin recurrir al alcohol. Incluye habilidades como: identificación temprana de señales de advertencia y situaciones de riesgo; implementación de estrategias de evitación o escape de situaciones de alto riesgo; desarrollo de conductas alternativas incompatibles con el consumo (ejercicio físico, actividades recreativas, contacto social saludable); técnicas de manejo de impulsos y retraso de la gratificación; habilidades de asertividad para rechazar

invitaciones a beber; y estrategias de resolución de problemas para afrontar dificultades sin consumir (Kiluk et al., 2024).

2. Reestructuración cognitiva de pensamientos automáticos y distorsiones. La intervención incluye la identificación y modificación de patrones cognitivos que precipitan o mantienen el consumo. Esto implica: monitorear y registrar pensamientos automáticos asociados con el deseo de beber; evaluar la validez y utilidad de estos pensamientos mediante evidencia objetiva; generar pensamientos alternativos más adaptativos y realistas; modificar creencias nucleares disfuncionales sobre la propia capacidad de control y sobre el papel del alcohol en la vida; y cuestionar expectativas positivas excesivas sobre los efectos del alcohol, balanceándolas con el reconocimiento de las consecuencias negativas (Magill et al., 2023).

3. Exposición y manejo de señales desencadenantes (cue exposure). Este componente se basa en principios de condicionamiento y extinción. Consiste en la exposición gradual y controlada a estímulos previamente asociados con el consumo (señales visuales, olfativas, contextuales) en ausencia de la respuesta de consumo, con el objetivo de debilitar las asociaciones condicionadas y reducir la reactividad a estas señales. La exposición se combina con el entrenamiento en estrategias de manejo del craving, como técnicas de distracción, mindfulness, o surfing the urge (observar el deseo sin actuar sobre él, reconociendo que disminuirá naturalmente con el tiempo) (Kiluk et al., 2024).

4. Fortalecimiento de la autoeficacia para la abstinencia. La autoeficacia, la confianza en la propia capacidad para abstenerse en situaciones específicas, es un predictor robusto de resultados en el tratamiento del TUA. Las intervenciones CBT fortalecen la autoeficacia mediante: experiencias exitosas de afrontamiento (exposición gradual a situaciones de dificultad creciente); modelado (observación de otras personas manejando exitosamente situaciones similares); retroalimentación positiva sobre logros y progreso; y reinterpretación

de deslices o recaídas como oportunidades de aprendizaje más que como fracasos absolutos (Magill et al., 2023).

2.2. ANTECEDENTES

A nivel internacional se distinguen investigaciones como la de Santos-Morocho et al. (2025), quienes desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue analizar la relación entre los mecanismos de afrontamiento y el trastorno por consumo de alcohol en una muestra clínica de personas adultas. El estudio, de diseño analítico transversal, se aplicó a personas mayores de 18 años mediante el AUDIT y el Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento del Estrés. Los resultados indicaron que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por quienes presentan trastorno por consumo de alcohol fueron la religión (55,1%), la expresión emocional abierta (37,8%) y la búsqueda de apoyo social (26,5%). Asimismo, se halló una relación estadísticamente significativa entre el consumo problemático de alcohol y el afrontamiento centrado en la solución del problema ($p = 0.049$). Los autores concluyen que las estrategias de afrontamiento juegan un papel central en el desarrollo y mantenimiento del consumo de alcohol, por lo que se sugiere incorporar enfoques cognitivo-conductuales en las intervenciones clínicas (Santos-Morocho et al., 2025)

Morera-Fumero et al. (2025), en su artículo “Clinical Personality Patterns in Alcohol Use Disorder: A Study Focused on Sex Differences”, investigaron los patrones de los trastornos de la personalidad en personas con Trastorno por Consumo de Alcohol (AUD), haciendo énfasis en las diferencias de sexo. Los participantes asistían a un centro de tratamiento ambulatorio para alcohol y drogas en España. Los resultados mostraron que hay perfiles distintos de personalidad entre hombres y mujeres con AUD, destacándose en las mujeres una mayor

prevalencia de ciertos rasgos asociados con personalidad dependiente y ambientes emocionales más internos. Los autores concluyen que las diferencias por sexo en los rasgos de personalidad deben ser consideradas al diseñar intervenciones terapéuticas para AUD, para adaptarlas mejor a las necesidades específicas de mujeres frente a hombres (Morera-Fumero et al., 2025).

Liu et al. (2023), en su estudio “Correlation analysis of mental health conditions and personality of patients with alcohol addiction”, realizaron una investigación en China con pacientes diagnosticados de adicción al alcohol. Utilizando escalas de evaluación de condiciones de salud mental junto con pruebas de personalidad del grupo clínico, exploraron cómo distintos rasgos de personalidad se asocian con la gravedad del consumo y con comorbilidades mentales. Entre los resultados, hallaron que ciertos rasgos como la evitación del daño (avoidance of harm), la búsqueda de novedad (novelty seeking), y otros rasgos característicos, correlacionan significativamente con peores condiciones de salud mental y mayor gravedad del alcoholismo. Los autores sugieren que para mejorar los tratamientos de desintoxicación y rehabilitación se deben incluir evaluaciones de personalidad como parte del diagnóstico clínico (Liu et al., 2023).

Barba et al. (2022) desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue analizar la relación entre las características de los trastornos de personalidad y la ingesta alcohólica en jóvenes de 17 a 30 años que cursaban estudios en Institutos de Educación Superior y Universidades de Ambato, en la región central del Ecuador. El estudio, de tipo correlacional y de corte transversal, se aplicó a una muestra de 521 jóvenes, utilizando instrumentos para evaluar tanto el consumo de alcohol como las características de los trastornos de personalidad. Los resultados obtenidos señalaron que los rasgos de personalidad con mayor incidencia fueron el esquizoide y el histriónico, mientras que en menor proporción aparecieron rasgos antisociales y esquizotípicos. Asimismo, se observó que en las mujeres predominaban características impulsivas,

dependientes y ansiosas. Los jóvenes con características antisociales y narcisistas fueron los que presentaron mayor relación con consecuencias negativas del consumo de alcohol. Los autores concluyen que los datos del estudio pueden contribuir al diseño de estrategias efectivas de prevención e intervención frente a patologías duales como los trastornos de personalidad y el consumo problemático de alcohol (Barba et al., 2022).

A nivel nacional, se identificó que, Tintaya et al. (2024) desarrollaron una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre el funcionamiento familiar y el consumo de alcohol en padres de familia con hijos adolescentes en un asentamiento humano del Cono Norte de Lima. La muestra estuvo conformada por 123 padres de familia con hijos adolescentes. Se utilizó un diseño no experimental, de corte transversal y alcance descriptivo-correlacional. Los resultados indicaron que un funcionamiento familiar disfuncional se asocia con un mayor consumo de alcohol en los padres, lo que a su vez influye en el comportamiento de consumo de alcohol de los hijos adolescentes. Los autores concluyen que es fundamental intervenir en el funcionamiento familiar como parte de las estrategias de prevención y tratamiento del consumo de alcohol (Tintaya et al., 2024).

Surco Arcondo (2024) desarrolló una investigación cuyo objetivo fue determinar la asociación entre el consumo de alcohol y la violencia hacia las mujeres que acudieron a una entidad judicial en la provincia del Cusco en 2023. La muestra estuvo conformada por 81 mujeres víctimas de violencia y 81 mujeres de control que no sufrieron violencia. Se emplearon el Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), la Escala de Evaluación del Tipo y Fase de la Violencia de Género (EETFVG) y el módulo de uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas de la Encuesta sobre Drogas en Hogares del Sistema Interamericano de Datos Uniformes de la CICAD – SIDUC. Los resultados indicaron que las mujeres víctimas de violencia presentaron un consumo de alcohol significativamente mayor en comparación con el

grupo de control, lo que sugiere una asociación entre el consumo de alcohol y la violencia hacia las mujeres. Los autores concluyen que es necesario implementar estrategias de prevención y tratamiento que aborden tanto el consumo de alcohol como la violencia de género (Surco & Salazar, 2023).

Sime (2022) desarrolló una investigación cuyo objetivo fue determinar la implicancia del trastorno por consumo de alcohol y la depresión en la población peruana mayor de 14 años, basada en la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2019. La muestra estuvo conformada por datos representativos a nivel nacional. Se emplearon técnicas estadísticas para analizar la relación entre el consumo de alcohol y la depresión. Los resultados indicaron que el consumo problemático de alcohol está asociado a una mayor prevalencia de depresión en la población peruana, siendo este vínculo más pronunciado en mujeres. Los autores concluyen que es fundamental implementar políticas públicas que aborden de manera integral el consumo de alcohol y la salud mental, con un enfoque particular en las mujeres (Sime, 2022).

Catacora y Villalta (2021) establecieron la relación entre la personalidad del adolescente y el consumo de alcohol en colegios públicas de Tiabaya. La muestra estuvo conformada por 120 estudiantes de secundaria, con edades comprendidas entre 13 y 18 años. Se utilizaron el Inventario de Personalidad para Jóvenes (M.A.P.I) y el Cuestionario AUDIT. Los resultados indicaron que los adolescentes con personalidad introvertida, inhibida y violenta presentaron un consumo de alcohol problemático con un nivel de riesgo y dependencia. Además, se encontró que las adolescentes mujeres presentaron en mayor porcentaje un consumo de alcohol problemático con un nivel de riesgo y dependencia. Los autores concluyen que la personalidad influye en el consumo de alcohol en adolescentes, lo que resalta la importancia de intervenciones tempranas (Catacora & Villalta, 2021).

Serna (2024) desarrolló un estudio de caso único en una mujer de 31 años consumidora de alcohol que acudió a un centro de salud mental comunitario. El objetivo fue la deshabituación de las conductas adictivas relacionadas con el consumo compulsivo de alcohol, a través del fortalecimiento de áreas de personalidad, familiares y socioemocionales. Los hallazgos mostraron que la paciente presentaba patrones clínicos de personalidad evitativa, patología severa de personalidad esquizotípica y síndrome clínico de dependencia de drogas, además de vínculos familiares débiles y manifestaciones socioemocionales de ansiedad, frustración, tristeza y soledad. Se concluyó que la paciente requería un abordaje integral que atendiera sus múltiples áreas problemáticas, y que las técnicas aplicadas, bajo el modelo cognitivo conductual, produjeron un impacto favorable en la deshabituación del consumo de alcohol (Serna, 2024).

Del Campo et al., (2023) desarrollaron un ensayo con el objetivo de describir el consumo de alcohol en féminas jóvenes del norte del Perú, adentrándose en las repercusiones y desafíos, psicosociales y físicos. Trabajaron con una muestra de jóvenes adscritas a contextos comunitarios y educativos, empleando revisiones de bibliografía y comparación con investigaciones locales previas. Lograron identificar factores sociales como estigmatización, contradictorias demandas de género, y expectativas sociales que influencias en el consumo. Los resultados evidenciaron que, aunque la brecha entre hombres y mujeres en el uso de alcohol está disminuyendo, las mujeres jóvenes enfrentan repercusiones mayores en su salud mental y física. Los autores concluyeron que es fundamental incorporar a los profesionales de enfermería en programas de prevención, detección temprana e intervención adaptada al género (Del Campo et al., 2023).

CAPITULO III: EVALUACIÓN

3.1 TÉCNICAS O MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Para llevar a cabo la evaluación psicológica, elemento primordial del presente estudio de caso, se recurrió a las siguientes técnicas:

Observación conductual: entendida como la descripción objetiva de las características físicas y de las conductas manifiestas de la usuaria desde la primera sesión.

Entrevista individual: utilizada para obtener información sustancial acerca de la usuaria evaluada y de los factores que afectan su bienestar, realizada de manera directa y presencial entre el profesional y la entrevistada.

3.2 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Para llevar a cabo la evaluación psicológica, eje central del presente estudio de caso, se utilizaron cuatro instrumentos de medición, que son parte del protocolo de evaluación de la institución, fundamentados en las presunciones diagnósticas surgidas durante la entrevista clínica inicial:

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II, desarrollado por Theodore Millon, fue presentado originalmente en 1987 y adaptado al castellano durante 2002. Esta herramienta facilita el análisis de características de personalidad para orientar decisiones terapéuticas en individuos con alteraciones de personalidad y problemáticas afectivas e interpersonales. Puede administrarse tanto de forma individual como grupal, está dirigido a personas mayores de 18 años y requiere entre 30 y 40 minutos para su ejecución. Comprende 175 reactivos con opciones de respuesta dicotómicas (Verdadero/Falso), con un período de administración relativamente corto (entre 15 y 25 minutos). Las distintas dimensiones de la personalidad disfuncional se

organizan en 26 escalas: 4 escalas de control de validez; 10 escalas fundamentales de personalidad; 3 escalas de patología severa de personalidad; 6 síndromes clínicos de intensidad moderada; y 3 síndromes clínicos de intensidad severa. Su empleo está destinado al ámbito clínico. La adaptación peruana fue realizada por Solís durante 2007, obteniendo respecto a la validez un coeficiente muy elevado de .92, mientras que en términos de fiabilidad alcanzó .80, evidenciando que la consistencia del instrumento resulta apropiada para las escalas clínicas (Solís, 2007).

El Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), elaborado por la Organización Mundial de la Salud en 1989, posteriormente validado en castellano en 1992. Este cuestionario permite identificar patrones de consumo riesgoso y perjudicial de alcohol, así como posible dependencia. Su administración es individual o colectiva, aplicable desde los 18 años, con duración aproximada de 5 a 10 minutos. Consta de 10 preguntas con opciones de respuesta en escala Likert de 0 a 4 puntos, evaluando tres dominios: consumo de riesgo de alcohol, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol. La validación latinoamericana ha demostrado sensibilidad entre 80% y 90%, y especificidad entre 85% y 95%, estableciéndose como herramienta de tamizaje internacional de primera elección para problemas relacionados con alcohol (Babor et al., 2001)

El Test del Dibujo de la Familia (DF), creado por Louis Corman durante 1961, constituye una técnica proyectiva que posibilita explorar los vínculos entre el evaluado y los distintos integrantes del núcleo familiar. Se administra de manera individual, es aplicable desde los 6 años, con duración estimada de 30 minutos. Mediante el grafismo y las características del trazo se exploran conflictos, patrones comunicacionales, vínculos relacionales y aspectos afectivos. La adaptación para América Latina fue desarrollada en México durante 2007 por Esquivel

Ancona, desde entonces ha sido incorporado en múltiples países hispanohablantes para el análisis de la dinámica familiar en personas de distintas edades (Esquivel, 2007).

La Escala de Funcionamiento Familiar Modificado (EFFAMO), instrumento diseñado para valorar la percepción del funcionamiento familiar desde la perspectiva de sus miembros. Esta escala explora dimensiones como cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Su administración es individual, aplicable en adolescentes y adultos, con duración de 10 a 15 minutos aproximadamente. Comprende 14 ítems con alternativas de respuesta en escala tipo Likert, clasificando el funcionamiento familiar en categorías de funcional, moderadamente funcional, disfuncional y severamente disfuncional. Ha sido empleada extensamente en contextos clínicos y de investigación en población latinoamericana, mostrando propiedades psicométricas adecuadas para el contexto cultural hispanohablante (Reyes & Soldevilla, 2024).

3.3 PROCEDIMIENTO DE LA EVALUACIÓN

Cada uno de los procedimientos desarrollado en la institución, están establecidos en La Norma Técnica de Salud de Centros de Salud Mental Comunitarios (NTS N° 138-MINSA/2017/DGIESP) del Ministerio de Salud de Perú. Como parte de tal protocolo, la usuaria fue evaluada en un primer momento por el personal de enfermería del centro de salud mental comunitario y, tras este primer contacto, fue referida al servicio de psiquiatría para la realización de un diagnóstico diferencial.

