



Facultad de Psicología

Trabajo Fin de Máster

**Modalidad 1: revisión sistemática
con propuesta aplicada**

Autor/a del TFM

**Eficacia de las
intervenciones psicológicas
para los problemas con el
consumo de alcohol**

Laura Rodríguez Rodríguez

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Año 2025

Trabajo Fin de Máster presentado en la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela para la obtención del Máster Universitario en Psicología General Sanitaria.

Laura Rodríguez Rodríguez

Índice

Resumen.....	5
Abstract.....	7
Introducción.....	9
Prevalencia del Consumo de Alcohol.....	10
Intervenciones para los Problemas con el Consumo de Alcohol.....	12
Intervenciones Psicológicas para los Problemas con el Consumo de Alcohol.....	12
Justificación y Objetivos del Trabajo.....	15
Método.....	17
Resultados.....	21
Intervenciones Psicológicas para los Problemas con el Consumo de Alcohol que Utilizan un Formato Presencial.....	21
Intervenciones Psicológicas para los Problemas con el Consumo de Alcohol que Utilizan un Formato no Presencial.....	30
Discusión.....	37
Interpretación General de los Resultados.....	37
Limitaciones y Directrices Futuras.....	44
Propuesta Aplicada: <i>Puentes de Cambio</i>	47
Justificación de la Intervención.....	47
Objetivos de la Intervención.....	48
Ámbito de Aplicación y Población Diana.....	48
Procedimiento.....	48
Contenidos de la Intervención.....	50
<i>Evaluación</i>	50
<i>Intervención</i>	51
<i>Seguimiento</i>	51
Conclusiones.....	55
Referencias Bibliográficas.....	57
Índice de Tablas.....	71
Índice de Figuras.....	73
Anexos.....	75

Resumen

El alcohol es la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo a nivel mundial a pesar de las consecuencias físicas y psicológicas que supone, concibiéndose como un importante problema de salud pública. El presente trabajo tiene por objetivo revisar la literatura científica sobre la eficacia de las intervenciones psicológicas para abordar los problemas relacionados con su consumo en adultos, a partir de 21 estudios. Los resultados obtenidos se han analizado en función de las técnicas psicológicas utilizadas y el formato de administración: presencial u online. Se han obtenido buenos resultados con intervenciones basadas en técnicas cognitivo-conductuales, en la intervención motivacional breve y en las terapias de tercera generación en distintos formatos. La exposición a señales mediante realidad virtual y la escritura expresiva parecen técnicas prometedoras, mientras que el neurofeedback, la terapia cognitivo-conductual personalizada y la modificación del sesgo atencional no demostraron efectividad, salvo cuando esta última se adaptó al plano imaginativo. Se propone una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual, a través de videollamada y con el apoyo de una página web, dirigida a la población del área metropolitana de Vigo con consumo de riesgo de alcohol.

Palabras clave: alcohol, intervención psicológica, cognitivo-conductual, consumo de riesgo

Abstract

Alcohol is the most widely consumed psychoactive substance worldwide despite its physical and psychological consequences, making it a significant public health issue. This study aims to review scientific literature on the effectiveness of psychological interventions in addressing alcohol-related problems in adults, based on 21 studies. The results have been analyzed according to the psychological techniques used and the delivery format: in-person or online. Positive outcomes have been observed with interventions based on cognitive-behavioral techniques, brief motivational intervention, and third-generation therapies in various formats. Cue exposure through virtual reality and expressive writing appear to be promising techniques, whereas neurofeedback, personalized cognitive-behavioral therapy, and attentional bias modification did not demonstrate effectiveness, except when the latter was adapted to an imaginative approach. A cognitive-behavioral therapy-based intervention is proposed, delivered via video call and supported by a website, targeting the metropolitan area of Vigo's population at risk of alcohol consumption.

Keywords: alcohol, psychological intervention, cognitive-behavioural, risky consumption

Introducción

Se define bebida alcohólica como toda aquella sustancia líquida destinada al consumo que posee como compuesto principal el etanol o alcohol etílico (C_2H_5OH) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1994). Las bebidas alcohólicas son clasificadas en función del proceso de preparación al que son sometidas. Así, las bebidas fermentadas (vino, cerveza o champán), son aquellas cuyo proceso de preparación pasa por la degradación de sustancias orgánicas mediante enzimas microbianas; y, por otro lado, las bebidas destiladas (güisqui, coñac o ron) son las preparadas a partir de la vaporización de un líquido y la condensación de los vapores formados para separarlos, obteniendo licores de mayor contenido alcohólico (Ahumada-Cortez et al., 2017). Tras la ingestión de cualquiera de estas bebidas, el etanol es rápidamente absorbido por el sistema digestivo y transportado por el torrente sanguíneo, actuando como un depresor del Sistema Nervioso Central (OMS, 1994). La ingestión puede medirse en términos de gramos de alcohol etílico o de unidades de bebida estándar (U.B.E) consumidas. Esta última unidad de medida es establecida por la OMS (2001) y corresponde 1 U.B.E. a 10 gramos de alcohol.

Con el paso de los años se ha reconocido que alcohol conlleva diversos efectos adversos tanto sobre las personas que lo consumen como sobre su entorno (Bellis et al., 2015). Existen múltiples problemas de salud física asociados a la ingesta de bebidas alcohólicas, relacionándose la gravedad de los daños ocasionados con el volumen y el patrón de consumo. Actualmente, el uso de alcohol está vinculado de manera causal con 60 enfermedades destacando las enfermedades hepáticas, los trastornos gastrointestinales, diversos cánceres, las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares (Connor et al., 2016).

Paralelamente, la OMS (2024) recoge que un consumo excesivo de alcohol supone una importante preocupación para la salud pública, relacionándose de manera directa o indirecta con el desarrollo de problemas de salud mental, la pérdida de productividad laboral y el aumento de la delincuencia, la violencia, las enfermedades de transmisión sexual, los accidentes de tráfico y los costes de atención sanitaria. Asimismo, la OMS (2024) estima que el 4,7% del total de muertes en todo el mundo y el 4,6% de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) pueden ser atribuidos al consumo nocivo de alcohol, siendo estos porcentajes mucho más elevados en Europa que en el resto del mundo (una media de 52,9 muertes y 2.337 AVAD perdidos por cada 100.000 personas).

Prevalencia del Consumo de Alcohol

El uso de alcohol continúa siendo habitual y socialmente aceptado en nuestro entorno a pesar de las numerosas pruebas sobre los riesgos vinculados con su consumo (Griswold et al., 2018). Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2021) el alcohol es ingerido de manera regular por más de 2.400 millones de personas, siendo la sustancia psicoactiva más consumida a nivel mundial. Así mismo, se estima que el consumo medio per cápita está en torno a los 27 gramos de alcohol puro por día. La OMS (2024) afirma que a nivel mundial un 22 % de los jóvenes de entre 15 y 19 años consumen alcohol actualmente; presentando el 17% de las personas mayores de 15 años episodios de consumo excesivo de alcohol o “borracheras” una o más veces al mes.

Si bien la prevalencia del consumo de alcohol es elevada en todo el mundo, esta varía considerablemente en función de la situación geográfica; así, los lugares con mayor prevalencia de consumo de alcohol son las regiones de altos ingresos de Asia y Europa. En estos lugares, más de 3 de cada 4 adultos consumen alcohol. Paralelamente, el consumo de alcohol per cápita registra los valores más elevados en Europa y América, con 9,2 y 7,5 litros respectivamente (OMS, 2024).

En España, según la Encuesta Nacional de Salud (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2017), el 49% de los hombres y el 24,6% de las mujeres mayores de 15 años son bebedores habituales de alcohol. En esta misma población, el 8% de los individuos ha consumido alcohol de manera intensiva en el último mes, representando un 12% de los hombres y un 4% de las mujeres. Dicho patrón de consumo intensivo se encuentra presente en todas las franjas de edad comprendidas entre los 15 y los 75 años.

Según la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES; Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [OEDA], 2023), la edad de inicio en el consumo, tanto en hombres como en mujeres, se sitúa en torno a los 13,9 años, experimentando la primera borrachera a los 14,5 años de media y aumentando el consumo de alcohol a medida que aumenta la edad. El 56,6% de los estudiantes de entre 14 y 18 años reconoce haber bebido alcohol en los últimos 30 días, el 20,8% ha experimentado alguna intoxicación etílica aguda y el 28,2% ha tenido episodios de consumo por atracón o *Binge drinking*. Los combinados y la cerveza son las bebidas alcohólicas con mayor prevalencia de consumo entre los estudiantes. En cuanto a las diferencias por sexo, se observa un mayor consumo de alcohol entre las mujeres en estos tramos de edad en los últimos 30 días.

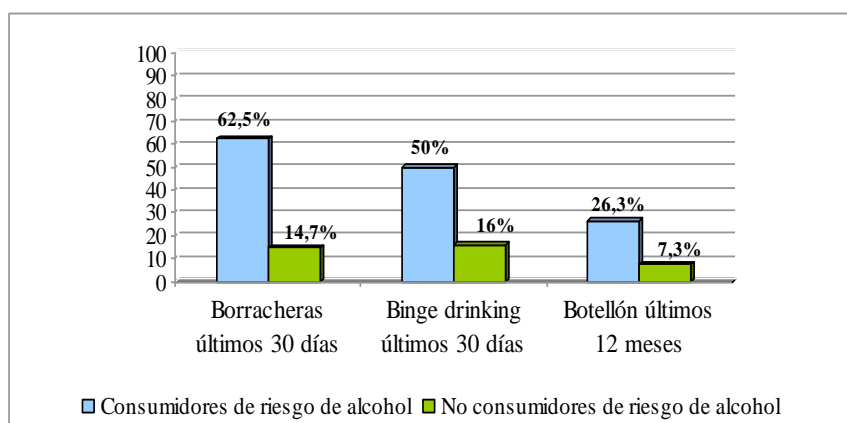
La última Encuesta Sobre Alcohol y Drogas En España (EDADES; OEDA, 2024) indica que un 92,9% de la población entre los 15 y los 64 años manifiesta haber consumido alcohol alguna vez en la vida, lo que lo convierte en la sustancia psicoactiva con mayor prevalencia de consumo en España. Teniendo en cuenta el consumo durante el último mes, la prevalencia ha sido del 63,5 %, suponiendo un descenso de 1 punto porcentual con respecto a la encuesta anterior de 2022. Atendiendo al sexo, el consumo de alcohol está más extendido entre los hombres que entre las mujeres, con independencia del grupo de edad.

También en los últimos 30 días, un 10,5 % de la población ha consumido alcohol de manera diaria, un 4,6 % reconoce haber sufrido alguna intoxicación etílica aguda y un 16 % ha tenido Binge drinking. Por el contrario, el botellón es una práctica que ha ido descendiendo con el paso de los años. En cuanto a las diferencias por sexo, la prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas, consumos por atracón y botellones es superior en los hombres (OEDA, 2024).

En 2024, la prevalencia del consumo de riesgo de alcohol se sitúa en torno al 6 %, 7,2% entre los hombres y 4,7% entre las mujeres. Estas personas presentan una mayor prevalencia de intoxicaciones etílicas agudas en el último mes en comparación con las personas sin un consumo de riesgo de alcohol (62,5% frente a 14,7%). Algo que sucede también con respecto al Binge drinking, que es hasta 3 veces superior en las personas con consumo de riesgo, (50% frente a 16%) y con la participación en el botellón (26,3% frente a 7,3%) (ver Figura 1) (OEDA, 2024).

Figura 1

Prevalencia de consumos intensivos de alcohol en la población de 15 a 64 años



Fuente: Encuesta EDADES (OEDA, 2024).

Respecto a las demandas de tratamiento por problemas con el consumo de alcohol, el último informe del OEDA (2024) refleja que en 2022 el número de admisiones a tratamiento

por abuso o dependencia de alcohol fue de 27.042, lo que supone un 34,2% del total de las admisiones a tratamiento por consumo de sustancias, encontrándose además presente en gran parte de los patrones de policonsumo.

Intervenciones para los Problemas con el Consumo de Alcohol

Por su elevada prevalencia y graves consecuencias los problemas relacionados con el consumo de alcohol han tratado de abordarse a lo largo de la historia con diversas estrategias dirigidas tanto a la prevención como a la reducción o eliminación de dicho consumo.

En primer lugar, dentro de la farmacoterapia podemos diferenciar dos tipos de abordaje: el tratamiento orientado a la abstinencia y el orientado a la reducción del consumo. El tratamiento orientado a la abstinencia consta de una primera fase de desintoxicación, con una duración de entre 1 y 2 semanas donde se incluyen medicamentos como las benzodiazepinas, los anticonvulsivantes, los suplementos vitamínicos, los antipsicóticos y los betabloqueantes; y una segunda fase de deshabitación, con una duración aproximada de 5 años donde se incluyen fármacos como la naltrexona, el acamprosato o el disulfiram. Por otro lado, en el abordaje orientado a la reducción del consumo, se combinan los tratamientos de reducción de daños y los tratamientos de consumo controlado con el objetivo de minimizar las consecuencias negativas asociadas al consumo sin llegar a la abstinencia, teniendo en cuenta que una reducción de alcohol a partir de 10 gramos por día provoca ya una disminución de la mortalidad anual (Pereiro y Fernández, 2018).

En segundo lugar, en cuanto a las intervenciones psicológicas debemos destacar que la naturaleza multifactorial del problema hace que no exista una única intervención eficaz en todos los casos. Sin embargo, existe consenso en torno a la elevada eficacia de una serie de intervenciones conductuales basadas en la evidencia. Así, se recoge la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual y la terapia de manejo de contingencias como las intervenciones con mayor respaldo a nivel científico. Seguido de estas, nos encontramos otras intervenciones empleadas para tratar los problemas relacionados con el consumo de alcohol como la facilitación de 12 pasos, las intervenciones basadas en la atención plena y las terapias centradas en la familia (Knox et al., 2019).

Intervenciones Psicológicas para los Problemas con el Consumo de Alcohol

En primer lugar, la entrevista motivacional es definida por Rollnick y Miller (1995) como “un estilo de asesoramiento directivo, centrado en el cliente para provocar un cambio de comportamiento al ayudarlo a explorar y resolver la ambivalencia” (p. 327). Esta entrevista se

caracteriza, entre otros aspectos, por utilizar la escucha empática con el objetivo de comprender la perspectiva del cliente y minimizar su resistencia. Posteriormente, sobre esta base, se exploran los valores y metas de la persona y cómo estas se relacionan con el problema de la adicción, provocando el aumento de la motivación intrínseca y favoreciendo el compromiso con el cambio.

En lo referente al consumo de alcohol, la entrevista motivacional ha demostrado ser una estrategia eficaz para reducir su consumo. Concretamente, esta intervención parece ser más eficaz en adultos jóvenes con poca dependencia y que buscan ayuda voluntariamente, que con personas de mayor edad o con problemas de bebida más graves (Vasilaki et al., 2006). Los estudios también muestran que con la entrevista motivacional se obtienen mejoras significativas en cuestiones como la conducta impulsiva y la baja calidad de vida, que presentan los problemas con el consumo de sustancias (García- Caballero et al., 2018).

