

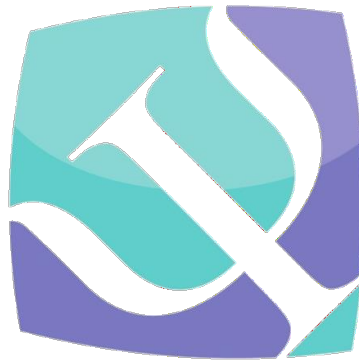


UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

UNIVERSIDAD DE ALMERÍA



FACULTAD DE PSICOLOGÍA



**Trabajo Fin de Grado en Psicología
Convocatoria Junio 2019**

**Estudio de caso: Intervención psicológica y prevención
de recaídas en un caso de alcoholismo.**

**Case Study: Psychological intervention and relapse
prevention in a case of alcoholism.**

**Autor/a: Juan José Martínez García
Tutor/a: Serafín Gómez Martín**

Resumen

M., es un varón de 44 de años de origen argentino, pero actualmente residiendo en Almería, acude a la Asociación Alcohólicos Rehabilitados de Almería (A.R.A.) tras abandonar la Comunidad Terapéutica donde recibió ayuda durante seis días. Desde que era joven ha consumido alcohol, especialmente cerveza, y no presenta recursos ni habilidades necesarias para mantener la abstinencia completa. Se le aplica un tratamiento individual y grupal basado en la *Terapia Cognitivo Conductual (TCC)* –haciendo énfasis en la Prevención de Recaídas – y la *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*, con el objetivo de producir un reequilibrio en su estilo de vida ya que presenta graves problemas en el hígado. Debido a la inestabilidad familiar que existe en casa M. vuelve a consumir, produciéndose el Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA) por lo que los objetivos y metas que se proponen no se acaban logrando.

Palabras clave: Alcoholismo, Abstinencia, Recaída, ACT, PR.

Abstract

M., is a 44-year-old man of Argentine origin, but currently residing in Almeria, he goes to the Alcoholics Association of Almeria (A.R.A.) after leaving the therapeutic community where he received help for six days. Since he was young he has consumed alcohol, especially beer, and he doesn't have the resources or skills necessary to maintain complete abstinence. Individual and group treatment is applied based on Cognitive Behavioral Therapy (CBT) - emphasizing the Relapse Prevention (RP) - and Acceptance and Commitment Therapy (ACT), with the aim of producing a rebalancing of your lifestyle due to he presents serious problems in his liver. Due to the family instability that exists at home, M. returns to consume, producing the Abstinence Violation Effect (EVA) so that the objectives and goals that are proposed don't end up being achieved.

Keywords: Alcoholism, Abstinence, Relapse, ACT, RP.

Índice

Introducción.....	5
Identificación del paciente.....	19
Análisis del motivo de consulta.....	19
Historia del paciente.....	20
Análisis y descripción de las conductas problema.....	22
Objetivos terapéuticos.....	23
Selección del tratamiento y técnicas de evaluación utilizadas.....	23
Aplicación del tratamiento.....	25
Evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento.....	32
Seguimiento.....	32
Observaciones.....	33
Conclusiones.....	34
Referencias.....	39

Introducción

Como afirma Comas (1985) la palabra “droga” se refiere a muchas sustancias. Sin embargo, debido a influencias socio-culturales muchas de ellas no las encasillamos en este gran apartado, engañándonos a nosotros mismos respecto a la esclavitud en la que podemos vivir. Un ejemplo sencillo pueden ser el tabaco y el alcohol, dos drogas institucionalizadas debido a su alta presencia en nuestro día a día.

Parece que la controversia siempre surge cuando se trata de drogas no aceptadas socialmente (Heroína o LSD), en estos casos el consumidor se convierte en un drogadicto, mientras que el consumo continuado y problemático de alcohol desgraciadamente nunca se equipara al anterior. Con ello, no queremos decir que el consumo de LSD o Heroína sea adecuada, ni mucho menos, pero ambas resultan perjudiciales para nuestra salud (Llopis, Pons y Berjano, 1996).

El alcohol es la droga más consumida del mundo. En su inicio, su ingesta se asociaba con aspectos religiosos o culturales, sin embargo con el paso de los siglos, tomó gran importancia el consumo social pasando a estar presente en la mayoría de nuestros hogares. Es pues, que podemos distinguir entre dos colectivos: (1) aquellas personas que consumen con responsabilidad y de forma esporádica sin llegar a desarrollar una adicción; (2) y aquellas, que de forma inadecuada no pueden controlar su consumo (Pretel, González, Machado, Fernández y Toledo, 2014).

Por droga se entiende, como bien afirman Peirats y Ochoa (1987) cualquier sustancia que cumpla los siguientes requisitos:

- Es administrada de forma voluntaria por la persona.
- A través de su consumo se pretende obtener cambios físicos y/o psicológicos.
- Como consecuencia del consumo, puede provocarse en el consumidor una situación de necesidad psicológica de seguir consumiendo la droga.
- El propio consumidor y la sociedad, perciben el producto como capaz de provocar los efectos anteriormente citados.

El alcohol es un depresor del Sistema Nervioso Central (S.N.C.) y su abuso y consumo continuado produce una serie de alteraciones fisiológicas y conductuales. Un ejemplo es el *Síndrome de Korsakoff*, producido por la falta de Vitamina B1 (Tiamina) y que produce un deterioro del lóbulo frontal. El alcoholismo es la causa más característica de Tiamina, sin embargo, también se han descrito otras causas como malnutrición/desnutrición, diálisis, o SIDA (Parkin, Blunden, Ress & Hunkin, 1991).

Como consecuencia estos pacientes pueden aportar bastante información sobre hechos muy lejanos como su infancia y adolescencia, pero presentan importantes dificultades para aportar información reciente (amnesia anterógrada). Es pues, como si su vida se hubiera quedado anclada en el pasado (González, et al., 2017).

De hecho, cuando se les pregunta sobre hechos actuales (por ejemplo, con quién viven) las respuestas son bastante pobres, llegando a fabricar historias irreales para rellenar estas lagunas amnésicas. Debido a la amnesia que presentan tienen dificultades para aprender caras, nombres y lugares nuevos (Truffino, 2004).

También podemos citar el conocido *Delirium Tremens*, un conjunto de síntomas que se desarrollan después de la interrupción (abstinencia) de bebidas alcohólicas. Las alucinaciones (sobre todo visuales) son los síntomas más comunes, aunque también se puede producir pérdida de orientación, paranoia, e hiperactividad constante. A pesar de que actualmente la tasa de mortalidad se encuentra por debajo de un 2%, hace unos años ascendía hasta más de un 30% (Saunders y Janca, 2003).

Igualmente, algunos estudios afirman que se produce un aumento de la *Celotipia Crónica/Alcohólica* (también conocido como delirios de celos). Sin embargo, en este caso, la personalidad juega un papel muy importante en su desarrollo y por tanto los datos son contradictorios (Jiménez, et al., 2007).