Posteriormente, recibió atención por parte del médico psiquiatra, quien estableció el diagnóstico diferencial correspondiente, definió los lineamientos del tratamiento inicial y elaboró un plan preliminar de intervención. A continuación, la paciente fue derivada al área de psicología para complementar su abordaje terapéutico.

En primera consulta de psicología, se desarrolló la historia clínica y se efectuó un registro de las observaciones conductuales, precisando los aspectos más importantes a considerar para el plan de abordaje. Desde la sesión inicial, se apertura la intervención psicoterapéutica, conforme al protocolo propio del centro. En la siguiente sesión, se aplicaron los instrumentos descritos en el apartado 3.2, extrayéndose los resultados respectivos.

Cabe precisar que este procedimiento de evaluación responde al protocolo establecido en la normativa técnica de los Centros de Salud Mental Comunitarios, planteada por el Ministerio de Salud.

3.4 PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA DEL PROBLEMA

Tras la valoración psiquiátrica se determinó el diagnóstico F10.2 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, síndrome de dependencia.

Respecto a los diagnósticos diferenciales, es preciso señalar que, por protocolo de los centros de salud mental comunitario, no se contempla la elaboración de diagnósticos diferenciales en el proceso de evaluación clínica. Existe un único diagnóstico precisado por el médico psiquiatra, y es sobre la base de dicho diagnóstico que se estructura el programa de abordaje psicológico. En el presente caso, el diagnóstico psiquiátrico establecido constituyó el eje organizador del plan de intervención cognitivo-conductual implementado.

3.5 RESULTADOS OBTENIDOS DE CADA INSTRUMENTO

Tras las hipótesis formuladas durante la entrevista inicial, se desarrolló la evaluación en la segunda y tercera sesión, siendo valoradas cuatro áreas principales: área de personalidad, consumo de alcohol, área familiar y área de funcionamiento familiar. Para dicha evaluación se emplearon instrumentos con suficiente validez científica.

Respecto al área de personalidad, la herramienta evaluativa usada fue el Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II, los hallazgos evidenciaron:

Personalidad Dependiente (Patrones Clínicos), ello causa la exigencia de ser resguardada y sentir protección de otras personas, expresando miedo a ser abandonada y dificultándose la toma de decisiones sin no existe soporte mantenido. La paciente explora vínculos de pareja que faciliten la delegación de responsabilidades personales, expresándose sumisa ante figuras autoritarias con el fin de prevenir desaprobación ser rechazada. Esa dependencia afectiva se evidencia especialmente en sus interacciones de pareja y con personas de su grupo allegado que convergen en conductas de consumo.

A esto se suma, presentación de rasgos Autodestructivos, que se caracterizan por conductas de sabotaje de bienestar y logros propios. Existe la tendencia a inmiscuirse en contextos que le generarán dolor o negativas consecuencias, expresando rechazo a experiencias positivas y poniendo las necesidades de otras personas antes que las suyas. Estas conductas refuerzan un ciclo de culpa y deterioro de su autoestima, perpetuando comportamientos nocivos como el consumo excesivo de alcohol.

Patología Severa de Personalidad con rasgos Límite, lo que evidencia falta de estabilidad en las interacciones interpersonales, experiencias emocionales e imagen personal, sumado a conducta impulsiva predominante. Precisa intenso miedo a ser abandonada, oscilando entre idealizar y desvalorizar a personas allegadas. Sus estados de ánimo fluctúan rápidamente, experimentando episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran algunas horas. Estas características se vinculan directamente con sus patrones de consumo de alcohol como mecanismo de regulación emocional.

A nivel de Síndromes Clínicos, obtiene Dependencia de Alcohol, lo que indica que la paciente presenta una historia reciente y actual de abuso de alcohol, como ella misma lo señala en la entrevista inicial. Tiene dificultades significativas para controlar sus impulsos de consumo y mantener conductas socialmente adaptativas, mostrando incompetencia para manejar las consecuencias directas de tales comportamientos. Prioriza la necesidad de consumir alcohol por encima de su bienestar físico, emocional y de las personas importantes a su alrededor, incluyendo sus responsabilidades laborales y familiares. Ha realizado múltiples intentos por cesar o reducir el consumo, sin embargo, sus recursos psicológicos resultan insuficientes para lograrlo de manera sostenida, generando sentimientos de frustración y desesperanza.

A nivel del área de consumo de sustancias se empleó el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), los resultados señalaron que:

La paciente presenta un patrón de consumo de riesgo alto y dependencia alcohólica establecida, con puntuación total que supera significativamente el punto de corte para consumo perjudicial. Consume alcohol con frecuencia elevada, tanto en cantidad como en periodicidad, reportando episodios de consumo excesivo donde pierde el control sobre la cantidad ingerida.

Se identifican claros síntomas de dependencia, incluyendo dificultad para detener el consumo una vez iniciado, necesidad matutina de alcohol para funcionar, y priorización del consumo por encima de actividades cotidianas y responsabilidades. Refiere experimentar sentimientos de culpa y remordimiento posterior al consumo, reconociendo el impacto negativo en su vida personal.

El consumo perjudicial se evidencia en múltiples consecuencias adversas: ha sufrido lesiones físicas relacionadas con el alcohol, ha recibido observaciones de familiares y personas cercanas expresando preocupación por su patrón de consumo, y reconoce deterioro en sus relaciones

interpersonales, desempeño laboral y capacidad para cumplir con sus roles parentales. Estos hallazgos confirman la necesidad urgente de intervención especializada y tratamiento integral.

A nivel del área familiar se empleó el Test del Dibujo de la Familia (DF), los resultados señalaron que:

Identifica a su familia de origen como un sistema estructurado, pero con vínculos afectivos distantes. Representa a sus padres como figuras presentes físicamente, cumpliendo roles tradicionales de provisión y cuidado básico, sin embargo, no se evidencian indicadores gráficos de cercanía emocional o apego seguro con alguna figura parental específica. Esto refuerza la hipótesis de que, si bien sus padres satisficieron necesidades materiales, no se desarrollaron lazos afectivos profundos ni un sentido sólido de pertenencia familiar.

En la representación de su núcleo familiar actual, se observa la inclusión de sus hijos con trazos débiles y ubicación distante respecto a su propia figura, lo que podría reflejar sentimientos de inadecuación en su rol materno y distanciamiento emocional producto de su problemática de consumo. La ausencia o representación difusa de una figura de pareja sugiere inestabilidad en sus relaciones afectivas adultas.

Pese a lo anterior, su familia de origen constituye actualmente la red de apoyo principal, asumiendo responsabilidades en el cuidado de sus hijos menores cuando la paciente no puede hacerlo debido a su consumo de alcohol. Dicha ayuda funcional se contrapone a la frialdad emocional interpretada en la interacción familiar, contradiciendo el patrón de apoyo material sin conexión afectiva real.

Se usó la Escala de Funcionamiento Familiar Modificado (EFFAMO), para evaluar el área de similar denominación, los hallazgos precisaron que:

El funcionamiento familiar es clasificado en disfuncionalidad, existe significativo impacto varias dimensiones. La cohesión, es evidenciada a través de falta de unión familiar e inexistente soporte emocional entre los integrantes, cada elemento actúa individualizado, no hay integración al grupo. El equilibrio familiar está muy comprometido, priman segundas diferencias, problemas irresueltos y un entorno afectivo empobrecido.

La comunicación en la familia es escasa, poco profunda y frívola, se evita hablar acerca de problemas o temas sensibles, especialmente sobre el problema de consumo de alcohol de la evaluada. Dicha frivolidad en la comunicación limita la solución eficiente de conflictos y mantiene en el tiempo esquemas disfuncionales.

La afectividad (dimensión), evidencia mermada expresión afectiva, indiferencia en las relaciones y problemas para expresar afecto o soporte emocional entre quienes conforman la familia. El rol de los miembros de la familia está distorsionado, existe inversión funcional, la familia nuclear adquiere responsabilidades propias de la madre, que corresponden a la evaluada, lo que causa confusiones en los parámetros de autoridad.

Por último, la habilidad de adaptación de la familia frente eventos de estrés es limitada, se muestra rigidez funcional y escasa búsqueda de cambio, ello merma la instauración de medidas idóneas para tratar los problemas de consumo y su efecto en el sistema nuclear. El perfil disfuncional precisa tanto un factor de mantenimiento del problema y al mismo tiempo un área imperativa de intervención terapéutica.

Tabla 1*Tabla resumen de resultados por área evaluada*

Área Evaluada	Instrumento Utilizado	Resultados Principales
Personalidad	Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II)	Patrones de personalidad dependiente: Necesidad excesiva de ser cuidada, temor al abandono, dificultades para tomar decisiones. Rasgos autodestructivos: Saboteo de logros y bienestar. Patología severa de personalidad (rasgos límite): Inestabilidad en relaciones, autoimagen y afectos, impulsividad, miedo al abandono. Dependencia de alcohol: Abuso y control limitado sobre el consumo, intentos fallidos de cesar el consumo.
Consumo de Alcohol	Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)	Consumo de riesgo alto: Puntuación que supera el punto de corte para consumo perjudicial. Dependencia alcohólica establecida: Pérdida de control, consumo elevado y frecuente, dificultad para detenerse. Consecuencias negativas: Lesiones físicas, conflictos familiares, deterioro en relaciones y desempeño laboral.
Familia	Test del Dibujo de la Familia (DF)	Familia de origen: Vínculos afectivos distantes, sin apego seguro con figuras parentales. Familia actual: Distanciamiento emocional con los hijos y figura de pareja difusa. Red de apoyo: Familia de origen asume el cuidado de los hijos en ausencia de la paciente debido al consumo de alcohol, pero sin afectividad profunda.
Funcionamiento Familiar	Escala de Funcionamiento Familiar Modificado (EFFAMO)	Disfuncionalidad: Desunión familiar, ausencia de apoyo emocional, conflictos frecuentes. Cohesión: Falta de sentido de pertenencia y armonía familiar. Comunicación: Limitada, superficial, evitación de temas conflictivos como el consumo de alcohol. Afectividad: Frialedad emocional, dificultad para expresar cariño. Adaptabilidad: Rigidez ante situaciones estresantes, resistencia al cambio.

CAPITULO IV: INTERVENCIÓN

4.1 PROBLEMA DELIMITADO

Paciente mujer, de 31 años, con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol. Síndrome de dependencia, las principales áreas afectadas son: Área de personalidad, patrones dependientes con temor al abandono, rasgos autodestructivos e inestabilidad emocional con impulsividad; Área familiar, vínculos afectivos distantes en familia de origen y actual, desunión familiar, comunicación superficial y frialdad emocional; Área de funcionamiento parental, distanciamiento emocional con los hijos y delegación del cuidado parental a la familia de origen debido al consumo de alcohol; Consumo de Alcohol, deterioro en relaciones interpersonales, conflictos frecuentes y afectación en el desempeño laboral por el consumo.

4.2 OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN (GENERAL Y ESPECÍFICOS)

Objetivo general:

- ✓ Deshabituarse el patrón de consumo compulsivo de alcohol en una paciente mujer de 31 años, mediante el desarrollo de repertorios conductuales adaptativos de las áreas de personalidad, familiar y socioafectivo.

Objetivos específicos:

- ✓ Reestructurar esquemas cognitivos disfuncionales vinculados a rasgos desadaptativos y desarrollar competencias de regulación emocional, autocontrol conductual y habilidades sociales asertivas.
- ✓ Mejorar el funcionamiento familiar mediante fortalecimiento de vínculos afectivos, comunicación eficaz y reestructuración de roles disfuncionales.

- ✓ Fortalecer competencias parentales mediante el restablecimiento del rol de cuidado y la reconstrucción de vínculos emocionales con los hijos.
- ✓ Desarrollar conciencia del impacto biopsicosocial del consumo, identificar situaciones de riesgo y consolidar estrategias de prevención de recaídas para el mantenimiento de la abstinencia.

4.3 TÉCNICAS: SELECCIÓN Y SUSTENTO DE LAS TÉCNICAS EMPLEADAS

- ✓ Psicoeducación empleada como técnica inicial y transversal en el proceso terapéutico debido a que constituye un componente fundamental para el desarrollo de la conciencia de enfermedad y la comprensión de los mecanismos subyacentes al trastorno por consumo de alcohol. Adicionalmente, la psicoeducación fortalece la autoeficacia para la abstinencia, predictor robusto de resultados exitosos en el tratamiento del TUA, al proporcionar conocimientos que empoderan a la paciente como agente activo en su proceso de recuperación (Magill et al., 2023).
- ✓ Análisis funcional de la conducta, realizado por la paciente con la guía y facilitación de la terapeuta. Esta técnica se fundamenta en el modelo cognitivo-conductual y el modelo de elección reforzada, los cuales enfatizan la importancia de identificar las relaciones funcionales entre estímulos ambientales, respuestas cognitivo-conductuales y consecuencias reforzantes que mantienen el patrón de consumo. Boness et al. (2023), indica que la recaída es el resultado de interacción dinámica de aspectos situacionales (proximidad a estímulos activadores, estrés situacional, emociones negativas), aspectos cognitivos (cogniciones automáticas, puntos de vista acerca del alcohol) y aspectos conductuales (deficientes en competencias de afrontamiento). El análisis funcional logra desmembrar dichas complicadas interacciones en eslabones específicos

de conductas observables, precisando características impropias que requieren intervención.

- ✓ Reestructuración cognitiva, se usó basada en la teoría cognitivo-conductual, que plantea que las cogniciones distorsionadas y disfuncionales creencias estructuran aspectos fundamentales en la perpetuación del consumo. Magill et al. (2023), afirman que el TUA es sostenido por conductas privadas automatizadas que aceleran el consumo ("un vaso no me daña"), favorables expectativas acerca del alcohol, y convicciones no funcionales de la capacidad de control individual. Dichos patrones cognitivos median entre estímulos situacionales y conductas de consumo, elevando considerablemente la probable recaída. En la evaluada, existe relevancia particular de la técnica, a causa de esquemas disfuncionales relacionados con sus características de personalidad dependiente ("requiero el cuidado de otros"), autodestructiva ("no me corresponde bienestar") y límite (pensamiento catastrófico y dicotomizado). El registro de pensamientos automáticos externaliza procesos cognitivos automáticos; el cuestionamiento socrático facilita la evaluación de validez empírica; y la generación de cogniciones alternativas adaptativas proporciona repertorios funcionales que fortalecen la autoeficacia para la abstinencia (Magill et al., 2023).
- ✓ Sensibilización encubierta y la exposición con prevención de respuesta se fundamentan en principios de condicionamiento clásico y operante. Según Kiluk et al. (2024), el consumo de alcohol genera asociaciones condicionadas entre señales contextuales (lugares, personas, objetos) y respuestas apetitivas (craving, activación fisiológica). La sensibilización encubierta aplica contracondicionamiento mediante la asociación imaginada de señales de consumo con consecuencias aversivas, debilitando la valencia positiva de estos estímulos. La exposición con prevención de respuesta implica

contacto gradual y controlado con señales desencadenantes en ausencia de la conducta de consumo. Este procedimiento activa el proceso de extinción, mediante el cual las asociaciones condicionadas entre señales contextuales y efectos reforzantes del alcohol se debilitan progresivamente. El modelo neurobiológico (Ferrer-Pérez et al., 2024) explica que la exposición repetida sin consumo modifica circuitos de recompensa y reduce la reactividad a señales, disminuyendo la intensidad del craving. Esta técnica resulta esencial para manejar la vulnerabilidad ante estímulos ambientales que históricamente han precipitado el consumo en la paciente.