En segundo lugar, las intervenciones cognitivo-conductuales se basan en el entrenamiento de habilidades específicas con el objetivo de responder de manera adecuada a los antecedentes y consecuentes individuales (cogniciones y emociones) y ambientales que mantienen la conducta problema, en este caso el consumo de alcohol. Dentro del paradigma cognitivo- conductual, se distinguen tres modelos: el entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, la prevención de recaídas y la terapia conductual de familia y de pareja (Secades-Villa et al., 2007). En general, el tratamiento cognitivo-conductual ha demostrado ser efectivo en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de alcohol (Magill et al., 2023).

El entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento tiene como premisa la existencia de una carencia de habilidades por parte de la persona para afrontar situaciones sociales, generando condiciones de estrés que dificultan el adecuado afrontamiento para resistir la presión social de beber alcohol. En consecuencia, el objetivo principal es dotar a la persona de las habilidades interpersonales y de autocontrol necesarias para afrontar esas situaciones (Monti et al., 1995). Se considera estrategia eficaz para el tratamiento de la adicción al alcohol, sobre todo cuando forma parte de programas multimodales más amplios (Iglesias et al., 2008).

Respecto al modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Donovan (2005) contiene tres elementos fundamentales: estrategias tanto cognitivas como conductuales de entrenamiento en habilidades para afrontar situaciones de riesgo, técnicas de reestructuración cognitiva para proporcionar pensamientos alternativos al consumo y procedimientos de cambio del estilo de

vida para fomentar las actividades alternativas al consumo de alcohol. La prevención de recaídas cuenta con suficiente evidencia empírica que abala su eficacia y que la sitúa como tratamiento de elección en los problemas relacionados con el consumo de alcohol (Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2006).

La terapia conductual familiar y de pareja, por su parte, se centra en el entrenamiento de las habilidades de comunicación, así como en favorecer el reforzamiento positivo en las relaciones familiares. Esta terapia incluye componentes como el análisis funcional, la asignación de tareas, el contrato conductual, la identificación de relaciones conflictivas, entre otros; y los resultados son positivos dado que se señala un incremento de las tasas de abstinencia (Iglesias et al., 2008).

En tercer lugar, el manejo de contingencias consiste en la aplicación sistemática de reforzamiento o castigo contingente a la presencia o ausencia del comportamiento objetivo, compitiendo con los efectos reforzantes de las drogas. Estos reforzadores pueden ser dinero o vales, acceso a empleo, servicios en la comunidad, privilegios clínicos, entre otros (Petry, 2000). Según Roozen et al. (2004) el manejo de contingencias ha demostrado ser eficaz con respecto a la intervención en adicción a diferentes sustancias y en diferentes poblaciones. Más concretamente, dentro del manejo de contingencias, la aproximación de reforzamiento comunitario pone especial atención en los reforzadores relacionados con las sustancias y la falta de reforzadores alternativos que mantienen la dependencia y busca cambiar este estilo de vida a través del desarrollo de actividades sociales gratificantes alternativas e incompatibles con el consumo (Schottenfeld et al., 2000). Varios estudios que tienen por objetivo evaluar su eficacia en el tratamiento de consumo de alcohol y otras sustancias han obtenido resultados positivos (Davis et al., 2016; Higgins et al., 1999; Miller et al., 1999).

En cuarto lugar, las denominadas terapias de tercera generación están basadas en los principios del aprendizaje y el conductismo pero, a diferencia de las anteriores generaciones de terapias de conducta, se centran más en la relación de las personas con sus pensamientos y emociones que en el contenido de estos (Hayes, 2004). Dentro de este grupo de terapias se encuentran la terapia de aceptación y compromiso, la psicoterapia analítica funcional, la terapia de conducta dialéctica, la terapia integral de pareja y la terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión (Mañas, 2007). Lee et al. (2015) han estudiado la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el campo de las adicciones a sustancias obteniendo resultados positivos.

Por último, con la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (TICs) al campo de la medicina nace la salud digital o *e-Health*. Esta se define como la utilización en el sector sanitario de toda información digital obtenida, almacenada y transmitida de manera electrónica con el objetivo de asistir al cuidado de la salud de manera presencial y no presencial (de Abajo et al., 2011). Dentro de la salud digital, se incluye la salud móvil o *m-Health* que es el empleo de aplicaciones móviles, redes sociales, sensores portátiles y tecnología de seguimiento de la ubicación con el objetivo de adquirir, analizar y utilizar la información para la mejora del bienestar y para el diagnóstico, prevención y tratamiento de problemas de salud (Sim, 2019). El uso de intervenciones mediante TICs ha demostrado ser un recurso viable y prometedor en la prevención y tratamiento del consumo de sustancias ya que son capaces de llegar a una gran cantidad de personas en comparación con las intervenciones que utilizan un formato de presencia física (Kazemi et al., 2017). La aplicación de este tipo de intervenciones también ha demostrado ser eficaz para la reducción del consumo de alcohol (Kiluk et al., 2019).

Justificación y Objetivos del Trabajo

A lo largo de la literatura expuesta en este trabajo hemos podido comprobar que el consumo de alcohol supone un importante problema de salud pública que conlleva consecuencias negativas tanto sobre las personas que lo consumen como sobre su entorno (Bellis et al., 2015; OMS, 2024). Por esta razón, intervenir sobre los problemas relacionados con este consumo resulta indispensable para mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas y para reducir los daños y riesgos asociados (Connor et al., 2016). Más concretamente, el desarrollo de las intervenciones psicológicas es esencial teniendo en cuenta el peso de la conducta, las cogniciones y los reforzadores en la cuestión a tratar (Secades-Villa et al., 2007).

Si bien tanto la entrevista motivacional, como la terapia cognitivo-conductual y el manejo de contingencias han mostrado buenos resultados en la intervención sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol (Davis et al., 2016; Magill et al., 2023; Vasilaki et al., 2006), es necesario explorar de manera más exhaustiva y actualizada las intervenciones psicológicas más recientes dirigidas a abordar este tipo de problemas, con el propósito de identificar enfoques innovadores, evaluar su eficacia y contribuir al avance del conocimiento en este ámbito.

Así, los **objetivos** del presente Trabajo de Fin de Máster son:

- Revisar la literatura científica referente a la eficacia de intervenciones psicológicas sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol en personas adultas (mayores de 18 años).
- Diseñar una propuesta de intervención psicológica dirigida a los problemas relacionados con el consumo de alcohol en la población del área metropolitana de Vigo.

Para el alcance de dichos objetivos, en primer lugar, se describe el método, precisando los detalles de la búsqueda y el procedimiento de selección de los artículos incluidos en la revisión. Posteriormente, se reúnen los principales resultados de dichos artículos y se hace una discusión de estos. Por último, una vez establecidas las conclusiones y limitaciones de la revisión y las líneas para la investigación futura, se expone un diseño de intervención psicológica basado en la literatura revisada.

Método

Este trabajo tiene como finalidad realizar una revisión sistemática actualizada sobre los estudios que analizan los resultados y la eficacia de las intervenciones psicológicas en los problemas con el consumo de alcohol en personas adultas. Con este fin, se realizó una búsqueda de literatura en tres bases de datos diferentes: PsychInfo, PubMed y Web of Science. Siendo las palabras clave utilizadas aquellas relacionadas con el consumo de alcohol y las intervenciones psicológicas, aplicando los especificadores de localización en título del documento y/ o resumen. La estrategia de búsqueda empleada se detalla en la Figura 2.

Figura 2

Estrategia de búsqueda utilizada en las bases de datos

Alcohol
AND psychological
AND treatment OR intervention OR program OR therapy

Como filtros en la búsqueda se especificaron: 1) publicaciones en los últimos 10 años (enero de 2014-octubre de 2024, ambos incluidos), 2) artículos científicos (eliminando revisiones sistemáticas y metaanálisis) y 3) publicaciones en idioma español o inglés.

Tras este primer proceso de identificación de documentos, se prosiguió con la eliminación de los artículos que se encontraban duplicados. A continuación, se llevó a cabo la lectura del título y resumen de los documentos correspondientes. En dicha lectura, los artículos fueron cribados en base a una serie de criterios de inclusión:

1. Estudios cuya muestra es población adulta (mayor de 18 años).
2. Estudios que analizan la eficacia de una intervención psicológica para los problemas con el consumo de alcohol de forma específica, y no como efecto secundario de una intervención psicológica sobre otra problemática.
3. Estudios con metodología de Ensayo Controlado Aleatorizado.

Aplicando simultáneamente los siguientes criterios de exclusión:

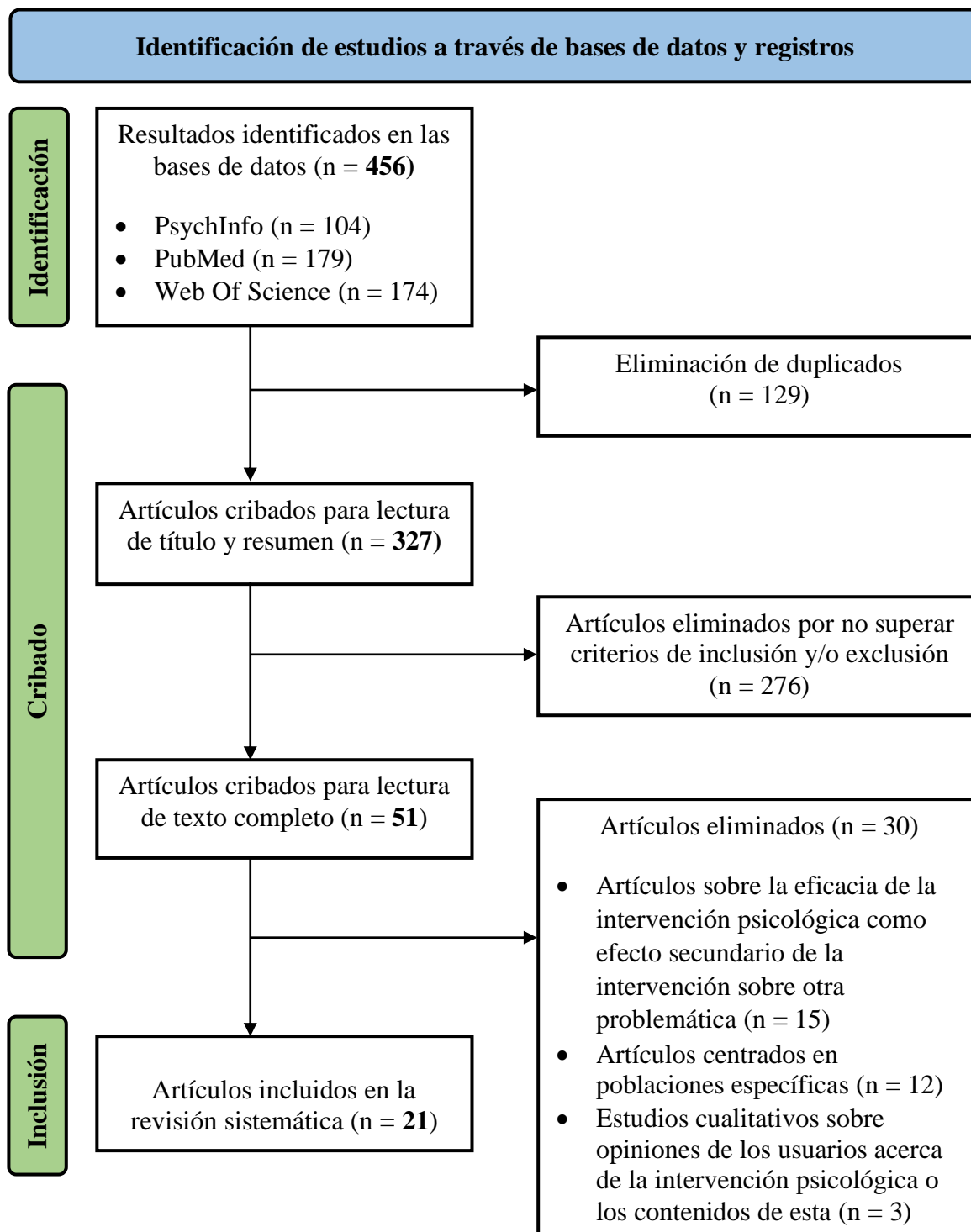
1. Artículos que recogen exclusivamente protocolos de investigación.
2. Estudios cualitativos sobre las opiniones de los usuarios acerca de la intervención psicológica o los contenidos de esta.

3. Estudios centrados en poblaciones específicas como personas con VIH, mujeres embarazadas, hombres condenados por delitos de agresión sexual, etc.

Una vez aplicados los filtros de búsqueda, se registraron inicialmente un total de **456 artículos** en las tres bases de datos. Posteriormente, tras la identificación y eliminación de los artículos duplicados (129), se inicia la lectura de título y resumen de los 327 estudios restantes. Estos son seleccionados según los criterios de inclusión y exclusión descritos anteriormente, obteniendo como resultado la eliminación de 276 artículos y la elección de 51 para su lectura a texto completo. En este último paso, 30 artículos fueron eliminados, alcanzando un total de 21 artículos para su descripción y análisis en esta revisión sistemática. En la Figura 3 se detalla, en un diagrama de flujo, el proceso de búsqueda y selección de los documentos revisados en el presente trabajo.

Figura 3

Diagrama de Flujo PRISMA que reúne el proceso de selección para la revisión sistemática



Nota. Adaptado de Page et al. (2021).

Resultados

En este apartado se recogen los estudios seleccionados para la presente revisión sistemática y se expone un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en estos. Además, con el fin de facilitar su presentación, han sido organizados en dos bloques en función del formato utilizado: (1) intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol en formato presencial e (2) intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato no presencial.

Intervenciones Psicológicas sobre los Problemas con el Consumo de Alcohol que Utilizan un Formato Presencial

Doce de los 21 artículos incluidos en la revisión tenían por objetivo estudiar la eficacia de diferentes intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que se realizaban a través de un formato presencial (ver Tabla 1).

De entre estos estudios, más de la mitad incluyen muestras de personas con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-quinta edición (DSM-5, por sus siglas en inglés; American Psychiatric Association [APA], 2014) (Coates et al., 2018; Garfield et al., 2022) o de dependencia de alcohol según la Clasificación Internacional de Enfermedades-décima edición (CIE-10; OMS, 1993) (Hack et al., 2024; Mellentin et al., 2019; Subramanian et al., 2021; Thaysen-Petersen et al., 2024; Zhang et al., 2023). Tres de ellos, incluyen muestras con consumo de alcohol de riesgo (Nadkarni et al., 2017a; Nadkarni et al., 2017b) o sospecha de dependencia de alcohol (Weststrate et al., 2023) según el cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT; Saunders et al., 1993). Y, el resto, recogen muestras de personas que declaraban tener problemas con el alcohol (Moritz et al., 2019) o habían consumido al menos una bebida en el último mes (Rodríguez et al., 2015).