En el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013) encontramos un gran apartado denominado “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” dentro de él, existe otro sub-apartado de “Trastornos relacionados con el alcohol” donde se distinguen:

- *Trastorno por consumo de alcohol.*
- *Abstinencia de alcohol.*
- *Intoxicación por alcohol.*
- *Otros trastornos inducidos por el alcohol.*
- *Trastorno relacionado con el alcohol no especificado.*

En nuestro caso, nos centraremos exclusivamente en el *Trastorno por consumo de alcohol*, caracterizado por una serie de síntomas físicos y comportamentales entre los que destaca la

tolerancia, abstinencia y deseo intenso de consumo. En cuanto a la prevalencia, se considera elevada ya que la tasa de hombres adultos se encuentra en un 12.4% mientras que en mujeres adultas un 4.9% (American Psychiatric Association, 2013).

La tasa de hombres que presentan el trastorno es más del doble que mujeres, una de las posibles razones podría deberse a la imagen tan negativa que se genera cuando una mujer es alcohólica. Sin embargo, habría que preguntarse cuántas mujeres pueden estar sufriendo este trastorno pero por motivos de vergüenza, estereotipos u imposición (violencia de género) siguen recluidas en el consumo.

El deseo intenso de consumo perjudica en numerosos aspectos de la vida del paciente, como en su ámbito laboral o académico, dificultando la capacidad para mantener la concentración y atención. Además, el consumo de alcohol puede utilizarse para intentar paliar diferentes problemas de ansiedad, depresión, bullying, acoso laboral o insomnio (American Psychiatric Association, 2013).

Tabla 1

Criterios diagnósticos según el DSM-V

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

- A. Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir

- alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
 5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol.
 7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el alcohol.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol
 11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol.
 - b. Se consume alcohol (o alguna sustancia similar, como benzodiazepinas) para aliviar los síntomas de abstinencia.

Especificar si:

- *En remisión inicial:* Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4, “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”).
- *En remisión continuada:* Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el Criterio A4, “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que

puede haberse cumplido).

Especificar si:

- *En un entorno controlado*: Este especificador adicional se utiliza si el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol.

Especificar la gravedad:

- *Leve*: Presencia de 2-3 síntomas.
- *Moderado*: Presencia de 4-5 síntomas.
- *Grave*: Presencia de 6 o más síntomas.

Nota. Recuperado de “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*”, de American Psychiatric Association., 2013, Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Pese al auge de los tratamientos farmacológicos en los últimos años, resulta necesario recordar la necesidad de los tratamientos psicológicos. La estrategia más utilizada en el alcoholismo es la **Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)**, dentro de este paradigma podemos distinguir (Secades, García, Fernández y Carballo, 2007):

- ***Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento***. Proporciona al paciente las herramientas apropiadas para enfrentarse a situaciones interpersonales o sociales de riesgo (consumo de alcohol), como puede ser la presión social ante la propuesta de beber alcohol. Algunas estrategias utilizadas son la asertividad, solución de problemas o expresión de emociones (Monti, Rohsenow, Colby & Abrams, 1995, citado en Secades et al., 2007).
- ***Terapia Conductual Familiar y de Pareja***. Los pacientes alcohólicos cuyos familiares asisten a terapia tienen un índice de mejora más alto que los familiares que no acuden. Las metas principales son el reforzamiento positivo y el entrenamiento en habilidades de comunicación (Secades y Fernández, 2001., citado en Secades et al.,

2007).

- ***El modelo de Prevención de Recaídas (PR)*** de Marlatt & Gordon (1985) propone a los pacientes desarrollar “adicciones sanas” como hobbies o deportes, lo que producirá un aumento de autoestima. Tiene el objetivo de ayudar a los usuarios a anticipar las posibles recaídas (Becoña, et al., 2008).

Marlatt (1993) entiende la recaída como un proceso transitorio (un fallo), y no implica un retorno al punto inicial del tratamiento desde el cual tiene que volver a empezar. Este lapsus debe servir para aprender y adquirir nuevas conductas saludables, además de prevenir una nueva aparición (Becoña et al., 2008).

Si un sujeto no afronta con éxito una situación de alto riesgo de consumo (ya sea por estados emocionales negativos como ansiedad o aburrimiento; conflictos interpersonales como familiares o laborales; o presión social), la probabilidad de recaer en una situación futura es mayor (Ver Figura 1) (Marlatt, 1993, citado en Becoña et al., 2008).

En estas situaciones afloran sentimientos de desamparo, fracaso o tristeza produciéndose una disminución de la percepción de autoeficacia. Este fenómeno es conocido como “Efecto de la Violación de la Abstinencia / EVA” fundamentado en dos elementos básicos: una disonancia cognitiva (conflicto y culpa) y una atribución personal (culpa al yo como causa de la recaída) (Marlatt, 1993, citado en Becoña et al., 2008).

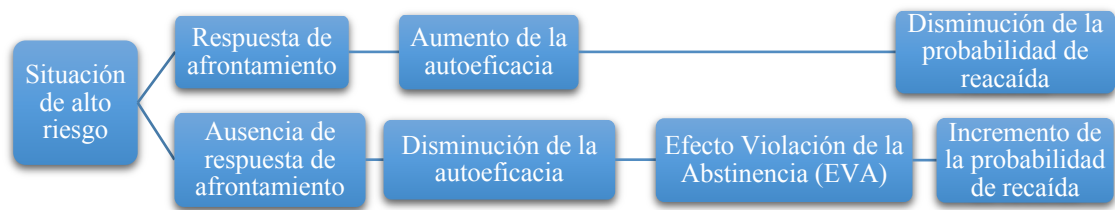


Figura 1. Modelo cognitivo conductual de recaída. Recuperado de “Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao”, de Witkiewitz, K. & Marlatt, G. A., 2004, *American Psychologist*, 59, 224.

Por ello, la PR plantea un gran abanico de estrategias para afrontar de manera adecuada una posible recaída, modificar cogniciones y reconocer las situaciones de alto riesgo. Estas se pueden resumir en los tres siguientes apartados (Carramiñana, 2016):

(1) Entrenamiento en habilidades para afrontar de manera adecuada las situaciones de alto riesgo. Para ello se plantea:

- **Asertividad o conductas asertivas:** No se entiende como un rasgo estable, sino que más bien una persona puede comportarse de manera asertiva en una situación y no en otra. Somos asertivos cuando expresamos quejas, afrontamos críticas, así como cuando hacemos y recibimos cumplidos.
- **Control del estrés:** Meichenbaum (1987) propuso algunas herramientas como la relajación, solución de problemas o control cognitivo y emocional.

- **Relajación:** Beck, Wright, Newman y Liese (1999) proponen la respiración controlada y la relajación sistemática y progresiva como técnicas adecuadas para reducir el craving.
- **Control de la ira:** La intervención va dirigida a la reestructuración de las creencias. El role-playing sirve para exponer al sujeto a una situación desagradable y ver cómo ha evolucionado (González y Carrasco, 2006, citado en Carramiñana, 2016).
- **Comunicación:** Adquiere importancia no sólo la verbal, sino también la no-verbal (mirar a los ojos, postura corporal, etc). Pretende la inserción social, expresar sentimientos, entre otros (Martínez, Pérez y De las Heras, 2004, citado en Carramiñana, 2016).
- **Habilidades para la resolución de conflictos:** Una estrategia podría ser las cinco fases de Becoña (2008) entendidas como orientación hacia el problema, definición y formulación, generación de alternativas, toma de decisiones, y puesta en práctica y verificación de la solución.