- ✓ Empleo de técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson, se fundamentan en el modelo neurobiológico, específicamente en la comprensión del papel del sistema de estrés (eje corticotropina-amígdala extendida) en el mantenimiento de la dependencia. Según Ferrer-Pérez et al. (2024), durante períodos de abstinencia o reducción del consumo se activan circuitos del estrés que generan estados de ansiedad, disforia, irritabilidad y craving. El alcohol proporciona alivio temporal de estos estados aversivos, estableciendo un proceso de reforzamiento negativo que mantiene el patrón de consumo. La relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática constituyen estrategias de regulación psicofisiológica que interrumpen la activación del sistema nervioso autónomo simpático y promueven respuestas de relajación incompatibles con estados de tensión. Desde el modelo cognitivo-conductual, estas técnicas funcionan como conductas alternativas adaptativas que permiten manejar emociones negativas sin recurrir al consumo, reduciendo la dependencia del alcohol como único mecanismo de regulación emocional (Magill et al., 2023). En esta paciente, resultan fundamentales dado el patrón de consumo orientado al alivio de estados disfóricos.

- ✓ Técnicas de auto-verbalización (autoinstrucciones), se fundamentan en la teoría del autocontrol verbal y el modelo cognitivo-conductual (CC). Esta técnica parte del principio de que el lenguaje interno regula y guía la conducta manifiesta, funcionando como mediador entre estímulos externos y respuestas conductuales. Magill et al. (2023), afirma que en contextos de riesgo elevado, las ideas disfuncionales automáticas ("es imposible resistir", "necesito un trago ahora") exacerban los eslabones conductuales rumbo al consumo. Las instrucciones individuales aportan un diálogo interno favorable que aminora dichas ideas automáticas. La técnica facilita en la paciente el desarrollo de un catálogo de indicaciones internas que: (a) favorecen el identificar pronto contextos riesgosos ("debo activar mi plan, es una situación de peligro"); (b) dirigen el implementar estrategias para afrontar ("respira hondo, usa tu técnica de relajación"); (c) fortalecen la autoeficacia ("soy capaz de manejar ello sin alcohol"); y (d) brindan indicaciones para efectuar conductas alternativas. Dicho refuerzo de la comunicación intrapsíquica es particularmente importante en una usuaria dependiente que nunca ha tenido recursos firmes para la regulación individual.
- ✓ Técnicas de autocontrol, se basan en la teoría de elección reforzada y cognitivo-conductual. Para Karger (2022), el TUA incluye un descuento temporal elevado (preferencia desmesurada por premio inmediato) y deficiencias en métodos de inhibición de la conducta. El entrenarse en control propio desarrollará competencias estructuradas para parar cadenas conductuales automáticas direccionadas al consumo, reconociendo y moldeando los primeros eslabones donde el abordaje es más efectivo. El control estimular reduce la exposición a señales desencadenantes; las estrategias de demora de gratificación permiten tolerar el malestar temporal asociado al craving reconociendo que disminuirá naturalmente; y el ensayo conductual mediante role-

playing proporciona práctica segura de alternativas adaptativas. Según Kiluk et al. (2024), estas técnicas fortalecen el control ejecutivo sobre conductas impulsivas. En esta paciente, cuyos rasgos límite incluyen impulsividad marcada, el entrenamiento en autocontrol resulta fundamental para desarrollar capacidad de regulación conductual que compense vulnerabilidades neurobiológicas y de personalidad.

- ✓ Técnicas operantes, se fundamentan en principios de condicionamiento operante y el modelo de elección reforzada. Según Karger (2022), la conducta se mantiene o extingue en función de sus consecuencias: el reforzamiento aumenta la probabilidad de recurrencia, mientras que la ausencia de reforzamiento o el castigo la disminuyen. En el TUA, el consumo se mantiene por reforzamiento positivo (efectos placenteros) y negativo (alivio de malestar), mientras que las conductas de abstinencia frecuentemente carecen de reforzamiento inmediato suficiente. El programa de autorreforzamiento establece contingencias deliberadas donde logros graduales (días de abstinencia, implementación exitosa de estrategias) se asocian con recompensas tangibles o simbólicas autoaplicadas. El reforzamiento familiar y social contingente moviliza el entorno para proporcionar reconocimiento, apoyo y consecuencias positivas ante conductas de abstinencia. Estas técnicas compensan el déficit dopaminérgico descrito en el modelo neurobiológico (Ferrer-Pérez et al., 2024), proporcionando fuentes alternativas de recompensa que compiten con el valor reforzante del alcohol y fortalecen la motivación para el cambio conductual sostenido.
- ✓ Entrenamiento en habilidades sociales mediante role-playing, se fundamenta en el modelo cognitivo-conductual, que identifica los déficits en competencias interpersonales como factor de vulnerabilidad para el consumo. Según Magill et al. (2023), las personas con TUA frecuentemente carecen de habilidades efectivas para:

rechazar presiones sociales al consumo, expresar necesidades y límites asertivamente, manejar conflictos interpersonales, y establecer relaciones saludables. Estas deficiencias elevan el riesgo de consumo en ambientes sociales riesgosos y merman la posibilidad de acceder a redes de apoyo que protejan. El juego de roles brinda un contexto resguardado donde entrenar y pulir dichas competencias simulando vivencias reales, retroalimentación correctiva y modelado. En esta usuaria, cuyos rasgos de personalidad dependiente precisan problemas para ser autónoma y asertiva, la práctica es decisiva. La técnica genera competencias para expresar límites ("no quiero, gracias"), hablar de lo que necesita sin dependencia elevada, y el manejo de conflicto sin evitarlos. Esas competencias aminoran disfuncionalidades relacionales y empoderan el adaptativo funcionamiento interpersonal (Kiluk et al., 2024).

- ✓ La solución de problemas estructurada, tiene fundamento en el mismo modelos de anteriores técnicas CC y el reconocimiento de que las deficiencias en competencias de afrontamiento generan factores que aceleran la recaída. Para Boness et al. (2023), frente a circunstancias vitales de estrés (conflictos interpersonales, problemas en el trabajo o con la familia), los sujetos con TUA seguido concurren al consumo a manera de afrontar, lo que evidencia la inexistencia de mecanismos eficientes para la resolución adaptativa de conflictos. La técnica brinda un algoritmo bien estructurado que abarca: precisión del problema, brindar alternativas de solución, evaluar los posibles efectos de cada alternativa, selección e instauración de la mejor opción, y permite evaluar los resultados. Dicho proceso ordenado evita deficiencias cognitivas y ejecutivas asociadas al consumo patológico, aminorando la perspectiva de falta de control frente a dificultades, y consolida la eficacia propia al comprobar capacidad para manejo de obstáculos sin alcohol. En la usuaria, la técnica es fundamental debido a sus rasgos

dependientes, que agregan deficiencias considerables para tomar de manera autónoma decisiones (Kiluk et al., 2024).

- ✓ Plan de prevención de recaídas se basa en el modelo CC de recaída, que teoriza esta no como situaciones aleatorias sino como productos predecibles de interacciones de factores de riesgo que se pueden identificar. Según Magill et al. (2023), el reconocimiento prospectivo de eventos personalizadas de riesgo elevado (estados afectivos específicos, horas del día) permite el desarrollo de estrategias específicas para prevenir previa ocurrencia. El plan plasmado en papel es efectivo como recurso tangible y accesible en momentos de crisis. Las técnicas de emergencia (listado de contactos, distractores, autoinstrucciones de afrontamiento) brindan opciones instantáneas cuando el peligro de consumo es inexorable. El reencuadre cognitivo de deslices como oportunidades de aprendizaje, en lugar de fracasos absolutos, previene el "efecto de violación de la abstinencia" donde un consumo aislado se interpreta catastróficamente, precipitando recaída completa. Este componente resulta crucial en una paciente con pensamiento dicotómico característico de rasgos límite. El plan personalizado integra todos los aprendizajes terapéuticos en un formato funcional para el mantenimiento a largo plazo (Kiluk et al., 2024).

4.4 EJECUCIÓN: DESCRIPCIÓN DEL PLAN DE INTERVENCIÓN

Tabla 2

Tabla resumen de sesiones

Sesión	Objetivo	Indicador de Logro	Técnicas Empleadas
Sesión N° 01	Desarrollar conciencia sobre la cadena funcional del consumo de alcohol y su impacto biopsicosocial.	La paciente identifica las consecuencias físicas, emocionales y familiares de su consumo, describiendo al menos tres efectos en cada área al finalizar la segunda sesión.	Psicoeducación sobre neurobiología de la dependencia; análisis funcional inicial de la conducta; registro de episodios de consumo.
Sesión N° 02	Identificar estímulos discriminativos, señales contextuales y situaciones de alto riesgo activadoras de consumo.	La paciente reconoce estímulos ambientales, emocionales y sociales que preceden al consumo, enumerando un mínimo de cinco desencadenantes específicos durante la tercera sesión.	Análisis funcional detallado; línea base de estímulos activadores; registro situacional; selección de red de apoyo.
Sesión N° 03	Reestructurar esquemas cognitivos disfuncionales vinculados al consumo y a rasgos de personalidad desadaptativos.	La paciente identifica pensamientos automáticos relacionados con el deseo de consumo y formula al menos tres cogniciones alternativas adaptativas por sesión a partir de la cuarta sesión.	Reestructuración cognitiva; cuestionamiento socrático; autorregistro de pensamientos automáticos.
Sesión N° 04	Habituar la práctica de técnicas de regulación emocional para manejo de ansiedad, disforia, ira y craving.	La paciente ejecuta correctamente las técnicas de relajación y respiración en el 80% de los ensayos en sesión ante evocaciones de situaciones de riesgo al término de la quinta sesión.	Relajación muscular progresiva de Jacobson; respiración diafragmática; autoinstrucciones positivas.
Sesión N° 05	Entrenar técnicas de autocontrol conductual para interrupción de cadenas de consumo	La paciente aplica estrategias de control estimular y demora de gratificación en al menos cuatro de cinco impulsos de consumo simulados	Técnicas de autocontrol; control estimular; dramatización mediante juego de roles; ensayo de alternativas conductuales.

	y manejo de impulsos.	durante las sesiones seis y siete.	
Sesión N° 06	Fortalecer competencias de comunicación eficaz, asertividad y habilidades sociales para rechazo de presiones.	La paciente emplea respuestas asertivas exitosas en el 70% de las dramatizaciones de oferta de alcohol o conflicto interpersonal a partir de la sexta sesión.	Entrenamiento en habilidades sociales; role-playing; técnicas de comunicación eficaz y asertividad.
Sesión N° 07	Reforzar la práctica de técnicas de regulación emocional y autocontrol en situaciones simuladas de alto riesgo.	La paciente demuestra dominio de las técnicas aprendidas (relajación, autoinstrucciones y autocontrol) respondiendo adecuadamente en tres de cuatro situaciones evocadoras presentadas en la octava sesión.	Exposición con prevención de respuesta; sensibilización encubierta; auto verbalización; relajación guiada.
Sesión N° 08	Mejorar el funcionamiento familiar mediante reestructuración de roles parentales y fortalecimiento de vínculos afectivos.	La paciente expresa el impacto del consumo en su familia y elabora un documento escrito con al menos tres compromisos específicos de reparación al finalizar la novena sesión.	Carta a la familia; dramatización de interacciones familiares; psicoeducación familiar; técnicas operantes de refuerzo social.
Sesión N° 09	Desarrollar plan personalizado de prevención de recaídas y estrategias de emergencia para mantenimiento de la abstinencia.	La paciente formula un plan escrito de afrontamiento que incluye un mínimo de cinco señales de riesgo identificadas y tres estrategias de emergencia específicas para cada una al término de la décima sesión.	Técnicas de emergencia; solución estructurada de problemas; reencuadre cognitivo de deslices; refuerzo positivo.
Sesión N° 10	Consolidar aprendizajes, reforzar conductas de abstinencia y planificar mantenimiento a largo plazo.	La paciente verbaliza los aprendizajes logrados, demuestra dominio de al menos cuatro técnicas en ensayos prácticos, y firma un compromiso de seguimiento mensual en la sesión final.	Revisión integrativa; programa de autorreforzamiento; refuerzo familiar; cierre terapéutico y evaluación final.

Tabla 3*Sesión 01*

Técnica	Psicoeducación sobre la neurobiología de la dependencia alcohólica y el modelo cognitivo-conductual del TUA; identificación de esquemas disfuncionales, distorsiones cognitivas y consecuencias biopsicosociales del consumo.
Objetivo	Desarrollar conciencia sobre la cadena funcional del consumo de alcohol y su impacto biopsicosocial.
Duración	45 minutos.
Descripción	Durante esta primera sesión se busca que la paciente logre una comprensión profunda de los efectos del consumo de alcohol en su salud física, emocional, social y familiar, favoreciendo la toma de conciencia de las pérdidas asociadas al uso compulsivo. Se inicia con una psicoeducación estructurada sobre el modelo cognitivo-conductual de los trastornos por uso de alcohol (TUA), explicando la relación entre pensamientos, emociones y conductas. Se emplearon materiales visuales (ejemplos de cadena funcional: estímulo, pensamiento, emoción, conducta, consecuencia) para favorecer la comprensión. Posteriormente, se guía a la paciente en la identificación de esquemas cognitivos distorsionados, tales como la minimización del daño, la negación o la racionalización del consumo, promoviendo su contraste con evidencias personales. Se enfatizó el reconocimiento de los factores psicológicos y biológicos implicados en la dependencia (reforzador positivo y negativo, craving, tolerancia y el síndrome de abstinencia). Para el hogar, se dejó como tarea registrar durante toda la semana situaciones cotidianas en las que surjan pensamientos o emociones que activen el deseo de consumir alcohol, acompañadas de la descripción de las posibles consecuencias. La información será revisada al inicio de la siguiente sesión para continuar con el análisis funcional del consumo y la identificación de estímulos activadores.

Tabla 4

Técnica	Análisis funcional detallado de la conducta; registro situacional; línea base de estímulos activadores; selección de red de apoyo.
Objetivo	Identificar estímulos discriminativos, señales contextuales y situaciones de alto riesgo activadoras de consumo.
Duración	45 minutos.
Descripción	Durante esta segunda sesión se busca que la paciente identifique los estímulos discriminativos, señales contextuales y situaciones de alto riesgo que preceden al consumo de alcohol. En el inicio, se revisa el registro conductual elaborado como tarea anterior, analizando las circunstancias y estados emocionales que acompañaron los episodios de consumo o deseo de beber. En el desarrollo, se realiza un análisis funcional detallado de las conductas, utilizando el formato ABC (antecedente–conducta–consecuencia), con especial énfasis en la identificación de estímulos internos (emociones, pensamientos) y externos (lugares, personas, horarios) que actúan como activadores del craving. Se emplean ejemplos prácticos y dramatizaciones breves para reconocer cómo opera la cadena funcional en el contexto cotidiano. En el cierre, se discuten estrategias iniciales para el control estímular, promoviendo la delimitación de zonas y personas de riesgo. Como tarea, se solicita continuar el registro diario de situaciones de riesgo y describir las emociones asociadas para su análisis en la próxima sesión.

Sesión 02

Tabla 5*Sesión 03*

Técnica	Reestructuración cognitiva; cuestionamiento socrático; autorregistro de pensamientos automáticos.
Objetivo	Reestructurar esquemas cognitivos disfuncionales vinculados al consumo y a rasgos de personalidad desadaptativos.
Duración	45 minutos.
Descripción	En esta tercera sesión, el objetivo es identificar y modificar los pensamientos automáticos y creencias nucleares vinculados al consumo. En el inicio, se revisan los registros de situaciones de riesgo, observando la relación entre pensamiento y respuesta emocional. La paciente identifica frases internas frecuentes, como “solo un trago no me hará daño” o “no puedo relajarme sin alcohol”. En el desarrollo, se introduce formalmente la técnica de reestructuración cognitiva. Mediante el cuestionamiento socrático, se examinan las evidencias a favor y en contra de esas creencias, promoviendo la formulación de pensamientos alternativos más realistas (“puedo relajarme con respiración o música sin necesidad de beber”). Se utilizan tarjetas recordatorias con frases adaptativas para fortalecer el cambio cognitivo. En el cierre, se refuerza el logro de insight cognitivo y se valida el esfuerzo por modificar patrones arraigados. Como tarea, se solicita continuar el autorregistro de pensamientos automáticos y practicar diariamente la sustitución cognitiva, anotando los cambios emocionales experimentados.