La gran mayoría de los estudios emplean muestras con un mayor porcentaje de hombres que de mujeres (Coates et al., 2018; Garfield et al., 2022; Hack et al., 2024; Mellentin et al., 2019; Nadkarni et al., 2017a; Nadkarni et al., 2017b; Subramanian et al., 2021; Thaysen-Petersen et al., 2024; Weststrate et al., 2023; Zhang et al., 2023), a excepción de dos, donde hay un mayor número de mujeres (Moritz et al., 2019; Rodríguez et al., 2015). Por otro lado, en cuanto a la edad media, casi todos los estudios incluyen muestras con una media de edad de entre 40 y 50 años (Coates et al., 2018; Garfield et al., 2022; Hack et al., 2024; Mellentin et al., 2019; Moritz et al., 2019; Nadkarni et al., 2017a; Nadkarni et al., 2017b; Subramanian et al.,

2021; Thaysen-Petersen et al., 2024; Weststrate et al., 2023), exceptuando dos estudios que presentan una muestra con una media de edad de entre 20 y 40 años (Rodríguez et al., 2015; Zhang et al., 2023).

Teniendo en cuenta el diseño metodológico, dos de los estudios emplean un ensayo controlado aleatorizado con más de un grupo experimental y un grupo control (Mellentin et al., 2019; Rodríguez et al., 2015), mientras que el resto de los artículos comparan un grupo experimental con un grupo control (Coates et al., 2018; Garfield et al., 2022; Hack et al., 2024; Moritz et al., 2019; Nadkerni et al., 2017a; Nadkarni et al., 2017b; Subramanian et al., 2021; Thaysen-Petersen et al., 2024; Weststrate et al., 2023; Zhang et al., 2023).

En cuanto al tipo de intervención, dos de los estudios evaluaron la eficacia de la técnica de neurofeedback, como complemento de la intervención habitual, en comparación con la intervención habitual sola sobre el consumo de alcohol y la prevención de recaídas, sin obtener diferencias entre ambas condiciones en las mediciones tras la intervención (Hack et al., 2024; Subramanian et al., 2021).

Dentro de los que utilizan la terapia cognitivo-conductual, Coates et al. (2018) compararon la terapia cognitivo-conductual personalizada (administración durante 4 sesiones de uno de los tres módulos dirigidos al deseo de consumir, a los efectos adversos del alcohol o a la impulsividad en función de los resultados obtenidos por los usuarios en la evaluación previa de los factores de riesgo individuales) con la terapia cognitivo-conductual estándar como condición control y tampoco encontraron diferencias en cuanto a los días de consumo de alcohol o la cantidad media de alcohol consumida.

La terapia de exposición a señales mediante realidad virtual, como complemento de la terapia cognitivo-conductual, mostró su eficacia sobre la reducción del consumo de alcohol y sobre el deseo de beber en comparación con la terapia cognitivo-conductual sola (Thaysen-Petersen et al., 2024). Como complemento del tratamiento farmacológico estándar, mostró su eficacia sobre la reducción del deseo de consumir y ciertas respuestas fisiológicas ante señales de alcohol en comparación con el tratamiento farmacológico solo (Zhang et al., 2023). Sin embargo, la terapia de exposición a señales aplicada en la fase de seguimiento del tratamiento con terapia cognitivo-conductual no mostró diferencias con respecto a la condición control de seguimiento en cuanto al consumo de alcohol y el deseo de consumir (Mellentin et al., 2019).

Se investigó también la eficacia del entrenamiento en modificación del sesgo atencional en la reducción del deseo de consumir, en comparación con una condición control de

entrenamiento simulado. El deseo de consumir en función del refuerzo positivo anticipado del alcohol, es decir en función de las expectativas de recompensa que tiene la persona antes de consumir alcohol, fue menor en el grupo experimental que en el grupo control. Sin embargo, el deseo de consumir inducido por señales relacionadas con el alcohol no difirió entre ambos grupos (Garfield et al., 2022).

La intervención mediante escritura expresiva, en la que los usuarios debían escribir sobre un evento de consumo excesivo de alcohol, mostró también eficacia para la reducción de las intenciones de beber en comparación con una condición control, en la que los usuarios debían escribir sobre su primer día en la universidad. En la condición experimental, los usuarios que escribieron acerca de un evento de valencia negativa mostraron niveles más altos de vergüenza y culpa, siendo esta última un factor mediador de los efectos de la intervención sobre la disposición al cambio (Rodríguez et al., 2015).

Otro de los enfoques evaluados ha sido la terapia de aceptación y compromiso. En concreto, Weststrate et al. (2023) añadieron elementos de esta terapia al tratamiento farmacológico estándar y encontraron un aumento en la flexibilidad psicológica diaria y una disminución en la inflexibilidad psicológica general. Esta última, es una variable mediadora entre la intervención y los cambios en las tasas de abstinencia. Además, estos investigadores encontraron que el número de sesiones con elementos de la terapia de aceptación y compromiso se correlaciona positivamente con el cambio en la flexibilidad psicológica.

La técnica reentrenamiento aplicada en imaginación, donde el usuario debe imaginar su bebida alcohólica y no alcohólica favoritas y realizar secuencias de rechazo y aproximación respectivamente, mostró eficacia sobre la reducción del consumo de alcohol en comparación con una condición de lista de espera (Moritz et al., 2019).

Por último, la intervención psicológica breve *Counselling for Alcohol Problems*, que incluye evaluación, retroalimentación, entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales, prevención de recaídas y una perspectiva profesional basada en la entrevista motivacional; produjo un aumento del porcentaje de días de abstinencia y de la proporción de personas en remisión y personas en abstinencia en los últimos 14 días en comparación con el grupo control, manteniéndose dichos efectos en el seguimiento a los 12 meses (Nadkerni et al., 2017a; Nadkarni et al., 2017b).

Tabla 1

Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato presencial

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Coates et al. (2018)	<p>Evaluar la terapia cognitivo conductual personalizada, basada en factores de riesgo individuales, como tratamiento del TA.</p> <p>Grupo experimental: terapia cognitivo-conductual personalizada. 8 sesiones de terapia cognitivo-conductual de las cuales 4 incluyen la administración de un módulo dirigido al deseo de consumo, a los efectos adversos del alcohol o a la impulsividad. La selección del módulo se basó en la evaluación previa de los factores de riesgo individuales.</p> <p>Grupo control: terapia cognitivo conductual durante 8 sesiones que incluyen entrevista motivacional, psicoeducación, identificación de situaciones de riesgo, entrenamiento en resolución de problemas, estrategias de relajación y planificación para la prevención de recaídas.</p>	<p>N= 379 (hombres = 65%) Personas que cumplieran con los criterios DSM-5 (APA, 2014) para TA y que buscaban la abstinencia. Australia Media de edad: 44,32 - Grupo experimental (n= 186) - Grupo control (n= 193)</p>	<p>- No se identificó ningún efecto significativo de la terapia cognitivo conductual personalizada sobre los días de consumo de alcohol o el consumo medio de alcohol.</p> <p>- En el grupo experimental se obtuvieron reducciones significativas del deseo de consumir y la impulsividad en comparación con el grupo control.</p> <p>- La reducción del deseo de consumir se asoció con una reducción significativa de los días de consumo de alcohol y del consumo medio.</p> <p>- La proporción media de días de consumo de alcohol entre sesiones en ambos grupos fue del 5%, con un consumo medio de 64 gramos de etanol.</p>
Garfield et al. (2022)	<p>Evaluar la eficacia del entrenamiento en modificación del sesgo atencional en la reducción del deseo de consumir. Valorar si el deseo de consumo media el efecto del entrenamiento en modificación del sesgo atencional sobre el consumo de alcohol.</p> <p>Grupo experimental: entrenamiento en modificación del sesgo atencional. Deben responder a imágenes, utilizando un joystick, según la orientación del marco (alejarse si es horizontal; acercarse si es vertical). Se muestran 40 imágenes de alcohol (95% horizontales y 5% verticales) y 40 imágenes sin alcohol (95% verticales y 5% horizontales) en orden aleatorio. Los participantes “alejan” el 95% de las imágenes de alcohol y “se acercan” el 95% de las imágenes sin alcohol.</p> <p>Grupo control: entrenamiento simulado. Deben responder a imágenes según la orientación del marco (izquierda si es horizontal; derecha si es vertical). Tanto las imágenes de alcohol como las imágenes sin alcohol tenían una orientación vertical en el 50% de los casos y horizontal en el otro 50%.</p>	<p>N= 300 (hombres = 57,67%) Personas con TA según el DSM-5 (APA, 2014) de 4 servicios de <i>Inpatient Withdrawal Treatment</i>. Australia Media de edad: 43,47 - Grupo experimental (n= 147) - Grupo control (n= 153)</p>	<p>- Los grupos no difirieron en las puntuaciones del ACQ-SF-R (Singleton et al., 2004), que evalúa el deseo de consumir inducido por señales, entre la primera y la última sesión de entrenamiento, ni en los seguimientos.</p> <p>- La subescala de expectativas del ACQ-SF-R (Singleton et al., 2004), que evalúa el deseo de consumir en función del refuerzo positivo anticipado del alcohol, fue significativamente menor en el grupo experimental que en el grupo control después del entrenamiento, aunque la interacción grupo-tiempo para esta subescala no fue significativa.</p> <p>- Las puntuaciones en esta subescala de expectativas tras la intervención mediaron el efecto del entrenamiento en modificación del sesgo atencional sobre el consumo de alcohol después del tratamiento.</p>

Tabla 1*Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato presencial (continuación)*

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Hack et al. (2024)	<p>Investigar los cambios en las competencias emocionales, las cogniciones relacionadas con el alcohol y el consumo antes y después de una intervención de entrenamiento en neurofeedback optimizado.</p> <p>Grupo experimental: entrenamiento en neurofeedback basado en electroencefalografía adaptado y optimizado además del tratamiento estándar sobre el consumo de alcohol.</p> <p>Grupo control: tratamiento estándar</p>	<p>N= 56 (hombres = 59%) Personas con diagnóstico de dependencia de alcohol según la CIE-10 (OMS, 1993). Austria Media de edad: 44,79 - Grupo experimental (n= 27) - Grupo control (n= 29)</p>	<p>- No se encontraron diferencias en relación con la conducta de consumo de alcohol y las cogniciones relacionadas con el alcohol.</p> <p>- Se observaron aumentos en las competencias emocionales y en la satisfacción vital después del entrenamiento experimental con electroencefalografía en neurofeedback.</p>
Mellentin et al. (2019)	<p>Analizar si la terapia de exposición a señales aplicada en la fase de seguimiento aumentaría la eficacia del tratamiento con terapia cognitivo conductual.</p> <p>Evaluar si la terapia de exposición a señales administrada a través de una aplicación de móvil es igual de eficaz que si se aplica a través de sesiones grupales presenciales.</p> <p>Grupo experimental con sesiones grupales: intervención mediante terapia de exposición a señales en formato grupal, aplicada en la fase de seguimiento del tratamiento con terapia cognitivo-conductual. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento específicas (esperar, pensar en consecuencias negativas de beber y positivas de la sobriedad y consumo de alimentos y bebidas alternativos) y práctica mientras se expone a situaciones reales con presencia de alcohol.</p> <p>Grupo experimental por aplicación móvil: intervención mediante terapia de exposición a señales, aplicada en la fase de seguimiento del tratamiento con terapia cognitivo conductual, a través de una aplicación móvil con adaptación individual de las estrategias de afrontamiento presentadas y el material de exposición al alcohol (videos). Los videos imitaron sesiones con un terapeuta y la aplicación contenía el número de teléfono de un terapeuta en caso de deseo intenso de consumir.</p> <p>Grupo control: una sesión de seguimiento individual de 60 minutos 8 semanas después del tratamiento donde preguntó a las personas cómo estaban y, si era necesario, se repasaban las estrategias de afrontamiento.</p>	<p>N= 164 (hombres = 77, 44%) Personas diagnosticadas con dependencia de alcohol según la CIE-10 (OMS, 1993). Dinamarca Media de edad: 46,33 - Grupo experimental con sesiones grupales (n= 54) - Grupo experimental por aplicación móvil (n= 54) - Grupo control (n= 56)</p>	<p>- No se encontraron diferencias entre los grupos experimentales y control en el consumo de alcohol y deseo de consumir a lo largo del tiempo.</p> <p>- No se encontraron diferencias entre ambos grupos experimentales en los resultados</p> <p>- Ambos grupos experimentales mostraron mayor uso de estrategias de afrontamiento específicas en comparación con el grupo control en la medida tras la intervención, pero este efecto se redujo en el seguimiento de los 6 meses.</p>

Tabla 1

Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato presencial (continuación)

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Moritz et al. (2019)	<p>Investigar la eficacia de la técnica de reentrenamiento aplicada en imaginación (derivada del paradigma aproximación-avoidance) sobre los problemas con el consumo de alcohol.</p> <p>Grupo experimental: técnica de reentrenamiento aplicada en imaginación que permite una mayor personalización del contenido. El participante debe imaginar su bebida alcohólica y no alcohólica favoritas y debe realizar dos tipos de secuencias: 1) secuencia aversiva, debe pensar en su bebida alcohólica favorita e imaginarse que la empuja y la tira al suelo en un lugar donde suele consumir alcohol y 2) secuencia placentera, debe imaginar una bebida sin alcohol que le guste moviéndola hacia su boca.</p> <p>Grupo control: intervención habitual (medicación o psicoterapia).</p>	<p>N= 84 (mujeres = 64,29%)</p> <p>Personas que declaraban tener problemas con el alcohol.</p> <p>Alemania</p> <p>Media de edad: 42,88</p> <p>- Grupo experimental (n= 42)</p> <p>- Grupo control (n= 42)</p>	<p>- El 75% de los individuos en el grupo experimental informaron de un menor consumo de alcohol en el período de tratamiento, mientras que no hubo cambios en el grupo control.</p> <p>- La técnica de reentrenamiento aplicada en imaginación produjo una reducción significativa del deseo de consumir en comparación con el grupo control con un tamaño de efecto grande.</p> <p>- La autoestima mejoró en la condición experimental en comparación con el grupo control.</p>
Nadkarni et al. (2017a)	<p>Evaluar la eficacia y la relación coste-efectividad de una intervención psicológica breve, <i>Counselling for Alcohol Problems</i>.</p> <p>Grupo experimental: intervención psicológica breve, <i>Counselling for Alcohol Problems</i> que se realiza en 3 fases durante 4 sesiones semanales o quincenales. Las estrategias utilizadas incluyen evaluación y retroalimentación, habilidades cognitivas y conductuales y prevención de recaídas. El profesional trabaja desde la perspectiva de la entrevista motivacional.</p> <p>Grupo control: consulta con el médico de atención primaria, con la entrega de los resultados de la prueba AUDIT (Saunders et al., 1993), y la posible derivación para recibir atención psiquiátrica.</p>	<p>N= 377 (hombres = 100%)</p> <p>Personas con consumo de alcohol de riesgo según el AUDIT (Saunders et al., 1993) y que asistían a centros de atención primaria.</p> <p>India</p> <p>Media de edad: 42,1</p> <p>- Grupo experimental (n= 188)</p> <p>- Grupo control (n= 189)</p>	<p>- <i>Counselling for Alcohol Problems</i> logró aumentar los días de abstinencia en los últimos 14 días. Sin embargo, no se obtuvieron diferencias en los días de consumo excesivo de alcohol, consecuencias del consumo de alcohol, puntuación en discapacidad, días sin poder trabajar, intentos de suicidio y violencia de pareja.</p> <p>- La proporción con remisión y la proporción de abstinentes en los últimos 14 días fueron mayores en el grupo experimental que en el grupo control, sin embargo, no se observaron diferencias en el alcohol diario medio consumido en los últimos 14 días entre los que informaron haber bebido en este período en ambos grupos.</p> <p>- No se observaron diferencias significativas en el número de eventos adversos graves entre los dos grupos.</p> <p>- La intervención tuvo un 85% de probabilidades de ser rentable en el entorno del estudio.</p>