(2) Reestructuración cognitiva para identificar y anticipar situaciones de alto riesgo, así como controlar los deseos irresistibles. Algunas técnicas son:

- **Autorregistro** donde se plasme la situación vivenciada y la emoción sentida (del 0 al 10), pensamientos, acciones y consecuencias de esa acción.

- Técnicas de distracción (hacer puzles, sudokus) con el objetivo de mantener la concentración en el exterior y no en uno mismo (recuerdos, ansiedad, apatía, etc).
- Técnicas de imaginación para sustituir pensamientos negativos por positivos (sustituir el recuerdo de estar bebiendo, por uno con su familia disfrutando en la playa).
- Tarjetas-flash: Disponer de tarjetas con información útil (teléfono del psicólogo, instrucciones, frases útiles) para recordar pensamientos alternativos cuando se encuentre en una situación de riesgo (Bados y García, 2010, citado en Carramiñana, 2016).

(3) Reequilibrio del estilo de vida para incrementar actividades alternativas al consumo de alcohol. Se sustenta en la promoción de la salud (relajación, meditación, ejercicio físico, etc) para el manejo del craving y afrontar sus propios pensamientos (Bowen, et al., 2006, citado en Carramiñana, 2016).

Siguiendo esta línea, resulta importante destacar una importante aportación proveniente de Bowen, Chawla y Marlatt (2013) desarrollando una ***Prevención de Recaídas basada en Mindfulness (MBRP)*** como eje central. En este programa post-intervención se incluye la meditación de “consciencia plena” con la tradicional PR citada anteriormente. Pero, ¿qué ofrece el Mindfulness en relación a las adicciones? Permite a los usuarios ver las cosas tal como son, centrándose en el presente en vez de en el futuro, además proporciona una serie de recursos adecuados para enfrentarse al

deseo/impulso de consumir. La visión general que plantea se reduce en ocho sesiones/semanas:

Tabla 2

Sesiones del programa MBRP

SESIONES	TEMA
Sesión 1	Piloto automático y recaídas.
Sesión 2	Consciencia de los desencadenantes y deseos.
Sesión 3	Mindfulness en la vida cotidiana.
Sesión 4	Mindfulness en situaciones de alto riesgo.
Sesión 5	Aceptación y acción eficaz.
Sesión 6	Ver los pensamientos como pensamientos.
Sesión 7	Autocuidado y estilo de vida equilibrado.
Sesión 8	Apoyo social y continuación de la práctica.

Nota. Adaptado de “*Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness*”, de Bowen. S., Chawla, N. y Marlatt, G. A., 2013, 224, Bilbao: Desclée de Brower.

Las primeras tres sesiones se centran en la tendencia que tenemos para realizar conductas en “piloto automático”, así como la toma de consciencia para poder centrar la atención en el presente. Las siguientes tres sesiones van encaminadas a poner en práctica lo aprendido en situaciones de alto riesgo de recaída. Por último, las dos últimas tienen el objetivo de arraigar un estilo de vida diario basado en la consciencia plena (Bowen, et al., 2013).

Como bien indican los estudios de Zgierska, et al., (2008); Brewer, et al., (2009); y los realizados por los propios autores del programa, los participantes que recibieron

este tipo de programa post-tratamiento presentaron un aumento de la atención consciente, aceptación, así como una disminución del estrés, depresión, ansiedad, y deseos de consumir (Bowen, et al., 2013).

Por último, y no por ello menos importante, durante la intervención en este caso clínico se hará énfasis en la aceptación de los eventos privados mediante la **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)** (Wilson y Luciano, 2002) perteneciente a las terapias de tercera generación denominadas contextuales. Introduce una serie de estrategias y habilidades para acabar con el Trastorno de Evitación Experiencial o falta de flexibilidad psicológica, entendido como una consciente eliminación o reducción de los eventos privados molestos con el propósito de evitar el malestar (Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001).

Imaginemos una situación donde un paciente alcohólico presenta un fuerte sentimiento de tristeza ante una desagradable noticia, y realiza una conducta de abuso con el objetivo de acabar o disminuir ese estado. Al beber alcohol, se potencia la manera en la que hay que actuar cuando se nos presenta una situación adversa similar (Lopez, 2014).

Sin embargo, esto produce una clase funcional de evitación experiencial ya que, por un lado el malestar indudablemente sigue estando ahí mientras que por otro lado, la vida de la persona acaba limitándose cada vez más a un patrón que lejos de beneficiarle le acaba perjudicando (López, 2014).

Por ello, la ACT plantea la aceptación como alternativa a la evitación. El paciente por tanto, debe aceptar aquello que no se puede cambiar, sin huir de todos aquellos sentimientos o pensamientos problemáticos (Luciano et al., 2001). Al existir flexibilidad psicológica la

persona aprenderá una nueva forma para manejar sus circunstancias personales, produciéndose una nueva relación con sus pensamientos. Es entonces, cuando el consumo de alcohol para aliviar una mala noticia, será sustituido por otra acción como por ejemplo pasear por la playa (López, 2014).

Igualmente, tiene como objetivo alterar la función de los eventos privados (por lo que provoca un distanciamiento con ellos y una vida en dirección a los propios valores personales), mientras que la TCC persigue alterar el contenido de esos eventos. Es decir, ambos modelos no son compatibles conceptualmente (Luciano, Rodríguez & Gutiérrez, 2004, citado en Perea, 2017).

Tabla 3

Fases de la Terapia de Aceptación y Compromiso

FASES	DESCRIPCIÓN
Fase 1: La desesperanza creativa	Le permite ver al paciente lo que quiere en su vida, lo que hace para conseguirlo, y los resultados que obtiene a corto/largo plazo. Con ello, entiende que el problema no son los eventos privados en sí, sino la conducta que ejerce ante ellos (evitación), ya que de inmediato puede funcionar, pero a la larga produce un importante costo. Ejercicios que se pueden realizar: la “metáfora del hoyo” o la “metáfora de las arenas movedizas” (Wilson y Luciano, 2002, citado en García, 2016).
Fase 2: La clarificación de	Mediante la utilización de diferentes metáforas (funeral, jardín, o epitafio) se pretende ayudar al

valores.	<p>sujeto a saber qué quiere en su vida, así como las acciones que debe realizar para conseguirlos.</p> <p>Ejercicios que se pueden realizar: la “metáfora del funeral” o la “metáfora del jardín”.</p>
Fase 3: El control de los eventos privados como problema.	<p>El sujeto debe entender que el control sobre dichos eventos ha sido el verdadero causante del alejamiento de sus propios valores. Ejercicios que se pueden realizar: “los elefantes rosas” o “la lucha con el monstruo” (Wilson y Luciano, 2002, citado en García, 2016).</p>
Fase 4: La desliteración o desactivación de las funciones verbales.	<p>El objetivo es quitarle importancia a la fijación entre las palabras y su función. Ejercicios que se pueden realizar: “sacar la mente a pasear” o “el limón” (Wilson y Luciano, 2002, citado en García, 2016).</p>
Fase 5: Yo como contexto.	<p>El sujeto debe ser capaz de experimentar emociones tanto agradables como desagradables. Ejercicios que se pueden realizar: la “metáfora del tablero” o “el otoño y las hojas” (Wilson y Luciano, 2002, citado en García, 2016).</p>
Fase 6: Escoger una dirección en la vida y ponerla en práctica.	<p>El propósito es desarrollar una vida donde los eventos privados no se conviertan en una lucha constante, a la vez que se actúa conforme a una dirección apreciada. Ejercicios que se pueden realizar: la “metáfora del autobús” o la “metáfora de montar en bicicleta” (Wilson y Luciano, 2002, citado en García, 2016).</p>

Nota. Adaptado de “La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia”, de Luciano, M. C. y Valdivia, M. S., 2006, *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.