Tabla 6*Sesión 04*

Técnica	Relajación muscular progresiva de Jacobson, respiración diafragmática, autoinstrucciones positivas.
Objetivo	Habituar la práctica de técnicas de regulación emocional para manejo de ansiedad, disforia, ira y craving.
Duración	45 minutos.
Descripción	Esta sesión se centra en la regulación emocional ante el craving y la ansiedad. En el inicio, la paciente comparte las dificultades para aplicar la sustitución cognitiva en momentos de alta tensión. Se la guía en reconocer cómo las emociones intensas pueden precipitar recaídas. En el desarrollo, se enseñan técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson y respiración diafragmática, con práctica supervisada en sesión. Se enfatiza la conciencia corporal y la respiración lenta como estrategias para modular la activación fisiológica. Además, se incorporan autoinstrucciones positivas (“puedo manejar este impulso, no necesito beber”) y visualizaciones breves para reforzar el autocontrol. Durante el cierre, la paciente describe una sensación de alivio físico tras la práctica y se establece la importancia de la constancia. Como tarea, practicará las técnicas de relajación dos veces al día y registrará las situaciones en las que las empleó para manejar emociones negativas o deseos de beber.

Tabla 7*Sesión 05*

Técnica	Técnicas de autocontrol; control estimular; dramatización mediante juego de roles; ensayo de alternativas conductuales.
Objetivo	Entrenar técnicas de autocontrol conductual para interrupción de cadenas de consumo y manejo de impulsos.
Duración	45 minutos.
Descripción	En esta quinta sesión se busca fortalecer el autocontrol conductual ante impulsos de consumo. En el inicio, se revisan los registros de práctica de relajación, destacando los momentos en los que logró manejar el craving sin recurrir al alcohol. En el desarrollo, se introducen estrategias de control estimular, tales como evitar lugares y personas asociadas al consumo, y la demora de gratificación, mediante ejercicios de tolerancia al impulso. Se realizan dramatizaciones con juego de roles, simulando ofertas de bebida o conflictos que podrían actuar como disparadores. Se refuerzan respuestas adaptativas y el uso de autoinstrucciones en tiempo real. En el final de la sesión, se reconocen los progresos alcanzados en cuanto al manejo de impulsos y se fortalece la autoconfianza. Se dejó como tarea aplicar las estrategias de autocontrol en situaciones reales y registrar dicha experiencia.

Tabla 8*Sesión 06*

Técnica	Entrenamiento en habilidades sociales; role-playing; técnicas de comunicación eficaz y asertividad.
Objetivo	Fortalecer competencias de comunicación eficaz, asertividad y habilidades sociales para rechazo de presiones.
Duración	45 minutos.
Descripción	El propósito de esta sesión es fortalecer las habilidades sociales y la comunicación asertiva para enfrentar presiones sociales al consumo. En el inicio, se analizan experiencias recientes donde la paciente se sintió presionada a beber o a justificar su abstinencia. En el desarrollo, se trabaja con role-playing, ensayando respuestas asertivas, manejo del tono de voz, contacto visual y lenguaje corporal firme. Se diferencian los estilos pasivo, agresivo y asertivo mediante ejemplos concretos. Se complementa con psicoeducación breve sobre límites interpersonales. En el cierre, se reflexiona sobre la importancia de la autenticidad en la comunicación y la autoafirmación como forma de cuidado personal. Como tarea, la paciente practicará respuestas asertivas ante situaciones cotidianas de presión, registrando el contexto, su respuesta y la reacción de los demás.

Tabla 9*Sesión 07*

Técnica	Exposición con prevención de respuesta; sensibilización encubierta; auto verbalización; relajación guiada.
Objetivo	Reforzar la práctica de técnicas de regulación emocional y autocontrol en situaciones simuladas de alto riesgo.
Duración	45 minutos.
Descripción	En esta sesión se busca integrar y reforzar las técnicas aprendidas de regulación emocional y autocontrol en contextos simulados de alto riesgo. En el inicio, la paciente comenta los resultados de las prácticas asertivas, identificando los logros y las dificultades. Durante el desarrollo, se realizan ejercicios de exposición con prevención de respuesta, en los que se evocan imaginariamente escenarios de consumo (fiestas, discusiones, estrés laboral). Se guía el uso simultáneo de técnicas de relajación, autoinstrucciones y reestructuración cognitiva. El objetivo es fortalecer la autorregulación frente al craving. En el cierre, la paciente expresa haber sentido tensión inicial pero control emocional progresivo, valorando el dominio alcanzado. Como tarea, se sugiere practicar visualizaciones guiadas de afrontamiento.

Tabla 10*Sesión 08*

Técnica	Carta a la familia; dramatización de interacciones familiares; psicoeducación familiar; técnicas operantes de refuerzo social.
Objetivo	Mejorar el funcionamiento familiar mediante reestructuración de roles parentales y fortalecimiento de vínculos afectivos.
Duración	45 minutos.
Descripción	Esta sesión se orienta al fortalecimiento del funcionamiento familiar y la reparación vincular. En el inicio, se dialoga sobre la percepción de la paciente respecto al impacto de su consumo en su entorno familiar, identificando sentimientos de culpa o distanciamiento. En el desarrollo, se emplea la técnica de la “carta a la familia”, donde redacta un mensaje expresando reconocimiento, perdón y compromisos de cambio. Se dramatizan interacciones familiares para ensayar respuestas empáticas y mejorar la comunicación emocional. Se introducen pautas de refuerzo positivo familiar para consolidar nuevas dinámicas de apoyo. Durante el cierre, la paciente lee fragmentos de su carta, evidenciando un proceso de reconciliación emocional. Como tarea, se le solicita compartir la carta con un familiar significativo y anotar las reacciones y emociones que esto suscite.

Tabla 11*Sesión 09*

Técnica	Técnicas de emergencia; solución estructurada de problemas; reencuadre cognitivo de deslices; refuerzo positivo.
Objetivo	Desarrollar plan personalizado de prevención de recaídas y estrategias de emergencia para mantenimiento de la abstinencia.
Duración	45 minutos.
Descripción	El objetivo de esta sesión es diseñar un plan personalizado de prevención de recaídas. En el inicio, se revisan los avances personales y familiares, destacando las estrategias que resultaron más efectivas para mantener la abstinencia. En el desarrollo, se elabora un plan de afrontamiento ante señales de riesgo, incluyendo estrategias de emergencia, contactos de apoyo y actividades alternativas. Se aplican técnicas de solución estructurada de problemas y reencuadre cognitivo de los posibles deslices, diferenciando entre “error” y “fracaso”. En el cierre, la paciente expresa mayor seguridad y compromiso con su recuperación. Como tarea, se le pide mantener visible su plan de prevención en casa y practicarlo en situaciones controladas.

Tabla 12*Sesión 10*

Técnica	Revisión integrativa; programa de autorreforzamiento; refuerzo familiar; cierre terapéutico y evaluación final.
Objetivo	Consolidar aprendizajes, reforzar conductas de abstinencia y planificar mantenimiento a largo plazo.
Duración	45 minutos.
Descripción	Esta sesión de cierre tiene como fin consolidar los aprendizajes logrados y planificar el mantenimiento a largo plazo. En el inicio, se realiza una revisión global del proceso terapéutico, comparando los avances respecto al punto de partida. Durante el desarrollo, se lleva a cabo una revisión integrativa de todas las técnicas aprendidas (reestructuración cognitiva, relajación, autocontrol, asertividad) y se refuerza su aplicación autónoma. Se implementa un programa de autorreforzamiento con metas mensuales y se incorpora a la familia en la validación de logros. En el cierre, se realiza una breve ceremonia de reconocimiento personal, donde la paciente verbaliza sus aprendizajes, gratitud y compromiso con el seguimiento posterior. Como tarea final, se propone continuar con un diario de mantenimiento, registrando emociones, logros y estrategias de afrontamiento semanales.

4.5 INDICADOR(ES) DE LOGRO

En el desarrollo de la sesión inicial, la usuaria alcanza reconocer lo complejo del conflicto que se asocia al consumo de alcohol, entendiendo el impacto en las áreas física, emocional y familiar. Proyecta consciencia de las desfavorables repercusiones derivadas del frecuente uso, logra identificar momentos, ideas y afectos que constituyen la cadena funcional de su conducta adictiva. Se visualiza actitud favorable al cambio e iniciativa para indagar la interacción entre su consumo y la pérdida desmesurada de elementos en su vida diaria. Cabe indicar que la paciente discontinuó el consumo de alcohol antes de su ingreso al centro de salud mental comunitario, previo al inicio formal de las sesiones psicológicas. Logro: 100%, reconocimiento plenamente del impacto biopsicosocial del consumo y la cadena funcional de su conducta adictiva.

En la segunda sesión, la paciente identifica con mayor claridad los estímulos internos y externos que precipitan la activación del craving. Reconoce patrones contextuales de riesgo, como reuniones sociales, discusiones familiares o estados de ansiedad, y empieza a diferenciar entre detonantes ambientales y emocionales. A partir de esta sesión se inicia el Registro de Frecuencia de Craving e Impulsos de Consumo como línea base conductual; el registro evidencia activación del craving en 7 de 7 días de la semana, con presencia predominante entre las 18:00 y 20:00 horas, coincidiendo con el regreso al hogar y la preparación de la cena, e intensidad media de 8/10 en la escala subjetiva de unidades de malestar (SUDS). No se registran episodios de consumo efectivo, dado que la abstinencia se inició al comenzar el tratamiento. Logro: 100%, identifica con claridad múltiples estímulos internos y externos, diferenciando patrones contextuales de riesgo.

Durante la tercera sesión, se observa la capacidad de la paciente para detectar pensamientos automáticos y creencias distorsionadas vinculadas al alcohol, tales como la minimización del

daño o la falsa percepción de control. Muestra comprensión del modelo cognitivo y logra formular cogniciones alternativas más funcionales, aplicando la técnica de reestructuración cognitiva para transformar pensamientos irracionales en juicios más equilibrados. El Registro de Pensamientos Automáticos evidencia entre 4 y 6 entradas diarias al inicio de la semana, con reducción progresiva al incorporar la técnica de sustitución cognitiva. Logro: 100%, detecta pensamientos automáticos y creencias distorsionadas, formulando cogniciones alternativas más funcionales mediante reestructuración cognitiva.

En la cuarta sesión, la paciente evidencia avances significativos en el manejo emocional. Es capaz de identificar los estados afectivos que anteceden a la activación del craving y aplica técnicas de regulación emocional, especialmente la relajación muscular progresiva y la respiración diafragmática. Manifiesta sensación de calma y control tras los ejercicios, y reporta haber empleado dichas estrategias fuera del contexto terapéutico. El Registro de Práctica de Técnicas de Relajación confirma una frecuencia de práctica de 2 veces al día en 6 de 7 días de la semana, con reducción de la intensidad media del craving de 8/10 a 5/10 en el período inter-sesión. Logro: 85%, aplica eficazmente técnicas de regulación emocional en sesión y las generaliza fuera del contexto terapéutico.

La quinta sesión muestra un progreso en la capacidad de autocontrol conductual. La paciente logra reconocer los momentos críticos donde el impulso de consumo aparece y pone en práctica estrategias de control estimular y demora de gratificación. En simulaciones clínicas, demuestra habilidad para detener la cadena conductual antes de llegar a la conducta de consumo, sustituyéndola por alternativas adaptativas. El Registro de Autocontrol registra en la semana previa 5 episodios de activación del craving, todos manejados mediante estrategias alternativas sin consumo, con intensidad media de craving de 4/10. Logro: 80%, demuestra habilidad para

interrumpir cadenas conductuales y sustituirlas por alternativas adaptativas, evidenciando consolidación del autocontrol.

Durante la sexta sesión, se evidencia un fortalecimiento de las habilidades sociales y la comunicación asertiva. La paciente se muestra más segura al expresar sus necesidades y límites, responde adecuadamente ante presiones sociales vinculadas al consumo y utiliza estrategias verbales y no verbales coherentes con un estilo asertivo. El Registro de Situaciones de Presión Social evidencia en la semana previa 4 situaciones de presión para consumir, con respuesta asertiva exitosa en 3 de ellas (75%), sin episodios de consumo. Logro: 75%, fortalece habilidades sociales y comunicación asertiva, respondiendo adecuadamente ante presiones sociales.

En la séptima sesión, la paciente demuestra dominio de las técnicas aprendidas, aplicándolas de forma integrada ante situaciones simuladas de alto riesgo. Utiliza eficazmente la relajación, las autoinstrucciones positivas y la reestructuración cognitiva frente a evocaciones imaginadas de consumo. El Registro de Craving e Impulsos reporta en esta semana activación del craving en 3 de 7 días, con intensidad media de 3/10 y duración aproximada de 10 minutos por episodio, todos resueltos mediante técnicas de regulación sin consumo. Logro: 80%, aplica de forma integrada las técnicas ante situaciones simuladas de alto riesgo, evidenciando reducción sostenida del craving.

La octava sesión refleja un proceso de apertura emocional y reparación vincular. La paciente expresa reconocimiento de los daños ocasionados por su consumo y verbaliza sentimientos de culpa, arrepentimiento y compromiso con la restauración de la confianza familiar. Mediante la carta terapéutica integra una narrativa de responsabilidad y esperanza. En el plano parental, el Registro de Actividades Parentales evidencia que la paciente realizó rutinas de acompañamiento con sus hijos en 5 de 7 días de la semana, incluyendo al menos una

interacción afectiva planificada diaria (acompañamiento en tareas, tiempo de juego estructurado), conforme a las conductas entrenadas en sesión. Logro: 100%, reconoce daños ocasionados, elabora carta terapéutica integrando responsabilidad y compromiso de reparación vincular, e inicia aplicación sistemática de competencias parentales entrenadas.

Durante la novena sesión, la paciente elabora un plan estructurado de prevención de recaídas en el que identifica sus señales de alerta temprana, estrategias de afrontamiento específicas y contactos de emergencia. Muestra comprensión de la diferencia entre desliz y recaída. El Registro de Craving reporta ausencia de activación en los últimos 10 días. Su discurso refleja autoconfianza, planeamiento consciente y compromiso sostenido con la abstinencia. Logro: 100%, elabora plan estructurado de prevención de recaídas con señales de alerta, estrategias de afrontamiento y contactos de emergencia.

Finalmente, en la décima sesión, se constata una integración global de los aprendizajes obtenidos a lo largo del proceso terapéutico. La paciente sintetiza verbalmente los recursos adquiridos, demuestra dominio de las técnicas cognitivo-conductuales en ensayos prácticos y expresa satisfacción por los cambios alcanzados. Se compromete con la continuidad del autocuidado mediante un plan de seguimiento y autorreforzamiento. Logro: 100%, integra globalmente los aprendizajes, demuestra dominio de técnicas cognitivo-conductuales y se compromete con seguimiento a largo plazo.