Tabla 1

Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato presencial (continuación)

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Nadkarni et al. (2017b)	<p>Evaluar el mantenimiento de los efectos tras la finalización de una intervención psicológica breve, <i>Counselling for Alcohol Problems</i>; la relación coste-eficacia de la intervención durante 12 meses y los efectos de la disposición al cambio como posible mediador en los resultados clínicos.</p> <p>Grupo experimental: intervención psicológica breve, <i>Counselling for Alcohol Problems</i> (descrita en Nadkarni et al., 2017a).</p> <p>Grupo control: igual que Nadkarni et al. (2017a).</p>	<p>N= 377 (hombres = 100%) Personas con consumo de alcohol de riesgo según el AUDIT (Saunders et al., 1993) que asistían a atención primaria. India Media de edad: 42,1 - Grupo experimental (n= 188) - Grupo control (n= 189)</p>	<p>- Los participantes del grupo experimental mantuvieron las ganancias que mostraron al final de la intervención durante el seguimiento de 12 meses, tanto en la proporción que presentaba remisión como en la abstinencia en los últimos 14 días, siendo significativamente mayor en el grupo experimental que en el grupo control.</p> <p>- Los participantes del grupo experimental también obtuvieron mejores resultados con respecto a la recuperación y el porcentaje de días de abstinencia.</p> <p>- El efecto de <i>Counselling for Alcohol Problems</i> para la remisión fue mayor a los 12 meses que a los 3 meses.</p> <p>- El nivel de disposición al cambio a los 3 meses medió en el efecto del <i>Counselling for Alcohol Problems</i> sobre el consumo estándar medio de alcohol a los 12 meses.</p> <p>- El grupo experimental tuvo un menor coste y mejores resultados que el grupo control.</p>
Rodríguez et al. (2015)	<p>Evaluar la eficacia de una intervención mediante escritura expresiva en la disminución de la intención de beber alcohol.</p> <p>Evaluar el papel de la culpa y la vergüenza relacionadas con eventos en los efectos de la intervención.</p> <p>Grupo experimental “Negativo”: intervención mediante escritura expresiva sobre un evento de consumo excesivo de alcohol de valencia negativa.</p> <p>Grupo experimental “Positivo”: intervención mediante escritura expresiva sobre un evento de consumo excesivo de alcohol de valencia positiva.</p> <p>Grupo control: intervención mediante escritura expresiva sobre su primer día en la universidad.</p>	<p>N= 429 (mujeres = 78,4 %) Estudiantes universitarios que habían consumido al menos una bebida alcohólica en el último mes. Estados Unidos Media de edad: 22,4 - Grupo experimental “Negativo” (n= 138) - Grupo experimental “Positivo” (n= 146) - Grupo control (n= 145)</p>	<p>- La intervención mediante escritura expresiva logró reducciones significativas en tres de los cuatro indicadores de intención de beber (bebidas previstas por semana, ocasiones de consumo máximo y ocasiones típicas de consumo previstas).</p> <p>- Los participantes en la condición “Negativo” mostraron niveles más altos de culpa y vergüenza relacionadas con el evento.</p> <p>- La culpa mediaba los efectos de la intervención sobre la disposición al cambio.</p> <p>- La disposición al cambio mediaba la asociación entre el comportamiento reparador de la culpa y las intenciones de beber.</p>

Tabla 1*Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato presencial (continuación)*

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Subramanian et al. (2021)	<p>Investigar la eficacia del entrenamiento en neurofeedback para prevenir la recaída en la dependencia del alcohol.</p> <p>Grupo experimental: entrenamiento en neurofeedback basado en imágenes por resonancia magnética funcional en tiempo real durante la presentación aleatoria de imágenes de alcohol e imágenes neutras en 6 sesiones de 1 hora como complemento a la intervención habitual.</p> <p>Grupo control: intervención habitual basada en psicoeducación, apoyo psicológico y manejo médico de la abstinencia.</p>	<p>N =52 (hombres = 69%)</p> <p>Personas con dependencia de alcohol según la CIE-10 (OMS, 1993) que habían completado un programa de desintoxicación.</p> <p>Reino Unido</p> <p>Media de edad: 45,8</p> <p>- Grupo experimental (n= 25)</p> <p>- Grupo control (n= 27)</p>	<p>- Los resultados mostraron tasas de recaída muy bajas para ambos grupos.</p> <p>- La mayoría de los pacientes en la condición experimental disminuyeron la actividad en respuesta a estímulos relacionados con el alcohol y aumentaron la activación en respuesta a objetivos positivos.</p> <p>- El entrenamiento en neurofeedback basado en imágenes por resonancia magnética funcional en tiempo real es factible en pacientes abstinentes con diagnóstico de TA.</p>
Thaysen-Petersen et al. (2024)	<p>Investigar eficacia de una intervención basada en terapia cognitivo-conductual que utiliza la exposición a entornos de alto riesgo simulados por realidad virtual en el tratamiento del TA.</p> <p>Grupo experimental: 3 sesiones de terapia cognitivo-conductual y exposición a una escena predeterminada de alto riesgo en un restaurante mediante realidad virtual. Después, se les informó sobre estrategias de afrontamiento y se les pidió que las practicaran en la escena de realidad virtual.</p> <p>Grupo control: 3 sesiones de terapia cognitivo-conductual.</p>	<p>N= 9 (hombres = 56%)</p> <p>Población clínica con dependencia de alcohol según la CIE-10 (OMS, 1993) que asistieron a dos clínicas ambulatorias.</p> <p>Dinamarca</p> <p>Media de edad: 46</p> <p>- Grupo experimental (n= 5)</p> <p>- Grupo control (n= 4)</p>	<p>- Los participantes del grupo experimental tuvieron una mayor reducción en el consumo de alcohol que los participantes del grupo control al cabo de una semana (mediana 94% frente a 72%) y al mes de seguimiento (mediana 98% frente a 55%).</p> <p>- Se encontraron resultados similares con respecto a los cambios en los deseos de consumir.</p> <p>- 4/5 de los participantes del grupo experimental informaron deseos de consumir durante las simulaciones de realidad virtual.</p> <p>- 3/5 de los participantes del grupo experimental informaron de náuseas leves durante la exposición a la realidad virtual.</p>

Tabla 1*Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato presencial (continuación)*

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Weststrate et al. (2023)	Examinar la eficacia de añadir elementos de la terapia de aceptación y compromiso al tratamiento farmacológico estándar para la desintoxicación aguda del alcohol. Grupo experimental: tratamiento farmacológico estándar con orientación sobre la desintoxicación y terapia breve de aceptación y compromiso que incluye: 1) 1ª sesión, justificación del tratamiento; 2) 2ª sesión, presentación de las estrategias a practicar; 3) varias sesiones diarias cortas de entrenamiento de las estrategias durante la fase de desintoxicación y 4) una sesión de prevención de recaídas y declaración de compromiso donde el paciente expresa lo que planea hacer 14 y 30 días después. Grupo control: tratamiento farmacológico estándar con orientación sobre la desintoxicación. El tratamiento farmacológico estándar incluye diazepam y medicamentos complementarios para dormir.	N= 45 (hombres = 53%) Personas con posible dependencia de alcohol según el AUDIT (Saunders et al., 1993) y que experimentaban síntomas de abstinencia graves. Estados Unidos. Media de edad: 42, 4 - Grupo experimental (n= 22) - Grupo control (n=23)	- Los resultados sugieren un beneficio potencial de agregar elementos de la terapia de aceptación y compromiso al manejo de la medicación en la desintoxicación aguda del alcohol. - El grupo experimental reportó mayor flexibilidad psicológica diaria y menor inflexibilidad psicológica general. No se observaron cambios en flexibilidad general, conexión con valores elegidos ni síntomas de abstinencia. - El número de sesiones de terapia de aceptación y compromiso correlacionó significativamente con el cambio en flexibilidad psicológica diaria. - La inflexibilidad psicológica fue un factor mediador entre la intervención mediante terapia de aceptación y compromiso y las tasas de abstinencia. - La flexibilidad psicológica diaria fue un factor mediador entre la intervención mediante terapia de aceptación y compromiso y la satisfacción del paciente.
Zhang et al. (2023)	Explorar si la terapia de exposición a señales mediante realidad virtual puede reducir el deseo de consumir y las respuestas fisiológicas de los pacientes con dependencia del alcohol. Grupo experimental: tratamiento clínico convencional para la dependencia de alcohol y terapia de exposición a señales mediante realidad virtual. Esta última emplea videos de situaciones relacionadas con el consumo de alcohol y estimulación olfativa con alcohol real. Grupo control: tratamiento clínico convencional para la dependencia de alcohol (benzodiazepinas, vitaminas B y C y otros).	N= 44 (hombres = 100%) Varones con dependencia de alcohol según la CIE-10 (OMS, 1993). China Media de edad: 34,30 - Grupo experimental (n= 23) - Grupo control (n= 21)	- Los cambios en el deseo de consumir alcohol y en la frecuencia cardíaca antes y después de la exposición a señales en el grupo experimental fueron significativamente menores que aquellos cambios en el grupo control. No hubo diferencias entre los grupos en los cambios de conductancia de la piel y la respiración.

Nota. ACQ-SF-R: Alcohol Craving Questionnaire-Short Form-Revised; AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; TA: Trastorno por consumo de alcohol.

Intervenciones Psicológicas sobre los Problemas con el Consumo de Alcohol que Utilizan un Formato no Presencial

Del total de artículos incluidos en la revisión, 10 tenían por objetivo estudiar la eficacia de diferentes intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol mediante un formato no presencial (ver Tabla 2).

Cuatro de estos estudios incluyen muestras de personas con diagnóstico de trastorno por consumo de alcohol según el DSM-5 (APA, 2014) (Heitmann et al., 2021; Sundström et al., 2020) o de dependencia de alcohol según la CIE-10 (OMS, 1993) (Johansson et al., 2021; Mellentin et al., 2019). Cuatro incluyen muestras de personas a las que se les ha aplicado el cuestionario AUDIT (Saunders et al., 1993) obteniendo puntuaciones compatibles con un consumo de riesgo (Campbell et al., 2016; Johansson et al., 2021; Sundström et al., 2016; Tait et al., 2019) o sospecha de dependencia (Tait et al., 2019). Uno incluye una muestra de personas con posible consumo problemático de alcohol (Zill et al., 2019) según el cuestionario AUDIT-alcohol Consumption questions (AUDIT-C; Bush et al., 1998). Finalmente, dos incluyen muestras de personas que se autodeclaran bebedoras de alcohol (Constant et al., 2021) o que han consumido al menos una bebida alcohólica en el último mes (Jovanova et al., 2023).

La mayoría de los estudios presentan muestras con un mayor porcentaje de mujeres que de hombres (Campbell et al., 2016; Johansson et al., 2021; Jovanova et al., 2023; Sundström et al., 2016; Sundström et al., 2020; Tait et al., 2019; Zill et al., 2019), a excepción de tres, donde hay más hombres (Constant et al., 2021; Heitmann et al., 2021; Mellentin et al., 2019). Por otro lado, en cuanto a la edad, siete de los estudios incluyen muestras con edad media entre los 40 y los 50 años (Campbell et al., 2016; Heitmann et al., 2021; Johansson et al., 2021; Mellentin et al., 2019; Sundström et al., 2016; Tait et al., 2019; Zill et al., 2019), dos incluyen muestras con una media de edad entre los 20 y los 40 años (Constant et al., 2021; Jovanova et al., 2023) y uno presenta una muestra con una media de edad mayor de 50 años (Sundström et al., 2020).

Teniendo en cuenta el diseño metodológico, la mitad de los estudios emplean un ensayo controlado aleatorizado con más de un grupo experimental y un grupo control (Johansson et al., 2021; Jovanova et al., 2023; Mellentin et al., 2019; Sundström et al., 2016; Sundström et al., 2020), mientras la otra mitad comparan un grupo experimental con un grupo control (Campbell et al., 2016; Constant et al., 2021; Heitmann et al., 2021; Tait et al., 2019; Zill et al., 2019).

En cuanto al tipo de intervención, cinco de los estudios investigaron la eficacia de intervenciones basadas en la terapia cognitivo-conductual, a través de páginas web, para los

problemas relacionados con el alcohol. Los resultados mostraron una reducción del consumo de alcohol en comparación con el grupo control (Campbell et al., 2016; Johansson et al., 2021; Sundström et al., 2016; Sundström et al., 2020; Zill et al., 2019). Esta reducción fue mayor en el caso de las intervenciones que incluyen la intervención de un terapeuta a través de mensajes de texto (Johansson et al., 2021; Sundström et al., 2016; Sundström et al., 2020).

Constant et al. (2021) investigaron la eficacia de una intervención motivacional breve a través de llamadas por teléfono móvil con un terapeuta, procurando un enfoque directivo y el aumento de la motivación, las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia, obteniendo una disminución del consumo de alcohol mayor que en el grupo control.

Por otro lado, el programa *Daybreak*, que incluye psicoeducación en materia de alcohol y salud y experimentos conductuales autoguiados a través de una aplicación móvil o página web, fue aplicado junto con el contacto profesional a través de mensajes de texto obteniendo mejoras en las puntuaciones del AUDIT (Saunders et al., 1993), alcohol consumido por semana, días de absentismo laboral, calidad de vida y reducción de la angustia (Tait et al., 2019).

Dos intervenciones basadas en las teorías para crear distancia psicológica, atención plena y toma de perspectiva, fueron proporcionadas a través de recordatorios en teléfonos móviles y comparadas con una condición control meramente informativa; consiguiendo reducciones en la frecuencia de consumo de alcohol pero no en la cantidad de alcohol consumida por ocasión (Jovanova et al., 2023).