En consecuencia, todas estas estrategias se ponen de manifiesto en las terapias y talleres impartidos en A.R.A. Especial mención requiere la terapia grupal, de vital importancia en el alcoholismo puesto que los usuarios se ven identificados. De este modo, los asistentes reciben refuerzo positivo y feed-back aumentando así su propia motivación, autoestima y consideración.

Identificación del paciente

M. es un varón de 44 años de origen argentino, casado con 4 hijos, de profesión camarero (aunque actualmente de baja), con estudios medios y con un nivel socioeconómico medio-bajo. Vive con su mujer e hijos en Almería. Su núcleo familiar es estable, pues su familia está implicada de manera activa en el proceso de cambio, sin embargo las discusiones son continuas.

Análisis del motivo de consulta

M. acude a la asociación A.R.A. de manera voluntaria (tras haberla buscado previamente por internet), y sin acompañamiento personal de ningún familiar o amigo/a. Su principal queja a la llegada fue que no era capaz de dejar el alcohol tras varios intentos previos, ayudado por el *SPD – Servicio Provincial de Drogodependencias* y por el tratamiento de un *psiquiatra privado*.

A lo anterior, acompañaba una caótica situación familiar que empeoraba día tras día. Tenía continuas discusiones con su pareja, sus hijos (sobre todo el mayor), y problemas económicos. A pesar de ello, nuestro paciente nunca tuvo problemas delictivos, ni conflictos con personas externas a su núcleo familiar (vecinos, amigos, etc).

Además, uno de los motivos fundamentales por los que acudió a la agrupación fue por sus problemas físicos (Hepatitis) ocasionados por el consumo excesivo y duradero de alcohol.

Historia del paciente

M. nace en (Argentina) en un núcleo familiar estable y acomodado (padre publicista y madre maestra). Es el mayor de tres hermanos y durante su infancia vivía con su familia mientras estudiaba. Su primer contacto con el alcohol lo tiene bastante joven (14 años). Por aquel entonces, consumía exclusivamente los fines de semana para divertirse con sus amigos del barrio.

Con 17 años se independiza de sus padres y comienza a vivir solo, teniendo que abandonar los estudios para trabajar como dependiente en una heladería debido a todos los gastos que tiene que hacer frente. Durante esta época siempre estaba de fiesta bebiendo, gastándose gran parte de su sueldo y utilizando la cerveza como una herramienta para relajarse y sentirse bien consigo mismo.

Por ese entonces, la muerte de su hermano por VIH le provocó un estado de ánimo apático refugiándose en la cerveza para ahogar sus penas. Se produce pues, un cambio en el patrón de consumo, pasando de ser los fines de semana con el propósito de divertirse, a un consumo prácticamente diario como si de una rutina se tratase.

Estando aun en Argentina conoce a S., su actual pareja. Ello no impide que M. abandone la cerveza, de hecho su nivel de adicción es cada vez más alto. Además, comienza a consumir fuera del hogar, siempre en el coche de manera solitaria para evitar conflictos con su mujer, y

las cantidades tras finalizar la jornada laboral eran mucho más significativas (alrededor de 6-7 litros diarios).

En el año 2004 ambos deciden trasladarse a España para vivir, junto con su hijo de seis años. Acaban teniendo tres hijos más, y a pesar de los numerosos intentos infructuosos por su parte de abandonar la cerveza, nuestro paciente continúa llevando la misma vida que tenía en su país de origen.

Visto que la abstinencia era imposible por él mismo, recibe ayuda *del Servicio Provincial de Drogodependencias (SPD)* en junio de 2014, pero la sobriedad solo fue posible durante seis meses. Tras ello, decide acudir a un *psiquiatra privado* en el año 2016 que según afirma no le sirvió para nada, tanto que incluso llegó a consumir mientras tomaba medicación como ansiolíticos (Diazepam) y aversivos (Antabus).

Debido a ello, y sabiendo los graves problemas de hígado (Hepatitis) ocasionados por la cerveza, decide ingresar en *Alcohólicos Rehabilitados de Almería* en junio de 2018. Asimismo, también se le aconseja abandonar su trabajo (considerado como factor de riesgo).

Su baja tolerancia a la frustración, déficit en el control de impulsos, nerviosismo y evitación de los problemas provocan que no sea consciente de la necesidad de iniciar un cambio en su vida y las recaídas son muy continuas.

En enero de 2019 sufre un ictus (ocasionado en gran parte, por su inestabilidad con el alcohol). Tan preocupante es la situación, que su mujer e hijos están cansados de las falsas

promesas de M., y lo motivan a solicitar una plaza en una Comunidad Terapéutica localizada en Córdoba donde permanece durante sólo seis días.

Tras abandonar la CP, M. vuelve a la asociación a principios de febrero de 2019 (fecha a partir de la cual se inicia la intervención que se detalla en este estudio), para intentar esta vez la abstinencia completa de manera ambulatoria, y siendo consciente de que su única manera de conseguirlo es de esta forma ya que no puede separarse de su familia.

Análisis y descripción de las conductas problemáticas

La conducta más problemática es el consumo excesivo de alcohol, debido a la falta de iniciativa para conseguir su meta, así como las numerosas recaídas que ha tenido a lo largo de la intervención. Además, cuando se encuentra en abstinencia, M. sufre temblores y náuseas que se hacen más evidentes sobre todo por la mañana, y que se intentan controlar con la medicación.

A ello, hay que añadir las continuas discusiones que ha tenido no sólo con su esposa, sino también con sus hijos, y que han dificultado la relación en casa hasta el punto en que S. se ha planteado abandonar la relación sentimental. Además, citar las caídas que ha sufrido en su hogar como consecuencia de su embriaguez y que podrían ocasionar graves problemas de manera física.

Otra conducta problemática es el no disponer de hobbies/actividades alternativas al alcohol. Desde que M. era joven su vida diaria consistía en consumir cerveza en sus momentos libres, por lo que nunca ha experimentado la experiencia de tener alguna actividad concreta en su día a día. Esos momentos que ocupaba para el consumo no están siendo

utilizados para realizar ninguna actividad. Ello supone un reto y objetivo para la intervención, pues si el paciente se dedica a estar aislado sin nada que hacer, puede desencadenar en el consumo debido al aburrimiento.