4.6 MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

Durante el desarrollo de las diez sesiones de intervención cognitivo-conductual, se implementó un proceso sistemático de monitoreo y evaluación continua del progreso terapéutico, centrado en la observación de la ejecución práctica de las tareas y técnicas asignadas en cada encuentro. Posterior a la explicación y modelamiento de cada técnica por parte del profesional, se procedió

a constatar que la paciente la ejecutara con propiedad y fluidez, verificando su comprensión y dominio progresivo. Se valoró especialmente la aplicación espontánea y correcta de las estrategias aprendidas, particularmente las de reestructuración cognitiva, regulación emocional y autocontrol conductual, tanto en el espacio terapéutico mediante ensayos supervisados, como en su entorno cotidiano a través de los autorregistros y reportes verbales.

El monitoreo objetivo de la evolución conductual se sustentó en un sistema de registros de frecuencia sistemáticos implementados desde la segunda sesión. Dichos registros permitieron documentar de manera continua las conductas intervenidas: (a) la activación del craving disminuyó de 7 días por semana con intensidad media de 8/10 (línea base, sesión 2) a 3 días por semana con intensidad de 3/10 (sesión 7), y a ausencia de activación en los últimos 10 días del proceso; (b) la frecuencia de aplicación espontánea de estrategias de afrontamiento aumentó de 0 registros en la primera semana a un promedio de 5 aplicaciones semanales en las sesiones finales; (c) la frecuencia de situaciones de presión social manejadas asertivamente pasó de 0 respuestas exitosas en la línea base a 3 de 4 situaciones resueltas sin consumo en la sexta semana. Cabe reiterar que la abstinencia de alcohol se inició desde el primer día de ingreso al centro de salud mental comunitario, por lo que no se registraron episodios de consumo efectivo durante ninguna fase del proceso terapéutico.

Respecto a la reducción del consumo, es importante precisar que esta ocurrió previamente al inicio del programa psicológico formal: la paciente dejó de consumir alcohol desde el momento de su admisión al centro de salud mental comunitario. Esta suspensión constituyó la condición de base sobre la cual se estructuró el programa de abordaje. A lo largo del proceso terapéutico no se registró ningún episodio de consumo efectivo, lo cual fue verificado mediante los autorregistros semanales de la paciente, el monitoreo de la red de apoyo y el reporte verbal en cada sesión. La intervención psicológica se orientó, por tanto, no a lograr la abstinencia, ya

instalada, sino a consolidarla, deshabituarse el patrón de respuesta condicionada al craving y desarrollar competencias de afrontamiento que garantizaran el mantenimiento a largo plazo.

En este marco, el concepto de deshabituarse el patrón de consumo hace referencia al proceso de extinción progresiva de las respuestas automatizadas de aproximación al alcohol ante estímulos condicionados, mediante la instalación de repertorios conductuales alternativos e incompatibles con el consumo. En otras palabras, implica que la paciente deje de ejecutar de manera automática conductas vinculadas al alcohol ante los disparadores que históricamente las precipitaban, como el regreso al hogar a las 18:00 horas, las situaciones de conflicto familiar o los estados de disforia, y en su lugar emita de manera consistente conductas funcionales alternativas. Este proceso se evidenció en dos conductas observables: (a) ante situaciones previamente desencadenantes, la paciente ejecutó de manera espontánea y sin indicación terapéutica alguna técnica de regulación emocional o autoinstrucción, conducta verificada mediante el Registro de Autocontrol durante la quinta semana de intervención,; y (b) la paciente fue capaz de permanecer en el entorno doméstico durante el horario de mayor riesgo (18:00–20:00 horas) realizando actividades alternativas estructuradas (preparación de la cena con sus hijos, revisión de tareas escolares) sin abandonar el contexto ni emitir conductas de búsqueda de alcohol, lo cual quedó registrado en el Registro de Actividades Alternativas y fue confirmado por la red de apoyo.

Dada la historia de tratamientos previos inconclusos y episodios de recaída, se estableció desde el inicio una red de apoyo conformada por dos amistades cercanas y una figura familiar de referencia, quienes cumplieron un rol de observadores externos del cumplimiento de la abstinencia. En las primeras fases del proceso, el monitoreo se realizó de manera indirecta mediante reportes semanales de la paciente y verificación de consistencia conductual a través de la información brindada por la red de apoyo, mediante contacto telefónico directo con la

terapeuta, comunicaciones escritas vía mensaje de texto y entrevistas breves presenciales cuando fue necesario contrastar datos. Conforme se observó estabilidad emocional y mantenimiento de la abstinencia, especialmente a partir de la séptima sesión, se incorporó un monitoreo complementario vía telefónica con los padres en frecuencia quincenal.

Con el propósito de favorecer la adherencia al tratamiento y prevenir recaídas, se implementaron de manera complementaria las siguientes estrategias: (a) contrato terapéutico formalizado al inicio del proceso, en el que la paciente firmó por escrito su compromiso de asistencia regular y abstinencia, revisado en sesiones clave como elemento motivacional; (b) reforzamiento positivo diferencial contingente a la asistencia puntual y al reporte de días de abstinencia, mediante reconocimiento verbal y registro acumulativo de logros, el programa de autorreforzamiento estableció recompensas simbólicas autoaplicadas por cada semana de cumplimiento de metas; (c) incorporación activa de la red de apoyo como agentes de reforzamiento social, con pautas psicoeducativas sobre cómo responder funcionalmente ante posibles deslices sin reforzar conductas de consumo; (d) plan de actividades alternativas al consumo, con horarios concretos asignados para los momentos de mayor riesgo identificados en el análisis funcional, en especial el bloque 18:00–20:00 horas, incluyendo actividades incompatibles con el consumo (caminata vespertina, preparación de cena con hijos, lectura); y (e) disponibilidad de contacto de emergencia directo con la terapeuta ante situaciones de riesgo inminente, como medida de contención inmediata entre sesiones, la cual fue utilizada por la paciente en una ocasión durante la segunda semana de intervención.

Post intervención, los alcances fueron evidentemente favorables en las 3 áreas testeadas. A nivel de personalidad, la usuaria llegó a identificar patrones cognitivos y afectivos que mantenían la activación del craving, dotándose de competencias eficientes de autorregulación. Evidenció una significativa mejoría en la autopercepción, favoreciendo el positivo concepto

de si misma y la confianza. Logró reconocer e inactivar los eslabones iniciales de la cadena conductual del consumo, empleando técnicas de control individual y relajación frente a eventos de tensión. Preciso una baja sustancial del craving, y una mayor estabilidad afectiva y sentido de propósito.

En el contexto de familia, fue identificada una mejoría continua en la comunicación con los hijos y progenitores. La usuaria logró hablar libremente acerca de sus afectos, identifica el efecto de sus conductas en la interacción de la familia, y logró también compromiso con acciones concretas que reparen el daño causado. Fueron establecidos pactos de hogar de colaboración y se consolidaron los vínculos emocionales, alcanzando un incremento de la confianza mutua y una perspectiva más agradable del hogar como lugar de soporte.

Finalmente, en el aspecto socioemocional, la usuaria expresó una considerable disminución de la sintomatología disfórica y ansiosa. La conexión social se volvió más adaptativa, identificada por conductas asertivas, interacción en actividades saludables y gestión favorable de los límites individuales. La adhesión al plan terapéutico fue mantenida hasta concluir el paquete de sesiones.

Cuando llegó la evaluación final, la usuaria se mantenía en abstinencia, con registros de cumplimiento avalados por la red de apoyo. Se consolidó un plan de supervisión con seguimiento telefónico cada quince días y reuniones cada mes de manera presencial, con el objetivo de fortalecer la estabilidad lograda, prevenir recaídas y mantener el proceso de fortalecimiento del funcionamiento psicosocial.

En relación con la coherencia del enfoque teórico-metodológico, el presente programa de intervención se sustenta íntegramente en el modelo cognitivo-conductual (TCC). No obstante, durante la fase de evaluación diagnóstica se incorporó el Test del Dibujo de la Familia (DF),

instrumento de carácter proyectivo. Esta decisión se fundamenta en que la TCC no excluye el uso de técnicas de evaluación provenientes de otros marcos referenciales, siempre que su empleo cumpla una función informativa orientada a la comprensión funcional del caso. El DF fue utilizado con fines exploratorios complementarios, específicamente para obtener información sobre la percepción subjetiva de la paciente respecto a sus vínculos familiares, la representación de figuras parentales y la dinámica afectiva del sistema familiar. Los datos obtenidos no fueron interpretados desde un marco psicodinámico, sino integrados funcionalmente al análisis de variables antecedentes y mantenedoras del consumo en el contexto relacional, siendo contrastados y complementados con los resultados de la Escala de Funcionamiento Familiar Modificado (EFFAMO), instrumento de mayor estructuración cuantitativa, lo cual garantizó la coherencia metodológica del proceso evaluativo con el modelo de intervención adoptado (Quiroga-Garza & Nava Medellín, 2026).

En cuanto a las evaluaciones de seguimiento, al concluir el programa de abordaje se implementó un protocolo de seguimiento periódico que consistió en reuniones presenciales mensuales durante al menos el primer año posterior al alta. Tras finalizar el plan de intervención, la paciente continuó asistiendo voluntariamente a las sesiones de seguimiento, siendo la familia, en su rol de red de apoyo, un factor determinante para favorecer la adherencia a dicho proceso. En cada sesión de seguimiento se verificó el mantenimiento de la abstinencia mediante reporte de la paciente y de la red de apoyo, se revisó el plan de prevención de recaídas y se actualizaron las estrategias de afrontamiento ante situaciones nuevas de riesgo. Los resultados de las evaluaciones de seguimiento mostraron mantenimiento sostenido de la abstinencia, ausencia de recaídas y consolidación progresiva de los cambios obtenidos en las áreas de personalidad, funcionamiento familiar y competencias parentales.

Tabla 13

Comparación de resultados pretratamiento y postratamiento

Área Evaluada	Resultados PRE-TRATAMIENTO	Resultados POSTTRATAMIENTO
Personalidad	• Patrones de personalidad dependiente: Necesidad excesiva de ser cuidada, temor al abandono, dificultades para tomar decisiones. • Rasgos autodestructivos: Saboteo de logros y bienestar. • Patología severa de personalidad (rasgos límite): Inestabilidad en relaciones, autoimagen y afectos, impulsividad, miedo al abandono. • Dependencia de alcohol: Abuso y control limitado sobre el consumo, intentos fallidos de cesar el consumo.	• Reducción significativa de patrones dependientes: Mayor autonomía en la toma de decisiones, disminución del temor al abandono. • Disminución de conductas autodestructivas: Reconocimiento de patrones de sabotaje y aplicación de estrategias de autocontrol. • Estabilización de rasgos límite: Mejora en regulación emocional, mayor estabilidad en autoimagen y relaciones interpersonales. • Abstinencia de alcohol sostenida: Control efectivo sobre impulsos de consumo, aplicación exitosa de técnicas de prevención de recaídas. Criterios de mejora (MCMI-II): La mejoría se determina por cambios en conductas observables asociadas a los patrones evaluados: (a) la paciente toma de manera autónoma al menos tres decisiones cotidianas sin requerir validación externa, verificado mediante autorregistro semanal; (b) ausencia de conductas de sabotaje de logros —tales como abandonar actividades positivas iniciadas o rechazar oportunidades laborales o relacionales— reportada por la paciente y confirmada por la red de apoyo durante al menos cuatro semanas consecutivas; (c) reducción de episodios de desregulación emocional o respuestas impulsivas (p. ej., abandonar el hogar ante un conflicto, reacciones de ira desproporcionadas) en más del 50%

respecto a la línea base, según el Registro de Autocontrol.		
Consumo de Alcohol	• Consumo de riesgo alto: Puntuación que supera el punto de corte para consumo perjudicial. • Dependencia alcohólica establecida: Pérdida de control, consumo elevado y frecuente, dificultad para detenerse. • Consecuencias negativas: Lesiones físicas, conflictos familiares, deterioro en relaciones y desempeño laboral.	• Abstinencia completa: Puntuación por debajo del punto de corte de riesgo. • Recuperación del autocontrol: Identificación temprana de señales de riesgo y aplicación de estrategias de afrontamiento. • Reducción de consecuencias negativas: Mejora en salud física, reparación de vínculos familiares, recuperación de roles parentales y laborales. Criterios de mejora (AUDIT): La mejoría se determina por dos criterios convergentes: (a) obtención de una puntuación postratamiento inferior a 8 puntos en la reaplicación del AUDIT al cierre del proceso, indicativa de ausencia de consumo de riesgo; y (b) registro de cero episodios de consumo efectivo en el Registro de Craving e Impulsos de Consumo durante las cuatro semanas previas al cierre. La abstinencia se inició desde el ingreso al centro de salud mental comunitario y se mantuvo sin interrupción a lo largo de todo el proceso terapéutico, verificada mediante autorregistros semanales y reporte de la red de apoyo.
Familia	• Familia de origen: Vínculos afectivos distantes, sin apego seguro con figuras parentales. • Familia actual: Distanciamiento emocional con los hijos y figura de pareja difusa. • Red de apoyo:	• Familia de origen: Reconocimiento de patrones históricos de desapego, sin cambios sustanciales en la dinámica con figuras parentales. • Familia actual: Acercamiento emocional progresivo con los hijos, mayor presencia afectiva y participación en su cuidado. • Red de apoyo: Reintegración gradual a roles parentales, compromiso de reparación vincular, establecimiento de

	Familia de origen asume el cuidado de los hijos en ausencia de la paciente debido al consumo de alcohol, pero sin afectividad profunda.	red de apoyo externa (amistades cercanas). Criterios de mejora (Test del Dibujo de la Familia): La mejoría se evalúa mediante comparación cualitativa de los indicadores gráficos y verbales entre la aplicación pre y postratamiento. Se consideran indicadores conductuales de cambio positivo: (a) en el dibujo postratamiento, la paciente se incluye a sí misma dentro del grupo familiar y su figura aparece en proximidad física con las figuras de los hijos, a diferencia de la posición periférica o ausente registrada en la evaluación inicial; (b) durante la verbalización espontánea al realizar el dibujo, la paciente menciona a sus hijos con expresiones de afecto y responsabilidad parental, en contraste con el distanciamiento y la descripción de roles delegados a terceros observados en la evaluación pretratamiento; (c) la figura de la paciente en el dibujo postratamiento presenta mayor tamaño y detalle en comparación con la evaluación inicial, indicador proyectivo de mayor autoconcepto y sentido de pertenencia al sistema familiar.
Funcionamiento Familiar	• Disfuncionalidad: Desunión familiar, ausencia de apoyo emocional, conflictos frecuentes. • Cohesión: Falta de sentido de pertenencia y armonía familiar. • Comunicación: Limitada, superficial, evitación de temas	• Funcionalidad en progreso: Disminución de conflictos, mayor apertura al diálogo y apoyo mutuo. • Cohesión: Inicio de reconstrucción del sentido de pertenencia, mayor armonía en interacciones cotidianas. • Comunicación: Mejora sustancial, expresión directa de necesidades y emociones, abordaje consciente del tema de abstinencia. • Afectividad: Incremento en expresiones de cariño y reconocimiento mutuo, reparación emocional en proceso. • Adaptabilidad: Mayor flexibilidad ante

conflictivos como el consumo de alcohol.

- Afectividad: Friaedad emocional, dificultad para expresar cariño.
- Adaptabilidad: Rigidez ante situaciones estresantes, resistencia al cambio.

cambios, disposición a reestructurar roles y dinámicas familiares.