Heitmann et al. (2021) evaluaron la eficacia de una intervención basada en la modificación del sesgo atencional, proporcionada a través de una página web, como complemento al tratamiento habitual en comparación con el tratamiento habitual solo, sin encontrar diferencias entre los resultados de ambas condiciones.

Por último, la terapia de exposición a señales a través de una aplicación móvil, aplicada en la fase de seguimiento del tratamiento con terapia cognitivo-conductual no mostró diferencias con respecto a la condición control de seguimiento en cuanto al consumo de alcohol y el deseo de consumir. Esta intervención incluía la adaptación individual de las estrategias de afrontamiento presentadas en la aplicación móvil y material de exposición al alcohol (videos). Los videos imitaron sesiones con un terapeuta y la aplicación contenía el número de teléfono de un terapeuta en caso de deseo intenso de consumir (Mellentin et al., 2019).

Tabla 2

Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato no presencial

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Campbell et al. (2016)	<p>Evaluar la eficacia de <i>SMART Recovery</i> y <i>Overcoming Addictions</i>, a través de la web, para los problemas relacionados con el consumo de alcohol.</p> <p>Examinar los factores relacionados con las intervenciones y los participantes que influyen en los resultados clínicos.</p> <p>Grupo experimental: recibe acceso a la web <i>SMART Recovery</i> junto con una intervención autodirigida basada en la web (<i>Overcoming Addictions</i>) para personas que quieren dejar de beber. La intervención reproduce las estrategias incluidas en <i>SMART</i> en varios módulos y fomenta la participación mediante mecanismos terapéuticos.</p> <p>Grupo control: recibe acceso a la web <i>SMART Recovery</i> que promueve la difusión e instrucción de técnicas y prácticas con apoyo empírico basadas en la terapia cognitivo-conductual.</p>	<p>N= 189 (mujeres = 60,6%)</p> <p>Personas con un consumo de riesgo de alcohol según el AUDIT (Saunders et al., 1993) que deseaban alcanzar y mantener la abstinencia reclutados a través del sitio web de <i>SMART Recovery</i> y en reuniones presenciales.</p> <p>Estados Unidos</p> <p>Media de edad: 44, 3</p> <p>- Grupo experimental (n= 102)</p> <p>- Grupo control (n= 87)</p>	<p>- Para ambos grupos tanto los análisis por intención de tratar como los análisis de uso real mostraron una mejora significativa desde el inicio hasta los seguimientos.</p> <p>- No hubo diferencias significativas entre grupos en la cantidad de mejora desde el inicio hasta el promedio de los seguimientos.</p> <p>- Los participantes que dejaron de beber antes de unirse al ensayo clínico tuvieron resultados significativamente mejores que los participantes que todavía bebían cuando se unieron al estudio.</p> <p>- Ni la fluidez en internet ni la facilidad reportada por los participantes para navegar por el sitio tuvieron un impacto en los resultados.</p>
Constant et al. (2021)	<p>Examinar las relaciones entre la intervención motivacional breve a través de llamadas por teléfono móvil, el estadio motivacional, el resultado en el consumo de alcohol y las estrategias de afrontamiento.</p> <p>Grupo experimental: información y asesoramiento sobre drogas e intervención motivacional breve a través de llamadas por teléfono móvil. Esta última, utiliza un enfoque directivo para alcanzar el cambio de conducta a través del aumento de la motivación, las estrategias de afrontamiento y la autoeficacia.</p> <p>Grupo control: información y asesoramiento sobre drogas a través de llamadas por teléfono móvil.</p>	<p>N= 173 (hombres = 78%)</p> <p>Personas autodeclaradas bebedoras de alcohol, que habían consumido al menos una bebida alcohólica en los últimos 30 días y que llamaron a un centro de atención telefónica gratuita (<i>VIVA VOZ</i>), que brinda asesoramiento y apoyo conductual a usuarios de drogas y sus familias, expresando su deseo de dejar de beber.</p> <p>Brasil</p> <p>Media de edad: 32,9</p> <p>- Grupo experimental (n= 67)</p> <p>- Grupo control (n= 106)</p>	<p>- En el grupo experimental el estadio motivacional y la disminución del consumo de alcohol alcanzaron significación estadística.</p> <p>- A los 6 meses, el 82,2% de la muestra reportó ser abstinentes, el 32,9% eran del grupo experimental y el 50,3% del grupo control. El 16,8% continuaba consumiendo alcohol, el 4,3% eran del grupo experimental y el 12,5% del grupo control.</p> <p>- El grupo experimental mostró resultados de afrontamiento más bajos (lo que indica una mayor frecuencia de uso) y usaron estrategias de afrontamiento más frecuentes que el grupo control.</p> <p>- El grupo experimental usó más estrategias de afrontamiento que el grupo control.</p> <p>- El grupo experimental tuvo más posibilidades de disminuir el consumo de alcohol asociadas al aumento de las habilidades de afrontamiento y la mejora de la motivación.</p>

Tabla 2

Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato no presencial (continuación)

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Heitmann et al. (2021)	<p>Evaluar la eficacia de una intervención basada en la modificación del sesgo atencional a través de una página web y en sesiones múltiples, la <i>Bouncing Image Training Task</i>, como complemento al tratamiento habitual.</p> <p>Grupo experimental: intervención <i>Bouncing Image Training Task</i>. Se muestran ocho imágenes que rebotan en una pantalla y se debe seguir la única imagen sin alcohol con el ratón, mientras se ignoran las siete imágenes de alcohol. A intervalos de tiempo frecuentes e impredecibles, todas las imágenes cambian.</p> <p>Grupo control: entrenamiento similar al del grupo experimental pero con cuatro imágenes de alcohol y cuatro sin alcohol a las que se debe prestar la misma atención y, en ocasiones aleatorias, una de ellas pone verde. Los participantes deben hacer clic en esta imagen lo más rápido posible. Ambos tipos de imágenes se pusieron en verde con la misma frecuencia.</p>	<p>N= 169 (hombres = 73,4%) Personas diagnosticadas con TA o trastorno por consumo de cannabis según el DSM-5 (APA, 2014). Países bajos Media de edad: 43,20 - Grupo experimental (n= 92) - Grupo control (n= 77)</p>	<p>- No se encontraron diferencias significativas entre los grupos con respecto al consumo de sustancias, el deseo de consumir, las tasas de recaída, el sesgo atencional o las quejas físicas y psicológicas.</p>
Johansson et al. (2021)	<p>Investigar la eficacia de un programa de terapia cognitivo conductual a través de una página web con o sin intervención de un terapeuta para la reducción del consumo de alcohol.</p> <p>Grupo experimental de autoayuda: acceso a la página web del programa de terapia cognitivo-conductual que incluye materiales de autoayuda como ejercicios basados en prevención de recaídas, autocontrol y resolución de problemas, videos con ejemplos o entrevistas a expertos, un calendario y estadísticas privadas sobre el consumo privado y un resumen individualizado de las situaciones de riesgo.</p> <p>Grupo experimental con terapeuta: acceso a la página web del programa de terapia cognitivo-conductual y comunicación con el terapeuta a través de mensajes de texto asíncronos. El terapeuta tiene acceso al calendario y las estadísticas y se centra en motivar al usuario a seguir utilizando el programa y cambiar su conducta de consumo a través de comentarios personales, recordatorios y respuestas a las preguntas del usuario.</p> <p>Grupo control: acceso a una página web con material meramente informativo sobre alcohol y salud, cómo cambiar sus hábitos de consumo de alcohol y cómo encontrar ayuda en el sistema de asistencia sanitaria.</p>	<p>N= 1169 (mujeres = 56,72%) Personas con un consumo de alcohol de riesgo según sus puntuaciones obtenidas en AUDIT (Saunders et al., 1993) o con dependencia de alcohol según la CIE-10 (OMS, 1993). Suecia Media de edad: 45 - Grupo experimental de autoayuda (n=391) - Grupo experimental con terapeuta (n=386) - Grupo control (n= 392)</p>	<p>- Se encontraron diferencias significativas entre el grupo experimental con terapeuta y el grupo control en cuanto al consumo semanal de alcohol, siendo este mayor en el grupo control.</p> <p>- No se hallaron diferencias significativas en el consumo semanal de alcohol entre los grupos experimentales ni entre el grupo experimental de autoayuda y el grupo control.</p> <p>- No se reportaron diferencias significativas en el consumo semanal de alcohol entre ninguno de los grupos en el seguimiento a los 6 meses.</p>

Tabla 2*Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato no presencial (continuación)*

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Jovanova et al. (2023)	<p>Examinar, mediante dos ensayos aleatorizados, si las estrategias basadas en teorías para crear distancia psicológica pueden cambiar la conducta de consumo de alcohol a través de mensajes de móvil.</p> <p>Grupo atención plena: 1) entrenamiento presencial en atención plena basada en crear espacio entre un estímulo, como la bebida alcohólica, y la reacción natural de la persona ante él, mediante la aceptación de los pensamientos y sentimientos que le produce. 2) dos recordatorios diarios de atención plena a través de mensajes en el móvil en semanas alternas (semana sin recordatorios-semana con recordatorios) durante 28 días.</p> <p>Grupo toma de perspectiva: 1) entrenamiento presencial en toma de perspectiva basada en la teoría del aprendizaje social donde tienen que imaginarse a una persona objetivo pensar, sentir y comportarse ante una situación dada, como una señal de alcohol. 2) dos recordatorios diarios de toma de perspectiva a través de mensajes en el móvil en semanas alternas durante 28 días.</p> <p>Grupo control: 1) breve entrenamiento presencial sobre cómo responder a las señales de alcohol en la vida diaria. 2) dos recordatorios diarios de control a través de mensajes en el teléfono móvil en semanas alternas durante 28 días.</p>	<p>Adultos jóvenes sin diagnóstico de dependencia de alcohol que habían consumido al menos una bebida alcohólica en el último mes.</p> <p>Estudio 1 N= 108 (mujeres = 55,6%) Estados Unidos Media de edad: 20, 70 - Grupo atención plena (n= 37) - Grupo toma de perspectiva (n= 37) - Grupo control (n= 34)</p> <p>Estudio 2 N= 218 (mujeres = 78%) Estados Unidos Media de edad: 20, 60 - Grupo atención Plena (n= 75) - Grupo toma de perspectiva (n= 72) - Grupo control (n= 71)</p>	<p>- Las intervenciones de atención plena y de toma de perspectiva basadas en teléfonos inteligentes, destinadas a crear distancia psicológica, pueden modificar la conducta de consumo de alcohol.</p> <p>- Dichos enfoques requieren recordatorios repetidos, que pueden enviarse a través de mensajes a teléfonos móviles.</p> <p>- Durante las semanas en las que hubo recordatorios de intervención dos veces al día, el grupo atención plena y el grupo toma de perspectiva informaron haber bebido con menos frecuencia que en las semanas sin recordatorios (de forma direccional en el estudio 1 y de forma significativa en el estudio 2).</p> <p>- Los recordatorios de intervención redujeron la frecuencia del consumo de alcohol en el transcurso de un mes, pero no afectaron a la cantidad consumida por ocasión.</p>
Mellentin et al. (2019)	<p>Evaluar si la terapia de exposición a señales a través de una aplicación de móvil aplicada durante la fase de seguimiento aumentaría la eficacia del tratamiento con terapia cognitivo-conductual.</p> <p>Evaluar si es igual de eficaz que si cuando se aplica a través de sesiones grupales presenciales.</p> <p>Grupo experimental con sesiones grupales: intervención mediante terapia de exposición a señales en formato grupal (descrita en Mellentin et al., 2019)</p> <p>Grupo experimental por aplicación móvil: intervención mediante terapia de exposición a señales a través de una aplicación móvil (descrita en Mellentin et al., 2019)</p> <p>Grupo control: igual que Mellentin et al. (2019).</p>	<p>N= 164 (hombres = 77, 44%) Personas diagnosticadas con dependencia de alcohol según la CIE-10 (OMS, 1993). Dinamarca Media de edad: 46,33 - Grupo experimental con sesiones grupales (n= 54) - Grupo experimental por aplicación móvil (n= 54) - Grupo control (n= 56)</p>	<p>- No se encontraron diferencias entre los grupos experimentales y control en el consumo de alcohol y deseo de consumir a lo largo del tiempo.</p> <p>- No se encontraron diferencias entre ambos grupos experimentales en los resultados</p> <p>- Ambos grupos experimentales mostraron mayor uso de estrategias de afrontamiento específicas en comparación con el grupo control en la medida tras la intervención, pero este efecto se redujo en el seguimiento de los 6 meses.</p>

Tabla 2*Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato no presencial (continuación)*

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Sundström et al. (2016)	<p>Evaluar la eficacia de un programa de autoayuda a través de una página web basado en la terapia cognitivo-conductual para el consumo problemático de alcohol.</p> <p>Comprobar si dicho programa posee mayor eficacia cuando se agrega la intervención de un psicólogo mediante mensajes.</p> <p>Grupo de autoayuda: programa de autoayuda a través de una página web basado en la terapia cognitivo-conductual</p> <p>Grupo de mensajes: programa de autoayuda a través de una página web basado en la terapia cognitivo-conductual con la intervención de un psicólogo a través de mensajes asíncronos</p> <p>Grupo de elección: programa de autoayuda a través de una página web basado en la terapia cognitivo-conductual con la intervención de un psicólogo a elección entre mensajes asíncronos o chat sincrónico.</p>	<p>N= 80 (mujeres = 48,60%)</p> <p>Personas con un consumo de alcohol de riesgo, según el cuestionario AUDIT (Saunders et al., 1993), que buscaban ayuda por internet.</p> <p>Suecia</p> <p>Media de edad: 42, 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo de autoayuda (n= 40) - Grupo de mensajes (n= 20) - Grupo de elección (n= 20) 	<ul style="list-style-type: none"> - En el seguimiento de 10 semanas los participantes de los grupos de elección y mensajes tuvieron un consumo de alcohol significativamente menor en la semana anterior en comparación con el grupo de autoayuda. - Los participantes en los grupos de mensajes y de elección tuvieron puntuaciones significativamente más bajas en el AUDIT (Saunders et al., 1993) en el seguimiento, en comparación con el grupo de autoayuda. - El 81% de los participantes del grupo de elección y el 93% del grupo de mensajes afirmó que recomendaría el programa frente al 47% del grupo de autoayuda.
Sundström et al. (2020)	<p>Evaluar la eficacia de una intervención en la web de alta intensidad, basada en la terapia cognitivo-conductual con la guía de un terapeuta, en comparación con una intervención en internet de baja intensidad, basada en la terapia cognitivo-conductual en ausencia de guía, para reducir el consumo de alcohol.</p> <p>Grupo experimental de alta intensidad: acceso a la web del programa <i>ePlus</i>, basado en la terapia cognitivo-conductual, con orientación del terapeuta a través un sistema de mensajes de texto integrado en web. 13 módulos (psicoeducación, análisis de metas y valores, identificación de situaciones de riesgo, manejo de impulsos, resolución de problemas, toma de decisiones, prevención de recaídas, entre otros) con páginas de texto, un video explicativo y fichas de trabajo.</p> <p>Grupo experimental de baja intensidad: acceso a la web del programa <i>eChange</i>, basado en la terapia cognitivo-conductual, sin orientación del terapeuta. 9 módulos (psicoeducación, establecimiento de metas, habilidades de autocontrol, identificación de situaciones de riesgo, manejo de impulsos, manejo de emociones, prevención de recaída, entre otros) y páginas de texto.</p> <p>Grupo control: condición de lista de espera.</p>	<p>N= 166 (mujeres = 51,2%)</p> <p>Personas con diagnóstico de TA según DSM-5 (APA, 2014).</p> <p>Suecia</p> <p>Media de edad: 52,9</p> <ul style="list-style-type: none"> - Grupo experimental de alta intensidad (n=72) - Grupo experimental de baja intensidad (n=71) - Grupo control (n= 23) 	<ul style="list-style-type: none"> - Se detectó una reducción significativamente mayor del consumo de alcohol en ambos grupos experimentales en comparación con el grupo control. - Los participantes del grupo experimental de alta intensidad mostraron de manera significativa un menor número de días de consumo excesivo que los participantes del grupo experimental de baja intensidad. - No se hallaron diferencias significativas entre los dos grupos experimentales en cuanto al consumo medio de alcohol, autoeficacia, ansiedad, depresión o calidad de vida. - La prevalencia de efectos negativos y de deterioro fue baja en ambos grupos experimentales. - Se encontraron diferencias en cuanto a la satisfacción con el tratamiento, siendo mayor en el grupo experimental de alta intensidad que en el grupo experimental de baja intensidad.