Objetivos terapéuticos

Teniendo en cuenta lo expuesto, se pretenden conseguir los siguientes cinco objetivos o metas:

- Introducir actividades y hábitos saludables que ocupen el elevado tiempo que se dedicaba a beber alcohol.
- Lograr mantener la abstinencia de manera absoluta y prevenir posibles recaídas.
- Conseguir que su círculo de amistades cercanas aumente, para así romper con la soledad y aislamiento en el que se encuentra.
- Mejorar la situación familiar reduciendo las discusiones y aumentando las experiencias positivas.
- Aumentar el tiempo de ocio con su esposa e hijos (playa, cine, etc).

Selección del tratamiento y técnicas de evaluación utilizadas

El tratamiento que se realiza en Alcohólicos Rehabilitados de Almería se basa en dos pilares fundamentales, que a pesar de que no son compatibles conceptualmente pues uno intenta cambiar las cogniciones, y otro cambiar la función de las mismas para orientar a la persona hacia sus valores, ambos tienen resultados muy positivos en el tratamiento para la drogadicción:

- *La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC)*, para producir una reestructuración

cognitiva y conductual. Según los estudios, es la que reúne mayor evidencia empírica para la intervención en drogodependencias. El Entrenamiento en Habilidades Sociales y de Afrontamiento, la Terapia Conductual Familiar y de Pareja, y el Modelo de Prevención de Recaídas son las herramientas utilizadas (Secades, et al. 2007).

- *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*, una de las terapias de tercera generación más conocidas, que tiene como objetivo aceptar nuestros pensamientos o sentimientos evitando luchar o huir de ellos. Romper el patrón de evitación experiencial destructivo es el principal propósito de la terapia, ya que provoca una reducción inmediata de los problemas de forma deliberada, pero a la larga acaba limitando la vida del paciente (Hayes, 2004).

Podemos dividir la intervención de M. en los siguientes apartados:

- *Terapia individual*: Son sesiones impartidas por la psicóloga donde se recaba información de los posibles causas, factores de riesgo/protección, situación familiar, etc. Además, también se trabaja otras habilidades que se deben adquirir como habilidades de afrontamiento, toma de decisiones, autoestima, motivación, entre otros. La técnica de evaluación utilizada por excelencia ha sido la entrevista clínica semi-estructurada, con la que se ha recogido información de su vida diaria, problemas, factores de riesgo/protección, pensamientos, etc.
- *Terapia grupal*: Tiene un peso importante, ya que los pacientes se sienten identificados y comprendidos generando un espacio de sinceridad y empatía que no encuentran en otro lugar. Son impartidas por dos monitores rehabilitados cada lunes

de la semana (Grupo I: Preliminar) y tiene una duración de una hora. Se tratan diferentes temas como factores de riesgo/protección, toma de conciencia, conocimiento respecto al proceso adictivo, tolerancia, responsabilidad, etc. Todos los temas están centrados en la Prevención de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1985).

- *Terapia familiar para su esposa*: S. decide acudir de manera puntual pues se encuentra trabajando, tanto a terapia individual con su esposo, como a las terapias grupales impartidas exclusivamente para familiares. Está muy implicada en el cambio de su marido, ya que desea que no vuelva a consumir.

- *Talleres impartidos*: Con el objetivo de adquirir una serie de habilidades adecuadas, la asociación proporciona cada martes un taller impartido por la psicóloga. Podemos destacar: Habilidades Sociales, Mindfulness, Resolución de Conflictos en el entorno familiar, Aprender a decir “no”, etc.

Aplicación del tratamiento

El tratamiento se puede dividir en dos grandes apartados. Por un lado, tenemos las *terapias individuales* impartidas tanto al paciente alcohólico como a sus familiares con una duración aproximada entre 40-60min por sesión. A continuación se detallan de forma exhaustiva:

- **1ª sesión – Cita con usuarios: M.**

M. se mantiene en abstinencia a pesar de haber abandonado la Comunidad Terapéutica que se le asignó en Córdoba y donde permaneció durante sólo seis días.

Su estado motivacional es apático y sin ganas de hacer nada, es por ello que se plantea volver al trabajo para servir de apoyo económico a su familia.

Sin embargo, es un factor de riesgo importante para él, pues al acabar la jornada laboral consumía grandes cantidades de alcohol, asique se le recomienda que no sería adecuado en el momento en el que se encuentra con el tratamiento. Se le comenta que en este momento, su objetivo primordial debe ser la abstinencia y el abandono del alcohol, siendo un momento crucial donde no se puede jugar con las posibles situaciones o factores que puedan provocar una posible recaída. Finalmente comprende la situación y descarta la idea de volver al trabajo.

Comentar igualmente, que el paciente presenta un alto craving en estos momentos a pesar de que se encuentra con una alta motivación para continuar el proceso de forma ambulatoria en A.R.A., por lo que se le anima a buscar actividades distractoras para ocupar el tiempo libre del que dispone.

- **2ª sesión – Cita con usuarios: M.**

Continúa apático, le cuesta trabajo concentrarse y siente un fuerte deseo por consumir cerveza (craving), sobre todo en situaciones o momentos donde solía beber (en el coche, al llegar a casa tras hacer las tareas diarias, etc).

Además, ha recapitado sobre su futuro laboral, y está planteando emprender un proyecto relacionado con la nutrición que le ayudaría por un lado a mantener una vida más saludable, mientras que por otro lado poder servir como apoyo económico a la

familia sin volver a la hostelería. Se le refuerza este pensamiento con el objetivo de que siga pensando en planes alternativos al oficio de camarero.

Nuestro paciente está cerca de conseguir los dos meses en abstinencia, y su motivación interna es adecuada. Sin embargo, a pesar de que la situación familiar es bastante más adecuada (las discusiones han disminuido), le fastidia que su mujer está constantemente pendiente de que no lleve dinero en mano, o llamándolo por teléfono a menudo para saber qué hace, etc. Ello le produce angustia ya que no quiere ser controlado las veinticuatro horas del día. Por ello, se intenta que comprenda que tras las numerosas recaídas que ha sufrido desde que se encuentra en tratamiento, su familia está depositando su apoyo para que esto no vuelva a ocurrir.

Finalmente, en lo que refiere a la búsqueda de actividades se está planteando apuntarse al gimnasio para realizar ejercicio físico, y además se reúne todos los viernes con sus compañeros de terapia grupal para salir a pasear. Esto es muy positivo, puesto que M. al ser un bebedor desde que era joven no dispone de actividades alternativas al alcohol, y con esto se produciría un reequilibrio del estilo de vida promocionando la salud y manejando el craving. Se le plantean otras actividades de distracción para mantener la concentración en el exterior y no en uno mismo como hacer sudokus o puzles.

- **3ª sesión – Cita con usuarios: M.**

Tiene una recaída que se prolonga desde el jueves hasta el sábado. Se justifica en que ha bebido debido a un problema familiar (su hijo fue multado por la policía por

llevar 4gr de cannabis). Sin embargo, se le comenta que eso no puede excusar su conducta ya que cuenta con suficientes recursos como para no beber (por ejemplo acudir a A.R.A., poner en marcha estrategias de resolución de conflictos, controlar el estrés o la ira mediante técnicas de relajación y meditación, etc).