Criterios de mejora (EFFAMO): La mejoría se determina por el tránsito de la puntuación global de la categoría disfuncional a la categoría funcional o en transición hacia la funcionalidad en la reaplicación de la EFFAMO al cierre del proceso, con cambios verificables en al menos tres de las cinco dimensiones evaluadas. Los indicadores conductuales específicos de cambio son: (a) reducción de la frecuencia de episodios de conflicto familiar abierto —discusiones, reproches— de más del 50% respecto a la línea base, reportado por la paciente y confirmado por la red de apoyo; (b) incremento en la frecuencia de expresiones verbales y físicas de afecto hacia los hijos (abrazos, palabras de reconocimiento, juego compartido) a un mínimo de una vez al día, verificado mediante el Registro de Actividades Parentales; y (c) presencia de al menos una conversación familiar semanal en la que se aborde el tema de la abstinencia y el proceso de recuperación de manera explícita y constructiva, conforme a los acuerdos establecidos en la sesión de trabajo familiar.

DISCUSIÓN

El presente estudio buscó caracterizar las áreas afectadas y la intervención terapéutica adecuada en una paciente mujer con trastorno por consumo de alcohol que acude a un Centro de Salud Mental Comunitario. Para alcanzar dicho fin, se ejecutó una concienzuda evaluación psicológica usando técnicas como la observación conductual y la entrevista individual, a dichas técnicas se sumaron test válidos y confiables, como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II, el Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), el Test del Dibujo de la Familia (DF) y la Escala de Funcionamiento Familiar Modificado (EFFAMO).

Los hallazgos de los test psicológicos evidenciaron considerable afectaciones en diversas áreas del funcionamiento de la evaluada. Partiendo con el área de personalidad, se precisaron Patrones Clínicos de Personalidad Dependiente, distinguidos por la severa necesidad de ser salvaguardada por otros, expresando terror a ser abandonada y problemas para la toma de decisiones sin ayuda continua. La usuaria precisa relaciones que le permitan asignar responsabilidades personales, se muestra sumisa frente a figuras de significancia con el fin de prever rechazo o ser desaprobada. A partir del esquema teórico cognitivo-conductual, esos rasgos dependientes favorecen y refuerzan el consumo de alcohol al emplearlo como mecanismo de evitación emocional, alivio del dolor psíquico y búsqueda sustitutiva de contención afectiva. El alcohol adquiere la función reguladora externa, que compensa la falta de capacidad observada para hacer frente a situaciones de estrés autónomamente, manteniendo en el tiempo así un patrón de dependencia tanto interpersonal como química.

Sumado a ello, se identificaron rasgos Autolesivos, que se caracterizan por patrones de conducta de autosabotaje, se involucra en circunstancias que le causan sufrimiento o efectos negativos. En cuanto a Patología Severa de Personalidad, se avisó rasgos Límite, lo que evidencia escasa estabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, sumado a

una consistente impulsividad y miedo intenso a la soledad. Dichos rasgos aumentan la vulnerabilidad al consumo al acrecentar la falta de regulación afectiva, acrecentan la impulsividad conductual y causan respuestas desadaptativas frente a situaciones de alto estrés afectivo. La inestabilidad afectiva propia del trastorno límite merma la instauración de estrategias de afrontamiento adaptativas, transformando al alcohol en una solución pronta, pero disfuncional, para aplacar estados emocionales intensos como la disforia, la ira o el vacío existencial.

Estos hallazgos guardan coherencia con lo reportado por Morera-Fumero et al. (2025), quienes en su investigación sobre patrones clínicos de personalidad en trastorno por consumo de alcohol identificaron perfiles distintos de personalidad entre hombres y mujeres con esta condición, destacándose en las mujeres una mayor prevalencia de ciertos rasgos asociados con personalidad dependiente y ambientes emocionales más internos. Asimismo, los resultados se alinean con lo encontrado por Liu et al. (2023), quienes determinaron que ciertos rasgos de personalidad, como la evitación del daño y la búsqueda de novedad, correlacionan significativamente con peores condiciones de salud mental y mayor gravedad del alcoholismo. De manera similar, Barba et al. (2022) reportaron que en mujeres jóvenes con consumo problemático de alcohol predominaban características impulsivas, dependientes y ansiosas, lo cual coincide con el perfil de personalidad identificado en la presente paciente. Estos estudios refuerzan la comprensión de que los rasgos de personalidad no son meros correlatos del consumo, sino factores de riesgo que modulan tanto la vulnerabilidad inicial como la progresión y mantenimiento del trastorno adictivo.

En cuanto al consumo de alcohol, la aplicación del AUDIT preciso que la usuaria presentó un patrón de consumo de elevado riesgo y dependencia alcohólica instaurada, la puntuación total supera significativamente el punto de corte para consumo perjudicial. Se identificaron claros

síntomas de dependencia, incluyendo dificultad para frenar el consumo una vez iniciado, necesidad matutina de alcohol para andar, y priorización del consumo por encima de actividades cotidianas y responsabilidades. El consumo perjudicial se evidencia en múltiples consecuencias adversas: lesiones físicas asociadas con el alcohol, observaciones de familiares expresando preocupación, y deterioro en sus relaciones interpersonales, desempeño laboral y capacidad para cumplir con sus roles parentales.

Partiendo de la perspectiva de análisis funcional de la conducta, el consumo en esta usuaria se perpetua a través de un sistema complicado de contingencias de reforzamiento. Los antecedentes históricos de aprendizaje social, observación de patrones de consumo en el entorno familiar y social, establecieron inicialmente la conducta de beber como respuesta modelada ante situaciones de malestar. El reforzamiento negativo opera cuando el alcohol proporciona alivio inmediato de estados emocionales aversivos como ansiedad, disforia o sensación de vacío, mientras que el reforzamiento social positivo se activa en contextos interpersonales donde el consumo facilita la integración grupal y reduce la inhibición social. Con el tiempo, estos patrones se consolidan como hábitos aprendidos mediante condicionamiento operante, donde la repetición sistemática de la secuencia estímulo-respuesta-consecuencia fortalece la cadena conductual adictiva.

Asimismo, se identificaron múltiples estímulos discriminativos y contextuales que funcionan como detonantes condicionados del consumo. Entre los estímulos ambientales destacan las reuniones sociales, la disponibilidad visual de bebidas alcohólicas y ciertos lugares asociados históricamente con el consumo. Los estímulos internos incluyen estados emocionales negativos (ansiedad, tristeza, ira), sensaciones físicas de malestar y pensamientos anticipatorios relacionados con el deseo de beber (craving). Estos estímulos discriminativos, mediante procesos de condicionamiento clásico, adquirieron la capacidad de evocar respuestas

fisiológicas y cognitivas preparatorias que precipitan el inicio de la cadena de consumo, explicando así la dificultad de la paciente para mantener la abstinencia en ausencia de intervención estructurada.

Estos resultados confirman lo establecido por el diagnóstico psiquiátrico F10.2 Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de alcohol, síndrome de dependencia, y se corresponden con los hallazgos de Serna (2024), quien en un estudio de caso similar identificó síndrome clínico de dependencia de drogas en una mujer de 31 años consumidora de alcohol. Asimismo, los resultados son consistentes con lo reportado por Surco Arcondo (2024), quien encontró que las mujeres víctimas de violencia presentaron un consumo de alcohol significativamente mayor, sugiriendo una asociación entre el consumo de alcohol y situaciones de vulnerabilidad en mujeres.

En el contexto específico de vulnerabilidad femenina, se identifican múltiples factores de riesgo diferenciados por género que intensifican la predisposición al consumo problemático de alcohol. Además de la exposición a violencia de pareja o violencia intrafamiliar, que constituye un estresor crónico y predictor significativo de consumo, las mujeres enfrentan vulnerabilidades asociadas a roles de género tradicionales que imponen expectativas sociales de cuidado, abnegación y supresión emocional. La doble carga emocional derivada de la conciliación entre responsabilidades laborales, domésticas y parentales genera estados de agotamiento psicológico y estrés crónico que favorecen el uso del alcohol como estrategia de afrontamiento disfuncional. Asimismo, el estigma social diferenciado hacia las mujeres consumidoras, percibidas con mayor severidad moral que sus pares masculinos, genera barreras para la búsqueda de ayuda y perpetúa ciclos de culpa, vergüenza y aislamiento que refuerzan la conducta adictiva (Kirsch et al., 2025; McCrady et al., 2020).

Del Campo et al. (2023) complementan esta perspectiva al señalar que, aunque la brecha entre hombres y mujeres en el uso de alcohol está disminuyendo, las mujeres jóvenes enfrentan repercusiones mayores en su salud mental y física. Este fenómeno puede explicarse tanto por diferencias biológicas, como menor masa corporal y metabolismo hepático distinto que incrementa la vulnerabilidad a daño orgánico, como por factores psicosociales específicos de género que modulan los patrones de consumo, las motivaciones subyacentes y las consecuencias a largo plazo en población femenina.

A nivel del área familiar, el Test del Dibujo de la Familia reveló que la paciente identifica a su familia de origen como un sistema estructurado, pero con vínculos afectivos distantes. Representa a sus padres como figuras presentes físicamente, cumpliendo roles tradicionales de provisión y cuidado básico, sin embargo, no se evidencian indicadores gráficos de cercanía emocional o apego seguro. En la representación de su núcleo familiar actual, se observa la inclusión de sus hijos con trazos débiles y ubicación distante respecto a su propia figura, lo que refleja sentimientos de inadecuación en su rol materno y distanciamiento emocional producto de su problemática de consumo. Pese a lo anterior, su familia de origen constituye actualmente la red de apoyo principal, asumiendo responsabilidades en el cuidado de sus hijos menores (Serna, 2024; Tintaya et al., 2024).

A nivel del área de funcionamiento familiar, la Escala de Funcionamiento Familiar Modificado (EFFAMO) clasificó el funcionamiento familiar como disfuncional, con afectación significativa en múltiples dimensiones. Se evidenció desunión familiar y ausencia de apoyo emocional entre los miembros, armonía familiar severamente comprometida con conflictos frecuentes, comunicación limitada e indirecta que evita el diálogo sobre temas conflictivos, expresión emocional restringida y frialdad en las interacciones, roles familiares alterados con inversión de funciones, y capacidad de adaptabilidad deficiente ante situaciones estresantes.

Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Tintaya et al. (2024), quienes determinaron que un funcionamiento familiar disfuncional se asocia con un mayor consumo de alcohol en los padres, lo que a su vez influye en el comportamiento de consumo de los hijos adolescentes. Los resultados también se alinean con los de Serna (2024), quien identificó vínculos familiares débiles en una paciente con características similares, concluyendo que se requiere un abordaje integral que atienda las múltiples áreas problemáticas. Esta perspectiva es reforzada por la afirmación de Tintaya et al. (2024) sobre la importancia de intervenir en el funcionamiento familiar como parte de las estrategias de prevención y tratamiento del consumo de alcohol.

El sistema familiar cumple un rol fundamental tanto en el desarrollo como en el mantenimiento del trastorno por consumo de alcohol, operando como contexto de aprendizaje inicial, fuente de modelamiento conductual y ambiente de reforzamiento continuo. En el caso estudiado, la disfunción familiar de origen, caracterizada por vínculos emocionales distantes, ausencia de apego seguro e interacción comunicativa deficiente, constituyó un factor de vulnerabilidad temprana que predispuso el desarrollo de rasgos de personalidad dependiente y patrones desadaptativos de regulación emocional. La escasa contención emocional en la familia nuclear generó esquemas cognitivos de desvalorización personal y búsqueda externa de aprobación, los cuales posteriormente facilitaron el uso del alcohol como sustituto afectivo y mecanismo compensatorio de vacíos relacionales (Tintaya et al., 2024; Esteban et al., 2023).

De modo similar, el consumo de alcohol de la usuaria deterioró progresivamente el funcionamiento de su familia actual, causando un círculo vicioso de retroalimentación negativa. La disfuncionalidad familiar, expresada en conflictos frecuentes, distanciamiento emocional con los hijos y ausencia de comunicación efectiva, actúa simultáneamente como consecuencia y como factor perpetuador del consumo. El ambiente familiar estresante, la falta de apoyo emocional y la rigidez adaptativa ante crisis funcionan como estímulos

discriminativos que activan estados emocionales aversivos (ansiedad, culpa, disforia), los cuales a su vez desencadenan el deseo de consumo como estrategia de evitación. De esta manera, las áreas de personalidad, consumo de alcohol y funcionamiento familiar interactúan de forma sistémica y recíproca: los rasgos de personalidad dependiente y límite intensifican la vulnerabilidad emocional y la dificultad para establecer vínculos saludables; el consumo de alcohol deteriora las relaciones familiares y refuerza la desregulación emocional; y la disfuncionalidad familiar perpetúa el malestar psicológico y las condiciones contextuales que mantienen la conducta adictiva. Esta comprensión sistémica justifica la necesidad de una intervención integral que aborde simultáneamente las dimensiones individual, relacional y familiar del trastorno.

A partir de los resultados obtenidos en la evaluación psicológica, se diseñó un programa de intervención cognitivo-conductual que se desarrolló a lo largo de 10 sesiones terapéuticas, enfocándose en las áreas críticas identificadas: personalidad, consumo de alcohol, funcionamiento familiar y regulación socioemocional. La selección de técnicas se fundamentó en los principios fundamentales del aprendizaje y comportamiento humano, usando libros recomendada por la American Psychological Association validadas empíricamente para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias (Becoña & Cortés, 2010).

Respecto al abordaje en el área de personalidad, se instauraron técnicas de reestructuración cognitiva orientadas a moldear esquemas cognitivos disfuncionales asociados a la dependencia, autolesión y conductas límite. A través del registro de pensamientos automáticos, cuestionamiento socrático y estimulación de cogniciones alternativas adaptativas, se trabajó en la consolidación del autoconcepto, autonomía al tomar de decisiones y la regulación de la impulsividad. En función del modelo cognitivo de Beck, se abordaron las distorsiones cognitivas centrales que sostenían tanto los rasgos desadaptativos de personalidad como la

conducta adictiva: la catastrofización frente a eventos de renuencia, el pensamiento dicotómico acerca de su valor personal, y las creencias intermedias del tipo "lo necesito para ser funcional". Estos esquemas de pensamientos disfuncionales actuaban como facilitadores cognitivos del consumo al causar estados afectivos apremiantes que requerían regulación inmediata, función que el alcohol cumplía de manera pronta aunque lesiva (Carroll & Kiluk, 2023; Magill et al., 2023).

Se emplearon técnicas de autocontrol conductual para la interrupción de cadenas de consumo y manejo de impulsos, así como estrategias de demora de gratificación. Los resultados evidenciaron una mejora sólida en las relaciones interpersonales y el fortalecimiento del autoconcepto positivo de sí misma (Santos-Morocho et al., 2025).

Estos logros encuentran sustento en la investigación de Santos-Morocho et al. (2025), quienes concluyeron que las estrategias de afrontamiento juegan un papel central en el desarrollo y mantenimiento del consumo de alcohol, por lo que sugieren incorporar enfoques cognitivo-conductuales en las intervenciones clínicas. Asimismo, Barba et al. (2022) señalaron que los datos sobre la relación entre trastornos de personalidad y consumo de alcohol pueden contribuir al diseño de estrategias efectivas de prevención e intervención frente a patologías duales. Los resultados también se alinean con las recomendaciones de Morera-Fumero et al. (2025), quienes enfatizaron que las diferencias por sexo en los rasgos de personalidad deben ser consideradas al diseñar intervenciones terapéuticas para trastorno por consumo de alcohol.