Tabla 2*Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato no presencial (continuación)*

Autores y año	Objetivo	Muestra	Resultados
Tait et al. (2019)	<p>Evaluar la eficacia del programa <i>Daybreak</i>, a través de una aplicación móvil o una página web, junto con la ayuda de un profesional en línea en el consumo de riesgo de alcohol.</p> <p>Grupo experimental: acceso al programa <i>Daybreak</i>, a través de una aplicación móvil o una página web, y a la comunicación con un profesional mediante mensajes de texto en línea en tiempo real.</p> <p>Grupo control: acceso al programa <i>Daybreak</i>, a través de una aplicación móvil o una página web. Este programa incluye experimentos autoguiados, psicoeducación en materia de alcohol y salud y contactos de psicólogos y otros profesionales de la salud.</p>	<p>N= 793 (mujeres = 71%) Personas clasificadas como probablemente dependientes (69%) o con consumo de riesgo (31%) según el AUDIT (Saunders et al., 1993). Australia Media de edad: 40,1 - Grupo experimental (n= 398) - Grupo control (n= 395)</p>	<p>- A los 3 meses, en el grupo experimental hubo mejoras significativas en las puntuaciones AUDIT (Saunders et al., 1993), el alcohol consumido por semana, días de absentismo laboral, calidad de vida y reducción de la angustia, en comparación con el grupo control.</p> <p>- Se encontró una reducción del consumo de alcohol tanto en los participantes probablemente dependientes como en los consumidores de riesgo de alcohol que formaban parte del grupo experimental.</p> <p>- El acceso al profesional en línea dentro del programa <i>Daybreak</i> no se asoció con mejores resultados. Sin embargo, la participación activa en el programa, mediante publicaciones o comentarios, se asoció con mejoras significativas en AUDIT (Saunders et al., 1993), consumo de alcohol y EUROHIS-QOL (da Rocha et al., 2012).</p>
Zill et al. (2019)	<p>Investigar la eficacia del programa <i>Vorvida</i>, aplicado a través de una página web, para la reducción del consumo de alcohol.</p> <p>Grupo experimental: intervención <i>Vorvida</i>, a través de una página web, basada en métodos de la terapia cognitivo-conductual, que adapta automáticamente el contenido para que coincida con las características individuales del usuario.</p> <p>Grupo control: intervención habitual para este tipo de población.</p>	<p>N= 608 (mujeres = 52,47%) Personas con posible consumo problemático de alcohol según el AUDIT-C (Bush et al., 1998). Alemania Media de edad: 40,5 - Grupo experimental (n= 306) - Grupo control (n= 302)</p>	<p>- Se detectó una reducción significativa del consumo de alcohol en el grupo experimental en comparación con el grupo control.</p> <p>- La reducción del consumo diario promedio de alcohol en el grupo experimental fue de aproximadamente 31.02 gramos, en comparación con una reducción de 17.89 gramos en el grupo control.</p> <p>- Se hallaron diferencias significativas en cuanto a las conductas de consumo de alcohol y consumo excesivo de alcohol a favor del grupo experimental.</p>

Nota. AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test; AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test-alcohol Consumption questions; EUROHIS-QOL: European Health Interview Survey-Quality of Life; TA: Trastorno por consumo de alcohol.

Discusión

Interpretación General de los Resultados

El presente trabajo tenía como primer objetivo revisar la literatura científica referente a la eficacia de intervenciones psicológicas sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol en población adulta (mayores de 18 años). Para ello, se seleccionaron un total de 21 artículos que se organizaron en dos bloques en función del formato utilizado: por un lado, aquellas intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato de presencia física y, por otro lado, aquellas intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato no presencial.

En primer lugar, tanto los resultados de las intervenciones que utilizan un formato de presencia física como de las que utilizan un formato no presencial ofrecen un panorama variado sobre la eficacia de las mismas en los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Aunque algunas de ellas mostraron resultados prometedores, otras no han logrado alcanzar una ventaja sobre las condiciones de control.

Si bien es cierto que las intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual ya han demostrado ser efectivas en el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de alcohol (Magill et al., 2023), han surgido adaptaciones de las mismas en respuesta a revisiones que concluyen que es probable que la respuesta diferencial al tratamiento venga determinada por las diferencias individuales (Miller y Wilbourne, 2002). A pesar de estas conclusiones, se ha avanzado poco en la estandarización y evaluación de los enfoques personalizados, lo que podría deberse a la falta de investigaciones replicables que identifiquen características individuales con valor pronóstico (Adamson et al., 2009).

La terapia cognitivo-conductual personalizada, que selecciona los módulos sobre los que intervenir en cada usuario en función de la valoración previa de tres factores de riesgo individuales (deseo de consumir, expectativas hacia el consumo e impulsividad), se encuadra en este enfoque aunque el estudio de su eficacia sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol no ha mostrado resultados superiores a los de la terapia cognitivo-conductual estándar (Coates et al., 2018). Sin embargo, al aplicar la terapia cognitivo-conductual personalizada centrada en el módulo de deseo de beber alcohol se obtuvo una reducción del deseo de consumo mayor que con la intervención estándar, lo que se asoció con

una mayor reducción del consumo de alcohol en cantidad y frecuencia durante la intervención, suponiendo un efecto indirecto significativo de este módulo concreto (Coates et al., 2018). Esto proporciona cierta evidencia del beneficio de implementar y poner énfasis en este módulo dentro de la intervención con terapia cognitivo-conductual cuando en la evaluación previa se detecta un elevado deseo de consumir. Estos efectos no se observaron en el caso de los módulos dedicados a las expectativas hacia el consumo y la impulsividad, lo que podría suponer que la intervención estándar ya abordase de manera suficiente estos factores de riesgo o que dichos factores no tuviesen tanto peso como el esperado sobre la respuesta a la intervención.

Otros autores, estudiaron la eficacia de las intervenciones de tipo cognitivo-conductual aplicadas a través de páginas web, para el consumo de riesgo de alcohol (Campbell et al., 2016; Johansson et al., 2021; Sundström et al., 2016; Zill et al., 2019) y para la dependencia de alcohol (Johansson et al., 202; Sundström et al., 2020) obteniendo una reducción del consumo de alcohol en comparación con una condición meramente informativa (Campbell et al., 2016; Johansson et al., 2021), en comparación con una condición de lista de espera (Sundström et al., 2020) y en comparación con la intervención habitual (Sundström et al., 2016; Zill et al., 2019). Lo que coincide con los resultados de trabajos previos donde se evidencia que la terapia cognitivo-conductual en formato digital tiene el potencial de ser una opción efectiva y rentable en comparación con la TCC presencial para los problemas relacionados con el consumo de alcohol (Kaner et al., 2017; Sundström et al., 2017). Entre los factores que influyen en la eficacia de este tipo de intervenciones destaca la disposición al cambio, como factor relacionado con el participante (Sundström et al., 2016); y la accesibilidad, en cualquier lugar y momento, y discreción, que lleva a una menor estigmatización, como factores relacionados con la intervención basada en la web (Gainsbury y Blaszczynski, 2011)

Además de esto, la reducción en el consumo de alcohol fue mayor en el caso de las intervenciones que incluyen la intervención de un profesional a través de mensajes de texto (Johansson et al., 2021; Sundström et al., 2016; Sundström et al., 2020). Añadiendo evidencia a estudios previos donde ya se recogen resultados que muestran una diferencia significativa entre los efectos de intervenciones guiadas y no guiadas, a favor de la intervención guiada (Blankers et al., 2011; Riper et al., 2018). Dedert et al. (2015) recomiendan intervenciones más intensivas, que incluyan la interacción humana, ya que pueden producir beneficios más duraderos en el tiempo y una mayor satisfacción hacia la intervención por parte de los participantes.

En cuanto al neurofeedback, nos encontramos con que los estudios incluidos en el trabajo no emplean la misma técnica en sus intervenciones. Subramanian et al. (2021) emplearon la resonancia magnética funcional en tiempo real. Esta técnica ya se había probado en estudios piloto previos con personas con trastornos por consumo de alcohol concluyendo con su potencial para atenuar síntomas, reducir la conducta de consumo y modular la actividad cerebral relacionada con el problema (Karch et al., 2015; Kirsch et al., 2016). Por su parte, Hack et al. (2024) emplearon la electroencefalografía, que ya había demostrado previamente mejoras en relajación y en el deseo de consumir en personas con dependencia de alcohol (Scott et al., 2005).

En estos dos estudios la aplicación de neurofeedback, tanto a través de la resonancia magnética funcional como a través de la electroencefalografía, junto con la intervención habitual obtuvo resultados similares a los de la intervención habitual sola en la conducta de consumo de alcohol en personas con diagnóstico de dependencia de alcohol, por lo que no se obtuvieron resultados positivos con el neurofeedback. Esto podría deberse a que durante la intervención los procesos clínicamente relevantes no fueron modulados. Sin embargo, el neurofeedback con electroencefalografía consiguió efectos diferenciales en cuestiones especialmente relevantes en las personas con trastorno por consumo de alcohol y en la prevención de la recaída como la mejora de las competencias emocionales y la satisfacción vital (Hack et al., 2024). Esto último, podría explicarse por el estado de relajación profunda que los usuarios de las intervenciones a través del neurofeedback pueden alcanzar conscientemente con el aumento de las bandas theta y la disminución de las bandas alpha, lo que se denomina cruce alpha/theta, que podría facilitar el imaginario emocional relacionado con un mejor procesamiento de los conflictos emocionales y cambios en la conducta y actitudes ante estos (Gruzelier, 2009).

La intervención a través de la escritura expresiva, por su parte, logró reducciones significativas en tres de los cuatro indicadores de intención de beber incluidos en el estudio (bebidas previstas por semana, ocasiones de consumo máximo y ocasiones típicas de consumo previstas) (Rodríguez et al., 2015). Estudios anteriores ya habían informado de la eficacia de este tipo de intervención en la disminución del consumo de alcohol (Spera et al., 1994). Más concretamente, Young et al. (2013) estudiaron la eficacia de la intervención a través de la escritura expresiva sobre un evento negativo relacionado con el alcohol, obteniendo como resultado una reducción de la intención de consumo.

Los beneficios de este tipo de intervención pueden explicarse a través de la revelación emocional y la mejora en el procesamiento cognitivo (Frattaroli, 2006). Según Smyth y Helm (2003) la escritura expresiva permite a los participantes reformular sus vivencias emocionales y reestructurar los recuerdos de los acontecimientos a través de una narrativa coherente, lo que puede contribuir a su comprensión y afrontamiento. En el caso específico de la escritura expresiva sobre un evento negativo relacionado con el alcohol, Rodríguez et al. (2015) indicaron que el aumento de la disposición al cambio y la disminución de la intención de beber estaba mediado por los sentimientos de culpa experimentados por los participantes, más concretamente por el deseo de corregir errores pasados. Este planteamiento respalda consideraciones previas sobre la relevancia de abordar la culpa y la vergüenza en contextos terapéuticos (Tangney y Dearing, 2002).

En cuanto al entrenamiento en modificación del sesgo atencional, la evidencia acerca de su eficacia en problemas relacionados con el consumo de alcohol es escasa y cuenta con resultados contradictorios (Cristea et al., 2016). Existen estudios que concluyen que esta intervención reduce la reactividad de la amígdala ante señales de alcohol, lo que a su vez se asocia con una disminución del deseo de consumir (Wiers et al., 2015), en cambio otros no encuentran un efecto significativo de esta intervención sobre el deseo de consumir (Wiers et al., 2010).

En línea con esto último, dentro de la presente revisión, Garfield et al. (2022) evaluaron la eficacia de esta intervención en comparación con un entrenamiento simulado, sin obtener diferencias significativas entre ambas en el deseo de consumir inducido por señales relacionadas con el alcohol. Por su parte, Heitmann et al. (2021) no obtuvieron resultados positivos a largo plazo al aplicar esta intervención a través de una página web. Esta falta de eficacia a largo plazo podría explicarse por la falta de generalización de los resultados obtenidos en una intervención realizada en un laboratorio. En primer lugar, dado que estos entrenamientos generalmente consisten en la presentación de dos estímulos fijos, no reflejan la complejidad de las situaciones reales de consumo de alcohol, donde las personas están expuestas a múltiples estímulos dinámicos (Hertel y Mathews, 2011). En segundo lugar, en cuanto al contexto de aplicación, el sesgo atencional hacia el alcohol tiende a ser más fuerte en ambientes familiares o habituales para el consumo que en lugares nuevos y no asociados con la sustancia, como los laboratorios (Stevenson et al., 2017).

La técnica de reentrenamiento aplicada en imaginación surge de la adaptación al plano imaginativo del entrenamiento en modificación del sesgo atencional, que originariamente

emplea un ordenador para mostrar las imágenes de bebidas alcohólicas y no alcohólicas y un joystick para llevar a cabo los movimientos de aproximación y evitación (Wiers et al., 2010). Esta adaptación permite una implementación más sencilla, ya que no se requiere ningún tipo de material; más dinámica, ya que no se basa únicamente en el movimiento bidireccional de un joystick; y más personalizada, ya que el usuario tiene la libertad de imaginar cualquier tipo de bebida y recipiente. Estas son características que según Duckworth (2016) permiten obtener cambios más duraderos en el tiempo.