Esta arrepentido, y se le hace ver que ahora se encuentra en una situación de alto riesgo ya que se ha producido el Efecto de la Violación de la Abstinencia (EVA) (ver Figura 1, pág. 12), y por lo tanto las probabilidades de una futura recaída aumentan. Igualmente, se le comenta que reflexione sobre el hecho de trabajar los fines de semana, con el fin de disminuir los mayores factores de riesgo posibles.

Para terminar, se realizó una técnica de imaginación en la cual el sujeto se encuentra en la misma situación que desencadenó el consumo, sin embargo la conducta inadecuada se medita sustituyéndose por otra alternativa (en este caso se sentó con su mujer e hijo en el sofá y comentaron la situación tranquilamente sin alterarse, enfatizando en las consecuencias negativas que puede tener el consumo de una droga). Además, se insistió en seguir trabajando en una rutina diaria con una serie de actividades de ocio o hobbies para mantenerse ocupado.

- **4ª sesión – Cita con familiares: Hijo.**

Acude a terapia su hijo de 21 años, el cual ha sido multado por la policía por llevar cannabis en el pantalón. El objetivo de la sesión es que tome conciencia de que el consumo de sustancias es una situación de alto riesgo que puede desencadenar en una dependencia.

Para ello se intentan romper los mitos sobre la marihuana y el cannabis, y eliminar la baja percepción de peligro con respecto a otras drogas. Asimismo, también aliviarnos los sentimientos de culpa que presenta su hijo porque su padre bebió tras recibir la multa en casa.

- **5ª sesión – Cita con familiares: Mujer.**

Se encuentra muy desanimada, cansada y con miedo a una futura recaída. No sabe qué hacer para que M. deje definitivamente la cerveza. Es consciente de que se le van acabando las oportunidades que le da a su marido, ya no confía en nada de lo que le diga, y eso le angustia ya que está afectando mucho a su relación sentimental.

- **6ª sesión – Cita con usuarios: M.**

M. se encuentra muy ansioso tras la recaída. Además, nos comenta que ha decidido volver a trabajar en la hostelería a partir de este fin de semana, ya que su familia lo necesita económicamente. Debido a ello se marcan una serie de pautas para evitar un posible consumo como: que su mujer lo recoja en el trabajo, que no use el coche y que el dinero no lo reciba en mano.

El paciente refiere que se encuentra bien y que no va a consumir, a pesar de ello trabajamos durante la sesión para que acepte que es un adicto y en ningún caso existe una seguridad completa, así como tener precaución con los estímulos que puedan facilitar una recaída. Es por ello, que debe evitar todo aquello que sea susceptible de generar adicción (tanto sustancias como conductas).

- **7ª sesión – Cita con usuarios: M.**

Presenta un alto craving por el alcohol, que se extiende incluso aumentando el deseo de consumir tabaco a pesar de que lo dejó hace más de 10 años. Se encuentra bastante mal anímicamente, con bastante conflicto a nivel emocional (remordimientos, rencores respecto a su familia propia, muerte de su hermano, sentimientos de vacío, tristeza, apatía, alta ansiedad e irritabilidad y sentimientos de culpa por el daño que le está ocasionando a su familia, etc).

No está acudiendo a las terapias de grupo (comenta que no le ve sentido). Es por ello, que se le intenta hacer ver que estas terapias son muy importantes para los pacientes alcohólicos, y que acudir a la asociación es fundamental para asegurar su abstinencia. Así pues, reflexionamos conjuntamente cómo la recaída que tuvo de tres días le ha repercutido bastante porque le ha despertado el impulso de consumir.

Para terminar la sesión se realizó el ejercicio del funeral (Luciano y Valdivia, 2006) con el objetivo de clarificar y ubicar al paciente en dirección al camino que quiere seguir (abandonar el alcohol definitivamente). Comentó que quería que su familia le recordase como una persona luchadora, constante, trabajadora y leal, y no como un alcohólico que acabó falleciendo por no controlar su problema con la cerveza y arruinando a su familia.

- **8ª sesión – Cita con familiares: Mujer.**

Su esposa acude a A.R.A. para comentar cómo está la situación en casa, ya que M.

mantiene contacto telefónico con la psicóloga de manera esporádica, pero no acude presencialmente a la asociación a pesar de que haber concretado algunas citas psicológicas.

Nos comenta que está muy angustiada. En casa hay numerosas discusiones entre su esposo y su hijo mayor, ya que este último consume cannabis. Todo esto está influyendo en la educación de sus hijos, por un lado ella está dispuesta a apoyarlo en su abstinencia, pero M. no hace nada al respecto, no acude a la asociación, y ha abandonado la medicación.

Nos confirma que su marido ha vuelto al trabajo en la hostelería durante los fines de semana y está consumiendo cerveza prácticamente de forma diaria. No se siente con fuerzas para seguir con la situación y relata que aunque desea estar con él, la vida que lleva hoy en día no es la que quiere.

Durante la sesión se intenta trabajar con su mujer para que medite la situación que está viviendo, así como el futuro que quiere para sus hijos, los cuales son un pilar fundamental para ella. Se trabaja también, que si decide abandonar definitivamente a su esposo que sea tajante ante la decisión, ya que si promete algo que no va a cumplir, la situación empeorará.

Mientras que por otro lado, también se han aplicado las *terapias grupales* impartidas por los monitores de A.R.A. y con una duración de 60 minutos. M. se encuentra en el Nivel I (Preliminar) de su rehabilitación y acude una vez a la semana.

Hasta la fecha, nuestro paciente ha asistido a un total de siete terapias grupales, que podrían haber sido más de no haber abandonado el tratamiento tras la recaída sufrida. Algunos temas que se han tratado han sido: “¿Cómo ha afectado nuestro alcoholismo a nuestros familiares?”, “¿Qué factores de protección y factores de riesgo tenemos?”, “Os consideráis alcohólicos?”, “¿Cómo el alcohol se convirtió en una adicción?”, etc.

Los temas tratados en las terapias grupales se focalizan en el método de Prevención de Recaídas (Marlatt & Gordon, 1985), así como en la reducción de la ansiedad y angustia ante la abstinencia que existe.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad del tratamiento

En general el tratamiento aplicado al usuario no ha cumplido con los objetivos propuestos. Principalmente, porque la recaída sufrida provocó un desajuste que desestabilizó al paciente hasta el punto de abandonar el tratamiento. La principal meta como en cualquier otra intervención para abandonar el alcohol, era mantener la abstinencia y ello no se logró.

Además, tras la recaída el paciente dejó de acudir a la asociación manteniendo contacto con la cerveza de forma continua (por lo que nos pudo comentar su esposa), abandonando la medicación y desarrollando un entorno familiar mucho más conflictivo que cuando se inició el tratamiento.

Seguimiento

El futuro de M. es bastante incierto e inestable, ya que tras abandonar la intervención y no mantener contacto presencial con la asociación, está consumiendo alcohol de manera continuada.