En relación a la intervención en el área de consumo de alcohol, se implementó un programa integral de deshabitación que incluyó psicoeducación sobre la neurobiología de la dependencia alcohólica y el modelo cognitivo-conductual del trastorno por consumo de alcohol. Se realizó análisis funcional de la conducta para identificar estímulos discriminativos, antecedentes, cadenas conductuales completas y situaciones de alto riesgo de consumo. Este

análisis funcional reveló un patrón complejo de mantenimiento del consumo mediante múltiples mecanismos de reforzamiento. El reforzamiento negativo operaba como el mecanismo predominante: el consumo de alcohol proporcionaba alivio inmediato de estados emocionales aversivos (ansiedad, disforia, vacío emocional, craving), lo que incrementaba la probabilidad de consumo futuro mediante la reducción del malestar. Simultáneamente, operaba el reforzamiento positivo social en contextos interpersonales donde el consumo facilitaba la desinhibición, la integración grupal y la experimentación de euforia temporal. Estos reforzadores, tanto negativos como positivos, consolidaron mediante condicionamiento operante una conducta altamente resistente a la extinción (Carroll & Kiluk, 2023).

Adicionalmente, mediante procesos de condicionamiento clásico pavloviano, múltiples estímulos contextuales (lugares, personas, horarios, estados emocionales) se asociaron con el consumo, adquiriendo propiedades de estímulos condicionados capaces de elicitar respuestas condicionadas (craving, activación fisiológica, pensamientos anticipatorios) que precipitaban el inicio de la cadena de consumo. El modelo de evitación de Mowrer explica cómo el consumo se perpetuó como conducta de escape ante situaciones temidas (conflictos interpersonales, demandas laborales, responsabilidades parentales), reforzándose negativamente por la reducción temporal de la ansiedad anticipatoria, aunque a costa de impedir el desarrollo de estrategias adaptativas de afrontamiento y cronificar el patrón desadaptativo (Magill et al., 2023).

Se emplearon técnicas de sensibilización encubierta para contracondicionamiento de respuestas apetitivas y exposición con prevención de respuesta a señales contextuales para extinción de asociaciones condicionadas. La exposición con prevención de respuesta permitió romper la asociación condicionada entre estímulos discriminativos y la respuesta de consumo, mientras que la sensibilización encubierta generó respuestas aversivas condicionadas ante las

imágenes mentales de consumo, invirtiendo así la valencia afectiva positiva previamente asociada al alcohol (Carroll & Kiluk, 2023).

Se habituaron técnicas de regulación emocional, incluyendo relajación muscular progresiva de Jacobson y respiración diafragmática para el manejo de ansiedad, ira, disforia y craving. Estas técnicas proporcionaron alternativas adaptativas de regulación emocional que compitieron funcionalmente con el consumo de alcohol, rompiendo el patrón de reforzamiento negativo al ofrecer mecanismos de alivio del malestar que no implicaban consecuencias adversas. Mediante moldeamiento y reforzamiento diferencial, se incrementó progresivamente la frecuencia de respuestas adaptativas y se redujo por extinción la conducta de consumo (Adams et al., 2023; Gibson et al., 2023).

Los resultados mostraron una disminución significativa en el consumo de alcohol y un aprendizaje eficiente de técnicas para el manejo de estímulos activadores. La efectividad de estas técnicas ha sido documentada ampliamente en la literatura científica, Serna (2024), por ejemplo, reportó que las técnicas aplicadas bajo el modelo cognitivo conductual produjeron un impacto favorable en la deshabitación del consumo de alcohol en un caso similar. Desde una perspectiva más detallada, técnicas como el análisis funcional de la conducta constituye un componente central de la intervención cognitivo-conductual, pues permite identificar las relaciones entre estímulos antecedentes, conducta de consumo y consecuencias reforzantes, Witkiewitz en una revisión sistemática reciente, señala que el análisis funcional contextual es críticamente importante para guiar el tratamiento, ya que la efectividad terapéutica depende del grado en que cada intervención atiende los factores de riesgo específicos de cada individuo, incluyendo estados emocionales negativos, autoeficacia, craving y factores ambientales (Witkiewitz et al., 2019).

Otra de las técnicas de importante impacto fue la reestructuración de esquemas cognitivos disfuncionales vinculados al consumo y a rasgos de personalidad desadaptativos, técnica central en el tratamiento del trastorno por uso de alcohol, pues permite identificar y modificar distorsiones cognitivas que mantienen el consumo problemático. Autores como Lim et al., en investigaciones anteriores, hacían énfasis en que la identificación de pensamientos automáticos y la reestructuración de distorsiones cognitivas que aperturan emociones desadaptativas hacia un pensamiento más racional y adaptativo fueron elementos fundamentales que generaron resultados clínicamente imperativos en variables como el éxito en la abstinencia, el craving y los niveles de consumo patológico (Lim et al., 2025). De manera similar, Witkiewitz et al. (2019) encontraron en su estudio que los pacientes que aplicaron efectivamente las estrategias de reestructuración cognitiva demostraron una reducción del 40% en las tasas de recaída relacionadas con el alcohol, mejora que se atribuyó a una mayor capacidad para identificar y desafiar los pensamientos automáticos negativos que contribuyen al comportamiento de consumo. Adicionalmente, el uso del cuestionamiento socrático y los autorregistros de pensamientos automáticos, técnicas empleadas en el presente caso, han sido identificados como métodos efectivos para que los pacientes reconozcan patrones de pensamiento disfuncionales relacionados con el uso de sustancias y desarrollen alternativas cognitivas más adaptativas (Carroll & Kiluk, 2023; Magill et al., 2023; Witkiewitz et al., 2019).

Para el manejo de ansiedad, disforia, ira y craving, se entrenó a la paciente en técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson y respiración diafragmática, logrando la ejecución correcta en el 80% de los ensayos. La relajación muscular progresiva (RMP) constituye una técnica psicofisiológica que reduce el estrés y la ansiedad mediante la tensión y liberación sistemática de grupos musculares, promoviendo tanto la relajación fisiológica como psicológica. La efectividad observada en el presente caso se ve respaldada por Kumar et al.

(2019), quienes en un estudio experimental con 100 pacientes con dependencia alcohólica encontraron que el grupo que recibió entrenamiento en RMP mostró una reducción significativa en los niveles de ansiedad ($p < 0.001$) en comparación con el grupo control, confirmando que la RMP es efectiva para reducir el estrés en esta población. De manera concordante, Peralta y Zacarias (2023) implementaron un programa de 6 sesiones de RMP con 21 pacientes hospitalizados, reportando mejoras significativas en parámetros fisiológicos y reducciones en la ansiedad medida con el STAI, resultados que replican los efectos positivos observados en la presente intervención, particularmente considerando que la ansiedad es un estado emocional reactivo frecuente durante el período de abstinencia (Adams et al., 2023).

Se fortalecieron competencias de comunicación eficaz, asertividad y habilidades sociales para rechazo de presiones, logrando que la paciente empleara respuestas asertivas exitosas en el 70% de las dramatizaciones. El entrenamiento en habilidades sociales (EHS) se fundamenta en teorías del aprendizaje conductual que enfatizan la práctica activa, el reforzamiento y la adquisición de nuevos comportamientos mediante modelado, role-playing y retroalimentación correctiva. Los resultados obtenidos son consistentes con los hallazgos de Limberger et al. (2018), quienes en un estudio cuasi-experimental piloto con usuarios de drogas en comunidades terapéuticas encontraron que el EHS produjo incrementos significativos en las habilidades de rechazo y expresión de afecto negativo, así como mejoras en calidad de vida en los dominios psicológico y de relaciones sociales, avalando así la efectividad de esta técnica para desarrollar competencias de rechazo observadas en el presente caso. Estas competencias son fundamentales para manejar situaciones de riesgo sin recurrir al consumo, perspectiva que refuerza la decisión terapéutica de priorizar el entrenamiento en rechazo de presiones como componente central de la intervención (Limberger et al., 2018).

Se implementaron técnicas operantes con programa de autorreforzamiento por éxitos graduales y uso del refuerzo familiar y social contingente a conductas de abstinencia. Desde la perspectiva del análisis aplicado de conducta, se reconfiguró el ambiente social de la paciente para que las conductas de abstinencia y autocuidado recibieran reforzamiento positivo sistemático por parte de figuras significativas, mientras que las consecuencias aversivas previamente asociadas al consumo funcionaron como castigo negativo que redujo la probabilidad futura de consumo. El manejo de contingencias (MC) ha demostrado amplia eficacia en el tratamiento de trastornos por uso de sustancias. La efectividad de esta estrategia en el presente caso se ve respaldada por el meta-análisis de Petry et al., quienes encontraron diferencias de tamaño medio entre grupos en la duración de la abstinencia de diversas sustancias cuando se compararon tratamientos con y sin MC basado en vales, además de que la entrega más inmediata del reforzamiento y la mayor magnitud del mismo se asociaron con mayor beneficio terapéutico, hallazgos que avalan el diseño de contingencias implementado con la paciente donde el reforzamiento social fue proporcionado de manera inmediata y sistemática (Petry et al., 2017).

El Enfoque de Reforzamiento Comunitario (CRA) es un abordaje multifacético basado en el condicionamiento operante que busca cambiar el estilo de vida de abuso de sustancias mediante la reconfiguración de contingencias ambientales. El impacto en la reconfiguración del ambiente social de la paciente se basa en la evidencia que afirma que la CRA es superior a la atención estándar en la reducción del consumo de días en el tratamiento de alcohol, reafirmando que el cambio de contingencias ambientales, en este caso, fue de gran importancia a nivel clínico. Este cambio fue necesario para favorecer la estabilidad de los cambios en el comportamiento, como se vio en la reafirmación de la autoridad como madre, cambio en la estructura de la familia, la restauración de relaciones afectivas, el incremento de la confianza

de los padres por conductas que sostenían cambios en el comportamiento y el fortalecimiento de la autoridad de la madre (Carroll & Kiluk, 2023).

Con relación a la intervención en el área de la familia se trabajó en la reestructuración de los roles de la parentalidad y en el fortalecimiento de la afectividad de los vínculos a través de sesiones de abordaje de orientación familiar sobre la enseñanza de la comunicación y la resolución de conflictos de forma eficiente y asertiva en la expresión de necesidades y límites. Los resultados de esta área se encuentran alineados a los de Esteban et al. (2023) quienes en una revisión sistemática encontraron que la integración de miembros de la familia en el abordaje del tratamiento de los trastornos por uso de sustancias tiene una importante reducción y mejora en el funcionamiento familiar, lo que respalda la decisión de incorporar los abordajes familiares en la intervención como un componente crucial del tratamiento. Específicamente, McCrady et al. (2020) demostraron que las intervenciones basadas en terapia conductual de pareja son claramente más efectivas que el tratamiento individual para incrementar la abstinencia y mejorar el funcionamiento relacional en adultos con trastornos por uso de alcohol, resultados que refuerzan la importancia del trabajo de reestructuración de roles y vínculos afectivos realizado con la paciente y su familia.

Estos logros confirman lo planteado por Tintaya et al. (2024), quienes concluyeron que es fundamental intervenir en el funcionamiento familiar como parte de las estrategias de prevención y tratamiento del consumo de alcohol, señalando que, al fortalecer los niveles de funcionalidad familiar, esta área juega un rol fortalecedor dentro del proceso de deshabituación del consumo de alcohol, perspectiva que valida el enfoque terapéutico adoptado en el presente caso (Tintaya et al., 2024).

Acerca de la prevención de recaídas, partiendo del Modelo Marlatt-Gordon y técnicas de emergencia, como parte fundamental del proceso terapéutico, se desarrolló un plan

personalizado de prevención de recaídas que incluyó la identificación de situaciones personalizadas de alto riesgo, desarrollo de plan escrito con técnicas de emergencia, y reencuadre cognitivo de deslices como oportunidades de aprendizaje. Siguiendo el modelo de Marlatt y Gordon, se trabajó en la identificación de situaciones de alto riesgo (estados emocionales negativos, presión social, conflictos interpersonales), el desarrollo de habilidades de afrontamiento específicas y la modificación de expectativas de autoeficacia. La efectividad de esta aproximación se ve respaldada por Gibson et al. (2023), quienes en un ensayo controlado aleatorizado con veteranos con trastornos por uso de sustancias confirmaron que la prevención de recaídas basada en técnicas de emergencia, que integra los componentes originales del modelo de Marlatt y Gordon con prácticas de solución estructurada de problemas, reencuadre cognitivo de deslices, refuerzo positivo, mostrando tasas significativamente menores de uso de sustancias comparado con el tratamiento habitual, además de mayores disminuciones en el craving y aumentos en la aceptación y acción consciente, resultados que replican los efectos de mantenimiento observados en el seguimiento de la paciente.

Se abordó el "efecto de violación de la abstinencia" mediante reencuadre cognitivo que permitiera interpretar posibles deslices como eventos normales en el proceso de cambio y no como fracasos totales, evitando así la profecía autocumplida que conduce a recaídas completas. Esta estrategia coincide con los hallazgos de Sharma y Mishra (2018), quienes señalaron que el reencuadre cognitivo de deslices es un componente crítico del modelo de Marlatt y Gordon que previene el abandono del tratamiento, perspectiva que fundamentó la decisión de incluir esta técnica como elemento central del plan de prevención de recaídas. Se consolidaron los aprendizajes mediante refuerzo de conductas de abstinencia y planificación de mantenimiento

a largo plazo, con seguimiento quincenal para constatar el mantenimiento de la abstinencia y la habituación de las técnicas enseñadas durante el tratamiento.

CONCLUSIONES

Los resultados demuestran la efectividad del abordaje cognitivo-conductual integral para deshabituarse el consumo compulsivo de alcohol en una mujer de 31 años. La implementación de análisis funcional, reestructuración cognitiva y manejo de contingencias permitió desarrollar repertorios conductuales adaptativos que sustituyeron las conductas de consumo, logrando abstinencia sostenida durante las 10 sesiones y el seguimiento quincenal, confirmando que las técnicas validadas empíricamente producen cambios significativos.

La reestructuración de esquemas cognitivos disfuncionales y el desarrollo de competencias de regulación emocional resultaron fundamentales. El entrenamiento en relajación muscular progresiva (80% de ejecución correcta), cuestionamiento socrático y habilidades sociales asertivas (70% de respuestas exitosas) permitieron modificar distorsiones cognitivas y mejorar la autoeficacia. Estos resultados se alinean con la evidencia que identifica estas técnicas como componentes críticos para reducir craving y prevenir recaídas.

La intervención familiar mediante orientación, reestructuración de roles y fortalecimiento de vínculos produjo mejoras sustanciales en el funcionamiento familiar. El desarrollo de comunicación eficaz y la reconfiguración de contingencias ambientales mediante refuerzo social contingente a abstinencia resultaron fundamentales para el mantenimiento de cambios conductuales, confirmando que fortalecer la funcionalidad familiar constituye un factor protector esencial en el proceso de deshabituación del consumo de alcohol.

El fortalecimiento de competencias parentales mediante restablecimiento del rol de cuidado y reconstrucción de vínculos con los hijos constituyó un componente esencial que impactó positivamente en la motivación terapéutica. Los resultados evidenciaron reafirmación de autoridad materna saludable y recuperación de vínculos afectivos. Este enfoque integral

permitió que la abstinencia se sostuviera por la restauración de roles significativos y mejora en relaciones interpersonales importantes.

La conciencia del paciente sobre los efectos biopsicosociales del consumo y la implementación de estrategias de prevención de recaídas basadas en el modelo de Marlatt-Gordon fueron esenciales para la abstinencia sostenida del paciente. Los planes de tratamiento enfocados con técnicas de emergencia, el reenfoque de los efectos de la violación de la abstinencia y los seguimientos quincenales resultaron en la consolidación de aprendizajes y demostraron que el enfoque cognitivo-conductual integral produce cambios duraderos en el consumo y la calidad de vida.

RECOMENDACIONES

Se recomienda la implementación de protocolos de intervención, en los servicios de salud mental, en los cuales se incluya terapia cognitivo-conductual en función del perfil psicosocial de las damas con problemas de consumo. Es prudente considerar la perspectiva de género lo que permitiría la identificación de elementos de vulnerabilidad direccionados a la violencia, a fin de desarrollar herramientas de afrontamiento más consistentes.