El estudio de Moritz et al. (2019) evidenció una disminución en el consumo de alcohol en el 75% de los participantes de la intervención a través del reentrenamiento aplicado en imaginación, con un tamaño del efecto grande. Además, esta intervención produjo una reducción del deseo de consumir y un aumento de la autoestima. Estos resultados pueden explicarse por las características diferenciales de la aplicación en imaginación señaladas anteriormente (Duckworth, 2016). En el caso de la aplicación en imaginación el participante debe imaginarse una secuencia completa de movimientos de rechazo o aproximación de bebida, que pueden evocar emociones más intensas que el hecho de mover un joystick hacia delante y hacia atrás (Hertel y Mathews, 2011). Sin embargo, para extraer conclusiones más robustas sería necesario ampliar el estudio de las diferencias entre el entrenamiento tradicional en modificación del sesgo atencional y su aplicación en imaginación en su eficacia para los problemas con el consumo de alcohol.

En cuanto a la intervención motivacional breve, ya se ha demostrado su eficacia para el manejo del consumo de alcohol de riesgo (Patel et al., 2016) y la OMS (2010) recomienda su aplicación en población con consumo de riesgo de alcohol en entornos de atención primaria. En concordancia con esto, Nadkerni et al. (2017a; 2017b) obtuvieron resultados positivos respecto a la eficacia de la intervención motivacional breve *Counselling for Alcohol Problems* sobre población con consumo de riesgo de alcohol. Esta produjo un aumento de los días de abstinencia y de la proporción de personas en remisión y personas en abstinencia en los últimos 14 días. Sin embargo no se obtuvieron diferencias en el porcentaje de días de consumo excesivo de alcohol, el alcohol diario medio consumido, las consecuencias del consumo de alcohol, la puntuación en discapacidad, los días sin poder trabajar, los intentos de suicidio y la violencia de pareja.

Estos hallazgos apuntan a que la intervención tuvo impacto en quienes seleccionaron la abstinencia como meta, pero no generó ningún efecto en aquellos que optaron por continuar con el consumo, probablemente por razones culturales del país en el que se realizó el estudio,

India, donde las creencias predominantes sobre la naturaleza de los problemas de alcohol otorgan gran importancia a la abstinencia (Nadkarni et al., 2013). Además de esto, la ausencia de efecto sobre las consecuencias del consumo de alcohol (consecuencias generales, discapacidad, absentismo laboral) puede indicar una falta de ajuste de las herramientas de valoración al problema intervenido, ya que estas están destinadas principalmente a la evaluación en personas con diagnóstico de dependencia de alcohol y pueden no estar detectando los efectos de la intervención sobre estas consecuencias. Con respecto a la ausencia de efecto sobre la violencia doméstica y los intentos de suicidio puede indicar la necesidad de estrategias específicas dirigidas a estas conductas.

Constant et al. (2021) también obtuvieron resultados positivos al evaluar una intervención motivacional breve, en este caso aplicada a través de llamadas por teléfono móvil con un psicólogo. Los participantes del grupo experimental obtuvieron una mayor disminución del consumo de alcohol en comparación con una condición meramente informativa. Además, pudo observarse que tenían una mayor motivación y empleaban más estrategias de afrontamiento y con mayor frecuencia, especialmente el pensamiento positivo, al terminar la intervención. Esto puede indicar que las personas que recibieron la intervención motivacional breve tuvieron más posibilidades de disminuir el consumo de alcohol asociadas con el aumento de las habilidades de afrontamiento y la mejora de la motivación (Constant et al., 2017; Marlatt y Donovan, 2005). Lo que podría ser relevante para el diseño de futuras intervenciones cuyo objetivo sea la reducción del consumo de alcohol.

La terapia de exposición a señales mediante realidad virtual como complemento a la intervención habitual, ya sea una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual o una intervención farmacológica, implicó una reducción mayor del deseo de consumir alcohol y del consumo de alcohol en comparación con la intervención habitual sola (Thaysen-Petersen et al., 2024; Zhang et al., 2023). Estos hallazgos coinciden con los resultados de estudios previos que han demostrado que la terapia de exposición a señales mediante realidad virtual puede inducir eficazmente las respuestas fisiológicas y psicológicas relacionadas con el deseo de consumir y reducir dicho deseo mediante la exposición repetida a señales relacionadas con la sustancia y la obstaculización de la respuesta habitual de consumo (Ghiță y Gutiérrez-Maldonado, 2018; Wang, 2019).

Por el contrario, Mellentin et al. (2019) en su estudio sobre la eficacia de la terapia de exposición a señales, tanto en formato presencial con exposición a situaciones reales como en

formato de aplicación móvil con exposición a videos, junto con una intervención cognitivo-conductual en comparación con la intervención cognitivo-conductual sola no obtuvieron diferencias en el consumo de alcohol ni en el deseo de consumir. Algo que ya había sucedido en estudios previos donde la terapia de exposición a señales añadida a la intervención cognitivo conductual no mejoró los resultados obtenidos por la intervención cognitivo-conductual sola (Kavanagh et al., 2009).

Esta diferencia en los resultados puede explicarse en parte porque, en comparación con la terapia de exposición a señales convencional, la exposición a través de realidad virtual permite exponerse a señales relacionadas con el alcohol y a situaciones de riesgo reales en entornos confidenciales, controlables y seguros, requiere de menos tiempo y se pueden llevar a cabo infinidad de ensayos con las mismas condiciones (Bouchard et al., 2017). Asimismo, en comparación con la terapia de exposición a señales a través de videos, la exposición a través de realidad virtual permite una mayor inmersión en la situación expuesta y una mayor generalización de los resultados (Langener et al., 2021). Por otro lado, los estudios mencionados emplean diferentes herramientas para evaluar el deseo de consumir alcohol, lo que también podría estar explicando las diferencias en los resultados.

En cuanto a las denominadas como terapias de tercera generación, esta revisión recoge dos estudios que evalúan su eficacia en los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Por un lado, Westrate et al. (2023) obtuvieron resultados positivos al añadir elementos de la terapia de aceptación y compromiso al tratamiento farmacológico estándar durante la desintoxicación aguda del alcohol en la línea de estudios previos que sugieren que la terapia de aceptación y compromiso es un componente viable en la intervención durante la desintoxicación de sustancias (Stotts et al., 2009). Más concretamente, en comparación con el tratamiento farmacológico estándar solo, esta intervención consiguió mayores reducciones en los síntomas de abstinencia, una mayor satisfacción con la intervención y un aumento de la flexibilidad psicológica. Esta última actuó como mediadora entre la intervención y los síntomas de abstinencia observados en los participantes. La flexibilidad psicológica podría ayudar a experimentar los síntomas físicos, los pensamientos y las emociones que surgen durante el período de abstinencia para llevar a cabo conductas relacionadas con el mantenimiento de la abstinencia (Hayes et al., 2006). Sin embargo, los autores argumentan que las diferencias en los resultados se podrían deber a la presencia del psicólogo durante el período de abstinencia y no a los componentes de la intervención, lo que refiere una potencial dirección para la investigación futura.

Por otro lado, Jovanova et al. (2023) consiguieron reducciones en la frecuencia de consumo de alcohol en adultos jóvenes al aplicar dos intervenciones basadas en las teorías para crear distancia psicológica, proporcionadas a través de recordatorios en teléfonos móviles, en comparación con una condición control de entrenamiento simulado. Una posibilidad es que los recordatorios repetidos de distancia psicológica puedan dirigir la atención del participante hacia conductas más saludables. Estos pueden ayudar a contrarrestar los sesgos de evaluación subjetiva y atencional hacia las señales de alcohol y regular a la baja la reactividad hacia esas señales (Wiers et al., 2015). Además, también pueden funcionar al ayudar a las personas a identificar cuándo es necesario regular y cómo pueden hacerlo (Ochsner, 2019). Sin embargo, se debe tener en cuenta que a lo largo de la literatura disponible estas intervenciones han producido efectos mixtos sobre la reducción del consumo de alcohol y es necesaria más investigación al respecto (Dawson et al., 2020).

Por último, Tait et al. (2019) evaluaron el programa *Daybreak*, que incluye psicoeducación en materia de alcohol y salud, acceso al apoyo de los pares y experimentos conductuales autoguiados, a través de una aplicación móvil o página web y con el contacto con un profesional a través de mensajes de texto. Obtuvieron mejoras en las puntuaciones en el AUDIT (Saunders et al., 1993), el alcohol consumido por semana, los días de absentismo laboral, la calidad de vida y la reducción de la angustia. La reducción del consumo de alcohol se produjo tanto en los participantes probablemente dependientes como en los consumidores de riesgo de alcohol, lo que justifica la aplicación del programa en una población más amplia. La comunicación con el profesional a través de mensajes de texto, por su parte, no se asoció con mejores resultados como ya señalan estudios previos (Riper et al., 2014).

Limitaciones y Directrices Futuras

Como en toda investigación, el presente trabajo presenta ciertas limitaciones que deben considerarse. En primer lugar, al haber sido desarrollado por una única autora, el proceso de selección y análisis de los estudios podría haber estado influenciado por su perspectiva individual y, a su vez, se podrían haber generado sesgos en la interpretación de los resultados. En segundo lugar, el número de estudios que se seleccionaron finalmente es reducido dado que una parte importante de los identificados inicialmente se correspondía con protocolos y estudios piloto. En tercer lugar, muchos de los estudios revisados incluyeron participantes que buscaban activamente apoyo para cambiar su comportamiento, por lo que estos resultados no se pueden extrapolar a las personas que no están interesadas en recibir tratamiento. En cuarto lugar, otro aspecto a considerar es el uso de autoinformes como principal herramienta de evaluación de los

resultados en numerosos estudios, dado que esta metodología puede verse afectada por la deseabilidad social o expectativas previas de los participantes. Por último, una de las dificultades más frecuentes en los estudios revisados fue la alta tasa de abandono de los participantes, lo que impidió evaluar en profundidad la sostenibilidad de los cambios en el consumo de alcohol a largo plazo.

En cuanto a las directrices futuras, es fundamental realizar estudios en una variedad más amplia de países con el objetivo de comprender mejor la aplicabilidad de los hallazgos en distintos contextos culturales. Además, se recomienda complementar las medidas de autoinformes con otros métodos de evaluación más objetivos para obtener datos más fiables y minimizar posibles sesgos. Asimismo, futuras investigaciones deberían enfocarse en estudios longitudinales y en el desarrollo de estrategias que fomenten la motivación y adherencia al tratamiento. Por último, sería conveniente explorar la implementación de intervenciones a través de aplicaciones móviles, ya que estas pueden ofrecer mayor accesibilidad y no requieren una conexión constante a internet, facilitando su uso en diversos entornos.

Propuesta Aplicada: *Puentes de Cambio*

Justificación de la Intervención

El presente trabajo tiene como segundo objetivo diseñar una propuesta de intervención psicológica dirigida a los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Así, en este apartado se describe el diseño de una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual a través de videollamadas y con el apoyo de una página web, dirigida a la población del área metropolitana de Vigo con un consumo de riesgo de alcohol.

Al igual que en España, en Galicia el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida por la población (OEDA, 2021). En esta comunidad la prevalencia de consumo en los últimos 30 días es del 61,7% y en torno al 19,6% de los gallegos han sufrido al menos una intoxicación etílica aguda en los últimos 12 meses (EDADES; OEDA, 2024). El 18,8% de la población gallega consume alcohol de manera diaria y el 3,4% tiene un consumo problemático (Rey-Brandariz et al., 2024). Dentro de la región, la ciudad de Vigo y sus alrededores destacan como una de las zonas con mayores índices de consumo de alcohol (Asociación Viguesa de Alcohología [AsVidal], s.f.).

Las intervenciones de corte cognitivo-conductual han sido las más estudiadas y empleadas dentro del tratamiento psicológico de las adicciones, mostrando su eficacia sobre diversos indicadores como la reducción del consumo y de la sintomatología asociada, la retención en el tratamiento y la disminución de conductas desadaptativas y de actos delictivos (Iglesias et al., 2008). Más concretamente, estas intervenciones también han mostrado su eficacia con respecto al tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de alcohol (Magill et al., 2023; Witkiewitz et al., 2019). En este plano, el aumento de las habilidades de afrontamiento y de la autoeficacia han recibido apoyo como mecanismos de la eficacia de este tipo de intervenciones (Magill et al., 2020).

La aplicación de estas intervenciones de corte cognitivo-conductual a través de las TICs ha demostrado ser eficaz para la reducción del consumo de alcohol tanto cuando estas se llevan a cabo como complemento al tratamiento habitual de la adicción, como cuando se aplican de manera independiente (Kiluk et al., 2019). El estudio de sus mecanismos de acción ha resaltado la importancia de la adquisición de habilidades de afrontamiento, del conocimiento de conceptos cognitivo-conductuales y de la relación terapéutica (Kiluk, 2019).

En general, las intervenciones a través de las TICs tienen ventajas de difusión e implementación ya que permiten ampliar el acceso a intervención a poblaciones rurales o con

una gran dispersión geográfica como es el caso del área metropolitana de Vigo. Además, también presentan ventajas como la reducción de costos y tiempo por parte del profesional y del usuario (Kiluk, 2019).

Objetivos de la Intervención

El objetivo general de la propuesta de intervención es reducir el consumo de alcohol en personas que presentan un consumo de riesgo. En cuanto a los objetivos específicos, se incluye:

- Reducir la puntuación en el Test para Identificar los Trastornos del Uso de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en inglés; Saunders et al., 1993; versión en español de Rubio, 1998).
- Reducir el número de U.B.E.s consumidas por semana.
- Incrementar el conocimiento acerca de los efectos nocivos de alcohol para la salud.
- Aumentar la autoeficacia percibida para el cambio de conducta.
- Mejorar la capacidad para identificar situaciones de riesgo de consumo intensivo.
- Desarrollar actividades alternativas al consumo.
- Incrementar el autocontrol hacia el consumo.
- Adquirir estrategias de afrontamiento adecuadas.
- Mejorar las habilidades sociales.

Ámbito de Aplicación y Población Diana

La propuesta de intervención está dirigida a la población adulta del área metropolitana de Vigo (hombres y mujeres mayores de 18 años) que presenta un consumo de riesgo de alcohol y que ha sido derivada por los servicios sociales municipales a “Puentes de Cambio”.

Según la Ley 4/2012 (España, 2012), el área metropolitana de Vigo incluye los municipios de Baiona, Cangas, Fornelos de Montes, Gondomar, Moaña, Mos, Nigrán, Pazos de Borbén, O Porriño, Redondela, Salceda de Caselas, Salvaterra de Miño, Soutomaior y Vigo.

Un consumo de riesgo de alcohol es definido por OEDA (2021) como: 1) una puntuación en el cuestionario AUDIT (Saunders et al., 1993; versión en español de Rubio, 1998) superior a 8 puntos en hombres y a 6 puntos en mujeres y 2) un consumo promedio superior a 28 U.B.E.s/semana en hombres y a 17 U.B.E.s/semana en mujeres.