A pesar de que se han concretado citas psicológicas con él, no ha acudido a ninguna sin justificar su ausencia. Ello nos hace ver que su interés actual por abandonar la cerveza es bastante bajo, y la recaída le ha afectado de forma muy negativa. Si el consumo se sigue prolongando, tendremos la certeza de que sufrirá graves problemas de hígado que podrían ocasionar en el peor de los casos su muerte así como problemas psicológicos.

Observaciones

Nuestro paciente inició el tratamiento de manera ambulatoria en la asociación puesto que no podía conseguirlo en la Comunidad Terapéutica. Realmente, tras lo expuesto en este caso clínico se hace evidente la probable necesidad de un tratamiento en la CP para asegurar la abstinencia de manera completa, puesto que los numerosos factores de riesgo provocan que M. no controle el craving y acabe consumiendo alcohol.

Resulta importante señalar igualmente para futuras intervenciones, que la situación familiar es bastante insostenible. Ello habría que trabajarlo de manera más exhaustiva, especialmente con su mujer e hijo mayor que son los que más están sufriendo. La idea de tener una terapia familiar semanal o quincenal exclusiva para ellos donde expresaran sus quejas e inquietudes, podría beneficiar a solventar todos esos rencores existentes, ya que esta situación no ayuda a mantener la abstinencia de M.

Por último, y no por ello menos importante, habría que hacer hincapié en el desarrollo de actividades que mantengan al paciente ocupado. Este aspecto quizás podría haberse conseguido si la asistencia hubiera sido prolongada.

Conclusiones

La combinación terapéutica entre la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) y las terapias de tercera generación, en este caso la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), generalmente tienen efectos beneficiosos para pacientes que quieren conseguir la abstinencia de cualquier droga. No obstante, no podemos afirmar que en este caso el resultado haya sido el deseado, a continuación analizaremos cuáles han podido ser los posibles desencadenantes.

En primer lugar, comentaremos lo experimentado hasta la segunda sesión, es decir las terapias impartidas antes de la recaída, donde nuestro paciente consiguió algunos pequeños logros que podrían haber servido como base para seguir trabajando sobre ellos y conseguir ciertas metas.

Un claro logro pudo ser el haber introducido la actividad de salir a pasear con sus compañeros todos los viernes. Esto no solo fomentaba el estar fuera de casa (y en un contexto saludable de no consumo), sino que también el mantener contacto con otras personas externas a la familia (disminuyendo así la soledad y aislamiento que sufría).

Igualmente, nuestro paciente recapacitó de forma adecuada el hecho de trabajar en el mundo de la hostelería (factor de riesgo). De hecho, él mismo estuvo planteando un plan alternativo, ya que tenía que ayudar económicamente a su familia. El haber planteado trabajar en el campo de la nutrición no sólo indicaba que quería olvidar completamente el oficio de camarero, sino que también quería una vida más saludable para él mismo.

Asimismo, comentar que su familia estaba más animada ya que estaba a punto de conseguir los dos meses en abstinencia, así que le mostraban un continuo apoyo y estaban constantemente atentos de M. para evitar un posible consumo.

Sin embargo, es a partir de la tercera sesión, cuando todo se desestabiliza debido a su recaída y todas las metas que se proponen en este estudio de caso lejos de acercarse, se acaban alejando aun más. Al haberse producido el Efecto de la Violación de la Abstinencia, el paciente experimenta una serie de emociones negativas, como vergüenza, culpa o estrés que provocan que siga consumiendo (González, 2005), de hecho así sucedió ya que el consumo se prolongó durante tres días seguidos.

Las dos sesiones posteriores a la recaída presentó un alto deseo de consumir alcohol, e incluso tabaco (a pesar de haberlo abandonado hace más de diez años). Además también mencionó que no le encontraba sentido a las terapias grupales. Días más tarde deja de acudir tanto a las terapias con sus compañeros, como a las citas individuales que se le citaron. Actualmente su esposa es la única que acude de manera esporádica, y su esposo hasta la fecha solo mantiene contacto telefónico.

Esta ausencia ha provocado que dejara de asistir a las quedadas que mantenían los viernes para salir a andar con sus compañeros, dejando de trabajar por tanto en las actividades alternativas que tan beneficiosos eran para él puesto que presentaba un importante tiempo libre y ello podría inducirle al consumo.

No se pudo trabajar de forma adecuada uno de los principales objetivos de este caso clínico, desarrollar adicciones sanas como bien indica la Prevención de Recaídas de Marlatt

& Gordon (1985). A pesar de que la recaída podría haber servido para hacer ver al paciente que debía introducir en su rutina un conjunto de actividades para mantenerlo ocupado y distraído, produjo el efecto contrario.

Igualmente, también ha vuelto al trabajo, y la idea de buscar un oficio alternativo a la hostelería (nutrición) se ha disipado. Estar trabajando en el periodo tan inestable en el que se encuentra en relación con el alcohol, incita a un consumo. Recordemos que las cantidades de cerveza que bebía antes de ingresar en A.R.A. eran las más elevadas tras acabar la jornada laboral.

Por otro lado, las discusiones con su familia han aumentado hasta el punto en el que su mujer se está planteando dejar la relación sentimental. La vida para ella y sus hijos no es fácil, hay numerosos conflictos en el hogar e incluso su propio hijo ha llegado a llamarla al salir del colegio preguntándole si su padre estaba bebido para ir o no a casa. Ello nos hace ver hasta que punto el alcohol está perjudicando no solo la vida de M. sino también la de todos los que están a su alrededor.

Recordemos que su propio hijo mayor está teniendo contacto con marihuana (desconocemos si existe otra sustancia más). Los padres tienen un papel fundamental en la educación de sus hijos, puesto que sirven como modelos de todo tipo de conductas. Aunque en la adolescencia, los iguales adquieren mucha relevancia, los padres desempeñan un papel primordial (Azpiazu, Esnaola y Sarasa, 2015, citado en García, Giménez, Castro, Nebot, y Ballester, 2018).

Al igual que afirman algunos estudios (Alfonso, Huedo y Espada, 2009; Ballester y Gil, 2009; Janssen, Mathijssen, van Bon-Martens, Van Oers & Garretsen, 2014, citado en García, et al., 2018) el consumo de alcohol de los padres guarda una estrecha relación con el consumo de alcohol de sus propios hijos. Moral, Rodríguez y Ovejero (2010) indican que el modelado de los padres no solo pronosticaría el consumo de estos jóvenes con el alcohol, sino otro tipo de drogas.

Los hijos con algún padre o padres adicto/s tienen un riesgo entre dos y nueve veces mayor de caer en el consumo de sustancias psicoactivas. Además, son más propensos a comenzar a beber alcohol a edades más tempranas, abandonar sus estudios académicos, y desarrollar problemas emocionales (Kelley & Fals, 2002; Kumpfer & Fowler, 2007, citado en Kumpfer y Jubani, 2013).

Podríamos comentar respecto al entorno familiar, el por qué su propia esposa no ha decidido abandonar la relación tras numerosos años de consumo e inestabilidad familiar. Algunas razones podrían ser la habituación a ese estilo de vida, la existencia de hijos pequeños en ese entorno, o por último un nivel de aprendizaje inadecuado. Los padres de S. eran alcohólicos, y ello supone que desde joven ha vivido una situación similar en casa y por lo tanto su visión no es equiparable a la de cualquier persona que ha tenido desde pequeña un núcleo familiar más estable.