En cuanto a las intervenciones clínicas,

Se recomienda la implementación de evaluación iniciales y de seguimiento a fin de que las intervenciones consideren variables como las áreas consideradas en la presente investigación. La multidimensionalidad empleada optimiza la individualización del abordaje, la detección temprana de elementos de recaída y la consolidación de competencias, favoreciendo la estabilidad del cambio de conducta a lograr.

Con respecto al constructo de seguimiento es recomendable el estructurar sesiones quincenales o mensuales con el objetivo de fortalecer los avances conseguidos, evitar recaídas, y facilitar la autodeterminación en la gestión del comportamiento adictivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adams, S., Gibson, B. C., Votaw, V. R., & Witkiewitz, K. (2023). Efficacy of mindfulness-based relapse prevention in a sample of veterans in a substance use disorder aftercare program: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 151, 209084. <https://doi.org/10.1016/j.josat.2023.209084>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Publishing.
- Arrese, M., Barrera, F., Díaz, L., Lazarus, J., & Villota, M. (2024). La carga de la enfermedad hepática en América Latina. *ELSEVIER*, 29(3), 112-126. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aohep.2023.101175>
- Baños-Chaparro, J. (2024). Validación de la Prueba de identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol en adolescentes peruanos. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 53(1), 16-29. <https://doi.org/https://orcid.org/0000-0002-2604-7822>
- Barba, C., García, D., & Jiménez, Á. (2022). Características de los trastornos de personalidad y consumo de alcohol. *Mediciencias*, 6(4), 74-83. <https://doi.org/https://doi.org/10.31243/mdc.uta.v6i4.1828.2022>
- Binumon, K. V., Ezhumalai, S., Janardhana, N., & Chand, P. K. (2024). Family intervention models for young adults with substance abuse: A systematic review. *Indian Journal of Psychiatry*, 66(6), 570-580. <https://doi.org/10.1177/02537176241246042>
- Calla, M., Hurtado, M., Gálvez, J., & Li, C. (2021). Community mental health centers: are the solution for mental health problems in primary care? *Scielo*, 14(2), 125-145.

https://doi.org/http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000200026

Catacora, M., & Villalta, E. (2021). *Personalidad adolescente y su relación con el consumo de alcohol en Instituciones Educativas Públicas de Tiabaya*. Universidad Nacional de San Agustín.

Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2023). Cognitive-behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of Addictive Behaviors*, 37(1), 1-11. <https://doi.org/10.1037/adb0000870>

Del Campo, M., Cervera, M., & Álvarez, A. (2023). El consumo de alcohol en mujeres jóvenes: Desafíos y repercusiones en el contexto actual. *ACC CIETNA*, 10(1), 110-124. <https://doi.org/https://doi.org/10.35383/cietna.v10i1.919>

Esteban, J., Suárez-Relinque, C., & Jiménez, T. I. (2023). Effects of family therapy for substance abuse: A systematic review of recent research. *Family Process*, 62(2), 494-517. <https://doi.org/10.1111/famp.12841>

Greaves, L., Poole, N., & Brabete, A. (2022). Sex, Gender, and Alcohol Use: Implications for Women and Low-Risk Drinking Guidelines. *PubMed*, 19(8), 45-69. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph19084523>

Gibson, B. C., Votaw, V. R., Adams, S., & Witkiewitz, K. (2023). Mindfulness-based relapse prevention and 12-step facilitation as aftercare treatment for veterans with substance use disorders: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 37(5), 641-652. <https://doi.org/10.1037/adb0000916>

- Karoly, H., Kirk-Provencher, K., Schacht, J., & Gowin, J. (2024). Alcohol and brain structure across the lifespan: A systematic review of large-scale neuroimaging studies. *Addiction Biology*, 29(9), 134-159. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/adb.13439>
- Kirsch, D., Belnap, M., Kady, A., & Ray, L. (2025). A narrative review on alcohol use in women: insight into the telescoping hypothesis from a biopsychosocial perspective. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 51(8), 14-30. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/00952990.2024.2419540>
- Kulkarni, A., & Singal, A. (2023). Detección del trastorno por consumo de alcohol y seguimiento del consumo de alcohol en la clínica hepática. *Clin Liver Dis (Hoboken)*, 22(6), 219-224. <https://doi.org/https://doi.org/10.1097/CLD.0000000000000053>
- Lim, S.-H., Shin, J.-K., Ahn, M. E., Lee, C.-h., & Lee, S.-K. (2025). The effects of cognitive behavioral therapy-based digital therapeutic intervention on patients with alcohol use disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1486338. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2025.1486338>
- Liu, Y., Liu, Y., Cheng, J., Pang, L.-J., & Zhang, X.-L. (2023). Correlation analysis of mental health conditions and personality of patients with alcohol addiction. *World J Psychiatry*, 13(11), 893-902. <https://doi.org/https://www.wjgnet.com/2220-3206/full/v13/i11/893.htm>
- Limberger, J., da Silva Oliveira, M., & Andretta, I. (2018). Social skills training for drug users under treatment: a pilot study with follow-up. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 31, 29. <https://doi.org/10.1186/s41155-018-0109-9>

- Maggioni E, R. M.-S. (2023). Brain volumes in alcohol use disorder: Do females and males differ? A whole-brain magnetic resonance imaging mega-analysis. *PubMed*, 44(13), 4652–4666. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/hbm.26404>
- Magill, M., Kiluk, B., & Ray, L. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol and Other Drug Use Disorders: Is a One-Size-Fits-All Approach Appropriate? *PubMed*, 19(14), 1-11. <https://doi.org/https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9948631/>
- McCrary, B. S., Epstein, E. E., & Fokas, K. F. (2020). Treatment interventions for women with alcohol use disorder. *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(2), 08. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.08>
- Ministerio de Salud. (3 de Diciembre de 2023). *Gobierno del Perú – Ministerio de Salud (Minsa)*. Gobierno del Perú: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/876457-el-35-de-los-peruanos-padecerian-de-consumo-problematico-de-alcohol-sin-reconocerlo>
- Ministerio de Salud. (16 de Noviembre de 2024). *Gobierno del Perú – Ministerio de Salud (Minsa)*. Gobierno del Perú: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1058875-establecimientos-de-minsa-atendieron-mas-de-43-000-casos-por-consumo-de-alcohol-durante-el-2024>
- Morera-Fumero, A. L., García-Gómez, M. N., & Jiménez-Sosa, A. (2025). Clinical Personality Patterns in Alcohol Use Disorder: A Study Focused on Sex Differences. *MDPI*, 14(14), 62-78. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/jcm14145062>
- ONU. (25 de Junio de 2024). *Naciones Unidas*. Noticias ONU: <https://news.un.org/es/story/2024/06/1530801>

- Peña, C., Kazah, N., Carrillo, B., Díaz, C., Callén, A., Serrano, A., & Aznar, I. (2024). Neurologic comorbidity in psychiatric inpatients: evidence from neurologic consultations in a Spanish center. *Rev Neurol*, 79(1), 11-20. <https://doi.org/https://doi.org/10.33588/rn.7901.2024054>
- Quiroga-Garza, A., & Nava Medellín, M. (2026). Propiedades psicométricas del modelo de relación familiar: Reactivo único. *Revista de Psicología*, 44(1). <https://doi.org/10.18800/psico.202601.010>
- Sharma, S., & Mishra, P. (2018). Cognitive behavioural interventions in addictive disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(Suppl 4), S479-S484. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224352>
- Salomon, T., Cremonte, M., & Conde, K. (2024). Evidencia de la validez concurrente del DSM-5 e ICD-11 en argentinos que buscan tratamiento por trastorno por uso de alcohol. *Revista científica ciencias de la salud*, 6(2), 24-36. <https://doi.org/https://doi.org/10.53732/rccsalud/2024.e6132>
- Santos-Morocho, J., Toral-León, L., Ortiz-Ochoa, W., Muñoz-Pauta, M., Jiménez-Herrera, R., & Torres-Vallejo, M. (2025). Correlation Between Coping Mechanisms and Alcohol Use Disorder. *Erevna Research Reports*, 3(2), 40-61. <https://doi.org/https://revistaerevna.com/index.php/erevna/article/view/35/74>
- Scholl, J., Pearson, K., Fercho, K., & Van, A. (2024). Differing Effects of Alcohol Use on Epigenetic and Brain Age in Adult Children of Parents with Alcohol Use Disorder. *Brain Sciences*, 14(12), 141-162. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/brainsci14121263>

- Serna, J. (2024). *Estudio de caso de una mujer consumidora de alcohol que acude a un centro de salud mental comunitario*. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Sime, A. (2022). *Implicancia del trastorno por consumo de alcohol y otros factores asociados a la depresión en población mayor de 14 años de edad en el Perú basada en la encuesta demográfica y de salud familiar (endes) del año 2019*. Universidad Ricardo Palma.
- Surco, M., & Salazar, R. (2023). *Asociación de consumo de alcohol a la violencia contra las mujeres que acuden a una entidad judicial de la provincia del Cusco-2023*. Pontificia Universidad Católica del Perú. Escuela de Posgrado.
- Tintaya, A., Castro, M., & Meléndez, J. (2024). Funcionamiento familiar y consumo de alcohol en padres con hijos adolescentes. *Revista Enfermería Herediana*, 14(1), 46-63.
<https://doi.org/https://doi.org/10.20453/renh.v17i.2024.5820>
- Verplaetse TL, C. K. (2021). Sex/gender differences in brain function and structure in alcohol use: a narrative review of neuroimaging findings over the last 10 years. *PubMed*, 99(1), 309-323. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/jnr.24625>

ANEXOS:

REGISTROS DE FRECUENCIA DE CONDUCTAS EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO

A continuación se presentan los modelos de registros de frecuencia utilizados de manera sistemática a lo largo del proceso terapéutico para el monitoreo objetivo de las conductas intervenidas. Cada registro fue completado por la paciente entre sesiones y revisado al inicio de la sesión siguiente.

Registro 1. Registro de Frecuencia de Craving e Impulsos de Consumo

Fecha	Hora de activación	Situación desencadenante	Intensidad del craving (0–10)	Duración aprox. (min)	Estrategia aplicada	¿Se mantuvo la abstinencia? (Sí/No)
Sesión 2 – Día 1	18:30 h	Regreso al hogar, discusión con pareja	8	25	Ninguna registrada	Sí
Sesión 2 – Día 3	19:00 h	Malestar físico, soledad	9	40	Ninguna registrada	Sí
Sesión 4 – Día 2	18:45 h	Preparación de la cena, ansiedad	5	15	Respiración diafragmática	Sí
Sesión 7 – Día 1	19:10 h	Discusión laboral recordada	3	10	Autoinstrucciones + relajación	Sí
Sesión 9 – Día 1	—	Sin activación registrada	0	—	—	Sí

Registro 2. Registro de Práctica de Técnicas de Regulación Emocional

Fecha	Técnica practicada	Hora	Situación / motivo	Intensidad ansiedad ANTES (0–10)	Intensidad ansiedad DESPUÉS (0–10)	Observaciones
Sem. 4 – Día 1	Relajación muscular Jacobson	19:00 h	Craving vespertino	7	3	Se practicó por 20 min
Sem. 4 – Día 3	Respiración diafragmática	18:30 h	Ansiedad al llegar a casa	6	2	Aplicada espontáneamente
Sem. 6 – Día 2	Autoinstrucciones + respiración	20:00 h	Conflicto familiar	5	2	Aplicada sin indicación
Sem. 8 – Día 4	Relajación muscular Jacobson	07:30 h	Práctica preventiva matutina	2	1	Generalización mantenida

Registro 3. Registro de Autocontrol Conductual

Fecha	Situación de riesgo identificada	Pensamiento automático presente	¿Se interrumpió la cadena? (Sí/No)	Estrategia de interrupción aplicada	Conducta alternativa realizada
Sem. 3 – Día 2	Amiga ofrece alcohol en reunión	"Solo uno no me hace daño"	Sí	Autoinstrucción: "Puedo negarme"	Solicitó agua mineral y cambió el tema
Sem. 5 – Día 1	Estrés laboral intenso a las 17:00 h	"Necesito algo para relajarme"	Sí	Respiración diafragmática	Salió a caminar 20 minutos
Sem. 5 – Día 4	Conflicto con madre, 19:30 h	"Esto es insoportable"	Sí	Relajación + reestructuración	Fue a su habitación y usó técnica
Sem. 7 – Día 3	Horario vespertino sin actividad	"Me aburro, antes bebía aquí"	Sí	Control estimular + actividad alt.	Preparó cena con sus hijos

Registro 4. Registro de Situaciones de Presión Social y Respuesta Asertiva

Fecha	Situación de presión	Persona que presionó	Respuesta emitida (descripción breve)	¿Respuesta asertiva? (Sí/No)	Reacción del interlocutor	¿Se mantuvo la abstinencia?
Sem. 5 – Día 2	Ofrecimiento de copa en reunión familiar	Cuñada	"No gracias, estoy en tratamiento"	Sí	Sorpresa, luego respeto	Sí
Sem. 5 – Día 5	Insistencia de amiga para salir a beber	Amiga	Cambió de tema sin negarse directamente	No	Continuó insistiendo	Sí
Sem. 6 – Día 1	Presión en contexto de cumpleaños	Familiar	"Prefiero no beber, gracias"	Sí	Aceptación	Sí
Sem. 7 – Día 3	Comentario despectivo sobre abstinencia	Compañero de trabajo	"Es mi decisión y la mantengo"	Sí	Silencio, no insistió	Sí

Registro 5. Registro de Actividades Parentales y Competencias de Cuidado

Fecha	Actividad parental realizada	Duración (min)	Conducta afectiva emitida (descripción)	¿Se estableció algún límite? (Sí/No)	Descripción del límite / respuesta del hijo/a	Observaciones
-------	------------------------------	----------------	---	--------------------------------------	---	---------------

Sem. 8 – Día 1	Acompañamiento en tareas escolares	45	Elogio verbal por esfuerzo del hijo	Sí	"Las tareas primero, luego TV"	Primera vez en semanas
Sem. 8 – Día 3	Preparación de cena juntos	30	Abrazo al llegar del colegio	No	—	Iniciativa espontánea
Sem. 9 – Día 2	Rutina de higiene y sueño	20	Cuento antes de dormir	Sí	Límite de hora de dormir respetado	Sin conflicto
Sem. 10 – Día 1	Juego estructurado vespertino	40	Expresiones de afecto durante el juego	Sí	"Cuando terminemos recogemos juntos"	Conducta parental autónoma

Registro 6. Registro de Pensamientos Automáticos y Reestructuración Cognitiva

Fecha / Hora	Situación activadora	Pensamiento automático (tal como surgió)	Emoción asociada (intensidad 0–10)	Distorsión identificada	Pensamiento alternativo formulado	Emoción tras reestructuración (0–10)
Sem. 3, 19:00 h	Discusión con madre	"No voy a poder con esto sin beber"	Ansiedad: 8	Catastrofización	"He manejado situaciones difíciles sin alcohol antes"	Ansiedad: 4
Sem. 3, 07:30 h	Recordó conflicto laboral	"No sirvo para nada"	Tristeza: 7	Abstracción selectiva	"Cometí un error, no soy el error"	Tristeza: 3
Sem. 5, 18:30 h	Craving vespertino al llegar a casa	"Un trago no me haría daño"	Craving: 6	Minimización del daño	"Un trago rompe mi proceso; puedo relajarme de otra manera"	Craving: 2
Sem. 7, 20:00 h	Situación de tensión familiar	"Todo sería más fácil si bebiera"	Malestar: 5	Pensamiento mágico	"El alcohol alivia por un momento pero empeora todo después"	Malestar: 2