Puesto que este estudio ha tenido la principal limitación del abandono del paciente, la efectividad de la terapia no es valorable. Ciertamente confiamos en que M. acudirá tarde o temprano a la asociación, o cualquier otro centro para tratar su drogadicción. Es un paciente

difícil, con un alto número de recaídas y abandonos a lo largo de su historial, que deberá de hacer un gran esfuerzo por controlar el craving y lograr la abstinencia definitiva.

Por ello proponemos un especial interés en las estrategias de Prevención de Recaídas de Marlatt & Gordon (1985) para evitar que este consumo se perpetúe en el tiempo, y que simplemente se convierta en una experiencia que le proporcione un mayor aprendizaje para su futuro tratamiento. Hacer un mayor interés en el aprendizaje de actividades alternativas al alcohol, reequilibrio del estilo de vida, habilidades para resolver conflictos, y solución de problemas dentro del entorno familiar podrían ser de vital importancia en este caso clínico.

Referencias

- Alfonso, J. P., Huedo, T. B. y Espada, J. P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 25(2), 330-338.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Azpiazu, L., Esnaola, I. y Sarasa, M. (2015). Capacidad predictiva del apoyo social en la inteligencia emocional de adolescentes. *European journal of education and psychology*, 8(1), 23-29.
- Bados, A. y García, E. (2010). *La técnica de la Reestructuración Cognitiva*. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.
- Ballester, R. y Gil, M. D. (2007). Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS-I, II y III): Estudio psicométrico. In *V World Congress of Behavioral & Cognitive Therapies, Barcelona*.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. S. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Madrid: Paidós.
- Becoña, E. (2008). Terapia de solución de problemas. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conductas*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P. y Tomás,

V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona:

Socidrogalcohol.

Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G. A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas*

adictivas basada en Mindfulness. Guía Clínica. Bilbao: Desclée de Brower.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B.D, &

Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of addictive behaviors, 20*(3), 343.

Bowers, T. G., & Al-Redha, M. R. (1990). A comparison of outcome with group/marital and

standard/individual therapies with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol, 51*(4), 301-309.

Brewer, J., Sinha, R., Chen, J.A., Michalsen, R.N., Babuscio, T.A., Nich, C., ...

& Rounsaville, B.J. (2009). Mindfulness training and stress reactivity insubstance abuse: Results from a randomized, controlled stage I pilot study. *Substance Abuse, 30*(4), 306-317.

Carramiñana, P. C. (2016). La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo

de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Trabajo social hoy, (77)*, 109-133.

Comas, D. (1985). *El uso de drogas en la juventud* (Vol. 4). Publicaciones de Juventud y

Sociedad.

García, M., Giménez, C., Castro, J., Nebot, J. E. y Ballester, R. (2018). ¿Existe relación entre

el consumo de alcohol de los padres y el de los adolescentes?. *International Journal of*

Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología., 2(1), 229-238.

García, R. (2016). Terapia de aceptación y compromiso (ACT) en adultos mayores con depresión.

González, H. (2005). Alcohol: cuánto es demasiado. *El Cotidiano*.

González, M. P. y Carrasco, M. A. (2006). Intervención psicológica en agresión: técnicas, programas y prevención. *Acción psicológica*, 4(2), 83-105.

González, I., Benítez, S., Marcos, E., Pérez, L., Quianella, M., Figueroa, E. M., y Urbano, L. (2017). Psicosis de Korsakoff, a propósito de un caso interesante. *Revista Médica Electrónica*, 39, 772-780.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.

Janssen, M. M., Mathijssen, J. J., van Bon-Martens, M. J., Van Oers, H. A., & Garretsen, H. F. (2014). A qualitative exploration of attitudes towards alcohol, and the role of parents and peers of two alcohol-attitude-based segments of the adolescent population. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 9(1), 20.

Jiménez, M. Á., Hernández, B., Manrique, I. M., Rodríguez, R., Giménez, M. J. y Alfaró, G. P. (2007). Celopatía alcohólica: un antiguo y actual dilema. *Adicciones*, 19(3), 267-272.

Kelley, M. L., & Fals, W. (2002). Couples-versus individual-based therapy for alcohol and drug abuse: Effects on children's psychosocial functioning. *Journal of consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 417.

Kumpfer, K. L., & Fowler, M. A. (2007). Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers. In *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*. WB Saunders.

Kumpfer, K. L. y Jubani, C. (2013). Una intervención eficaz de mejora de las habilidades familiares para la prevención de problemas de salud en hijos de personas con adicción al alcohol y las drogas. *Pedagogía social: revista interuniversitaria*, 21(5).

Llopis, D., Pons, J. y Berjano, E. (1996). Evaluación diferencial de la imagen social de los consumidores de drogas. *Psicothema*, 8(3).

López, M. (2014). Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones. *Salud y drogas*, 14(2), 99-108.

Luciano, M. C., Gómez, S., Hernández, M. y Cabello F. (2001). Alcoholismo, Evitación Experiencial, y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 333-372.

Luciano, M. C. y Valdivia, M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del psicólogo*, 27(2), 79-91.

Luciano, M. C., Rodríguez, M., & Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 377-394.

Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. *Recaída y prevención de recaídas*, 137-153.

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). Relapse prevention: A self-control strategy for the maintenance of behavior change. *New York: Guilford*.

Martínez, F., Pérez, E. y De las Heras, M. D. (2004). *NEXUS: Programa para la prevención del consumo de drogas*. Madrid: Deporte y Vida.

Meichenbaum, D. (1987). *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., & Abrams, D. B. (1995). Coping and social skills training.

Moral, M. D. L. V., Rodríguez, F. J. y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud pública de México*, 52, 406-415.

Parkin, A. J., Blunden, J., Rees, J. E., & Hunkin, N. M. (1991). Wernicke-Korsakoff syndrome of nonalcoholic origin. *Brain and Cognition*, 15(1), 69-82.

Perea, L. F. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 99-121.

Pretel, M. D. L. M., González, B., Machado, A., Fernández, O. y Toledo, Y. (2014). El alcoholismo y su repercusión: un enfoque desde la Psicología de la Salud. *Revista de Enfermedades no Transmisibles Finlay*, 4(4), 261-270.

Peirats, B. y Ochoa, M. (1987). *Las drogas: Un análisis teórico y métodos de intervención*. Nau Llibres.

Saunders, J. y Janca, A. (2003). Delirium Tremens: su etiología, historia natural y tratamiento. *Revista de Toxicomanías*, 36, 11-16.

Secades, R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13(3).

Secades, R., García, O., Fernández, J. y Carballo, J. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40.

Truffino, J. C. (2004). Neuropsicología del síndrome de Korsakoff. *Neurología*, 19(4), 183-192.

Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2002). Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores. *Pirámide, Madrid*.

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59, 224.

Zgierska, A., Rabago, D., Zuelsdorff, M., Coe, C., Miller, M., & Fleming, M. (2008). Mindfulness meditation for alcohol relapse prevention: a feasibility pilot study. *Journal of Addiction Medicine*, 2(3), 165-173.