Procedimiento

El proceso comienza con el diseño y la puesta en marcha del sitio web. La página principal será de acceso abierto y presentará información básica acerca de la problemática, la

intervención, los profesionales y el teléfono de contacto (ver Anexo 1). El resto de los contenidos del sitio web serán de acceso limitado para las personas que dispongan de un nombre de usuario y una contraseña proporcionados por el profesional durante la sesión de evaluación (ver Anexo 2).

Una vez que la persona ha sido derivada por los servicios sociales municipales, esta podrá contactar con los profesionales de Puentes de Cambio a través del número de contacto incluido en la página web, donde también podrá obtener información básica sobre la intervención y los profesionales que la llevan a cabo. En ese primer contacto, el profesional dará una breve información sobre el procedimiento y recogerá datos demográficos (nombre, edad, lugar de residencia), información sobre su situación (qué servicio lo ha derivado, hace cuánto tiempo, demanda) y sobre su disponibilidad para llevar a cabo la intervención (disposición de algún dispositivo y plataforma para llevar a cabo las videollamadas, disponibilidad horaria para llevar a cabo las sesiones semanales). Posteriormente, se planificará, de acuerdo con la disponibilidad del profesional y del usuario, el día y hora de la primera sesión de evaluación y la plataforma que se usará para las videollamadas.

La intervención se dividirá en tres fases consecutivas (evaluación, intervención y seguimiento) y su formato de aplicación constará de tres elementos:

- Intervención a través de videollamadas: un profesional de la psicología general sanitaria será el responsable de llevar a cabo la intervención mediante 8 sesiones de 60 minutos por videollamada con una frecuencia semanal y en un horario establecido por ambos. Además, el profesional tendrá acceso a las estadísticas de consumo de los usuarios y al sistema de mensajería privada de la página web para resolver dudas o enviar avisos entre sesiones.
- Página web con contenidos de acceso limitado: la persona accederá con el nombre de usuario y contraseña proporcionados por el profesional durante la sesión de evaluación y podrá cumplimentar el registro de su consumo, consultar el cronograma de la intervención (ver Anexo 3) y las estadísticas privadas de consumo (ver Anexo 4), utilizar el sistema de mensajería privada con el profesional para resolver dudas o informar de ausencias; y podrá consultar los documentos subidos al final de cada sesión con un resumen del contenido de la misma y las tareas intersesión establecidas.
- SMS y correos electrónicos programados: durante la sesión de evaluación se planteará al usuario la posibilidad de recibir SMS o correos electrónicos, en función de la preferencia del usuario, generados automáticamente con recordatorios sobre la fecha y

horario de las sesiones, alertas para la cumplimentación de los registros de consumo y avisos de notificaciones en el sistema de mensajería privada.

Contenidos de la Intervención

Evaluación

La primera fase hace referencia a la evaluación. Su objetivo es recoger información acerca del usuario, la conducta de consumo de alcohol y las variables que pueden estar influyendo en esta. Esta fase incluirá una sesión de 60 minutos por videollamada con el profesional, varias pruebas autoaplicadas para cumplimentar en casa a través de la página web y un autorregistro de consumo a cumplimentar a lo largo de la intervención. Previamente el participante deberá firmar el consentimiento informado a través de la página web.

En la sesión con el profesional se llevará a cabo una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas acerca de la situación laboral (estudiante, empleado, desempleado), lugar de residencia, núcleo de convivencia, redes de apoyo, pasatiempos, actividad física, alimentación, patrón de consumo, razones del consumo y motivación para el cambio; y se aplicará el cuestionario AUDIT (Saunders et al., 1993; versión en español de Rubio, 1998) para identificar el consumo de riesgo de alcohol en los usuarios. Además, en los últimos 15 minutos de esta sesión el profesional proporcionará un nombre de usuario y una contraseña para acceder a los contenidos privados de la web, preguntará al usuario si desea recibir recordatorios de intervención a través de SMS o correo electrónico y explicará brevemente como cumplimentar las pruebas de evaluación autoaplicadas y el autorregistro a través de la web.

Las pruebas de evaluación autoaplicadas deberán cumplimentarse en los dos días posteriores a la primera sesión e incluyen:

- Escala de Autoeficacia General (GSE, por sus siglas en inglés; Schwarzer y Jerusalem, 1995; versión en español de Baessler y Schwarzer, 1996): este instrumento de 10 ítems evaluará, mediante una escala tipo Likert, la percepción de competencia personal del usuario para manejar de manera eficaz diversas situaciones.
- Escala Multiaxial de Afrontamiento-Disposicional (SACS-D, por sus siglas en inglés; Hobfoll et al, 1993; versión en español de Pedrero, 2007): esta escala de 52 ítems estimará la probabilidad con la que el usuario emplea cada una de las estrategias de afrontamiento propuestas en una situación estresante determinada.

- Escala de Habilidades Sociales (EHS; Gismero, 2022): este instrumento de 33 ítems evaluará, mediante una escala tipo Likert, la conducta del usuario en situaciones concretas de corte social y su capacidad de aserción en distintos contextos.

Por último, el autorregistro de consumo será cumplimentado por los usuarios a través de la web al final del día durante las semanas de intervención. Este autorregistro recogerá información acerca de la situación en la que se consume, la compañía, la cantidad consumida por ocasión, el tipo de bebida y el deseo de consumir previo a la ingestión (ver Anexo 5). Estos datos serán añadidos cada día a unos gráficos autogenerados por la página web a los que tanto el usuario como el profesional tendrán acceso con el fin de poder observar los cambios a lo largo del proceso y actuar en base a ellos.

Intervención

La intervención se llevará a cabo en 8 sesiones con el profesional a través de videollamadas con una frecuencia semanal. Las sesiones incluyen una serie de objetivos, contenidos y tareas intersesión presentadas en la Tabla 3. El usuario deberá cumplimentar el autorregistro diario de consumo a lo largo de la intervención y podrá resolver las dudas que surjan entre sesiones o solicitar cambios en el horario de las sesiones a través del sistema de mensajería privada con el profesional. Además, podrá consultar un resumen del contenido de las sesiones y las tareas establecidas en los documentos subidos a la página web.

Seguimiento

La última fase se corresponde con el seguimiento que contará con tres sesiones telemáticas de 60 minutos con el psicólogo general sanitario a los 3, 6 y 12 meses de terminar la intervención. En estas reuniones, el profesional deberá valorar, a través de una entrevista semiestructurada el mantenimiento en el tiempo de los cambios establecidos tras finalizar la intervención. Además, el profesional aportará la retroalimentación necesaria al usuario y responderá a las dudas que este pueda presentar.

La entrevista abarcará cuestiones como el patrón de consumo de alcohol en los últimos meses, la presencia de episodios de consumo excesivo, el autocontrol ante posibles situaciones de riesgo, el afrontamiento ante situaciones estresantes que hayan podido surgir en la vida del usuario (cambio de vivienda, discusiones familiares, pérdida de empleo, ruptura, dificultades económicas) y las expectativas de futuro.

Tabla 3*Objetivos y contenidos de las sesiones de la intervención*

Sesión 1: Inicio
<p>Objetivo: explorar expectativas hacia la intervención y creencias hacia el consumo de alcohol y aumentar la motivación para el cambio.</p> <p>Contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Análisis de las expectativas hacia los contenidos, las actividades y el profesional o experiencias de intervenciones previas. - Análisis de ventajas y desventajas de consumir alcohol percibidas por el usuario y discusión de las mismas. - Refuerzo positivo ante la decisión de llevar a cabo la intervención. <p>Tareas intersesión: Sin tareas.</p>
Sesión 2: Conocimiento
<p>Objetivo: incrementar el conocimiento acerca del alcohol y sus efectos; y desarrollar actividades alternativas al consumo.</p> <p>Contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psicoeducación acerca de los efectos nocivos del alcohol a corto, medio y largo plazo en la salud física y mental y en las relaciones sociales. - Establecimiento conjunto de un plan para llevar a cabo una actividad alternativa al menos 2 días a la semana (selección de la actividad, definición de la misma, materiales necesarios, día y hora en el que se va a llevar a cabo, compañía, entre otras). - Refuerzo positivo ante posibles cambios en las estadísticas de consumo (se mantendrá a lo largo de toda la intervención). <p>Tareas intersesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo la actividad planificada.
Sesión 3: Autoeficacia y autocontrol
<p>Objetivo: mejorar la capacidad para identificar situaciones de riesgo de consumo intensivo e incrementar el autocontrol hacia el consumo.</p> <p>Contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Puesta en común de la tarea intersesión, las dificultades encontradas, pensamientos y emociones relacionadas, necesidad de cambio de algún aspecto de la actividad. - Planificación de otra actividad alternativa para la semana en base a lo anterior. - Identificación conjunta de situaciones de riesgo de consumo intensivo con ayuda del autorregistro. - Entrenamiento en relajación: respiración. <p>Tareas intersesión:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Llevar a cabo la actividad planificada (continuación). - Práctica de la técnica de relajación al menos 1 vez al día durante 10 minutos apoyándose en videos subidos a la web.

Tabla 3*Objetivos y contenidos de las sesiones de la intervención (continuación)***Sesión 4: Autoeficacia y autocontrol****Objetivo:** aumentar la autoeficacia percibida para el cambio de conducta.**Contenido:**

- Puesta en común de las tareas intersesión.
- Establecimiento conjunto de un plan de acción ante situaciones de riesgo.
- Entrenamiento en relajación (continuación): relajación progresiva.

Tareas intersesión:

- Práctica de la técnica de relajación al menos 1 vez al día durante 10 minutos apoyándose en videos subidos a la web (continuación).

Sesión 5: Comunicación**Objetivo:** comprender la influencia del grupo en la conducta y mejorar las habilidades sociales.**Contenidos:**

- Puesta en común de la tarea intersesión.
- Psicoeducación sobre la influencia del grupo en la conducta de consumo.
- Entrenamiento en habilidades sociales: comunicación asertiva.

Tareas intersesión:

- Puesta en práctica de la comunicación asertiva ante dos situaciones reales durante esa semana.

Sesión 6: Comunicación**Objetivo:** mejorar las habilidades sociales.**Contenidos:**

- Puesta en común de la tarea intersesión.
- Entrenamiento en habilidades sociales: inicio y mantenimiento de una conversación sin recurrir al alcohol.

Tareas intersesión:

- Establecer una conversación con una persona ajena a su círculo social durante la semana sin recurrir al consumo de alcohol para ello.

Tabla 3

Objetivos y contenidos de las sesiones de la intervención (continuación)

Sesión 7: Afrontamiento

Objetivo: adquirir estrategias de afrontamiento adecuadas.

Contenidos:

- Puesta en común de la tarea intersesión.
- En base a la evaluación previa, discusión y reforzamiento de las estrategias de afrontamiento ya empleadas por el usuario y psicoeducación de estrategias de afrontamiento diferentes que el usuario puede emplear, sus consecuencias a largo plazo y ejemplos.

Tareas intersesión:

- Puesta en práctica de estrategias de afrontamiento en una situación real durante la semana.

Sesión 8: Mantenimiento

Objetivo: repasar las estrategias trabajadas y mantener los cambios alcanzados.

Contenidos:

- Puesta en común de la tarea intersesión
- Repaso de las técnicas y contenidos trabajados
- Explicación de la fase de seguimiento y establecimiento de la fecha para la próxima sesión.

Tareas intersesión:

- Complimentación de una encuesta de satisfacción en la web a través de una escala tipo Likert de 5 puntos. En este documento se preguntará acerca de la experiencia general con la página web y con las sesiones de intervención a través videollamadas, la accesibilidad y facilidad de uso y el sistema de mensajería.

Conclusiones

El primer objetivo del presente trabajo incluye revisar la literatura científica referente a la eficacia de intervenciones psicológicas sobre los problemas relacionados con el consumo de alcohol en personas adultas y, en base a los resultados obtenidos, podemos extraer las siguientes conclusiones.

En cuanto a las intervenciones de corte cognitivo-conductual aplicadas a través de plataformas web, se observaron mayores reducciones del consumo de alcohol que en la condición control (fuese esta meramente informativa, lista de espera o la intervención habitual), mejorando sus resultados cuando se incluía la intervención de un terapeuta a través de mensajes de texto. Por su parte, el estudio que compara la terapia cognitivo-conductual personalizada con la terapia cognitivo-conductual estándar, ambas aplicadas en formato presencial, no encontró diferencias en cuanto a reducción del consumo de alcohol.

Los estudios acerca de la intervención motivacional breve y las terapias de tercera generación, aplicadas tanto en formato presencial como a través de teléfonos móviles, han obtenido resultados positivos. Asimismo, la terapia de exposición a señales mediante realidad virtual y la intervención mediante escritura expresiva aplicadas en formato presencial suponen enfoques prometedores para la intervención sobre los problemas mencionados.

Por su parte, el neurofeedback y la modificación del sesgo atencional no han demostrado en los estudios revisados ser eficaces para tratar los problemas relacionados con el consumo de alcohol. Sin embargo, la adaptación de esta última al plano imaginativo mediante el reentrenamiento en imaginación sí mostró efectos positivos en la reducción del consumo.

Por último, en respuesta al segundo objetivo del presente trabajo y en base a los resultados obtenidos en la revisión, se plantea una propuesta de intervención basada en la terapia cognitivo-conductual, a través de videollamadas y con el apoyo de una página web, dirigida a la población del área metropolitana de Vigo con un consumo de riesgo de alcohol.

Referencias bibliográficas

- Adamson, S. J., Sellman, J. D., & Frampton, C. M. (2009). Patient predictors of alcohol treatment outcome: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 36*(1), 75-86. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2008.05.007>
- Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E. & Valdez-Montero, C. (2017). El consumo de alcohol como problema de salud pública. *Ra Ximhai, 13*(2), 13-24.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Asociación Viguesa de Alcoholología (AsVidal). (s.f.). *Adicción al alcohol*. En *Adicciones*. AsVidal. <https://www.alcoholasvidal.com/adiccion-al-alcohol/>
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés, 2*(1), 1–8.
- Bellis, M. A., Quigg, Z., Hughes, K., Ashton, K., Ferris, J. & Winstock, A. (2015). Harms from other people's drinking: an international survey of their occurrence, impacts on feeling safe and legislation relating to their control. *BMJ Open, 5*(12), e010112. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010112>
- Blankers, M., Koeter, M. W., & Schippers, G. M. (2011). Internet therapy versus internet self-help versus no treatment for problematic alcohol use: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*(3), 330. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2011-08725-001.html>
- Bouchard, S., Dumoulin, S., Robillard, G., Guitard, T., Klinger, E., Forget, H., ... & Roucaut, F. X. (2017). Virtual reality compared with in vivo exposure in the treatment of social anxiety disorder: a three-arm randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 210*(4), 276-283. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.184234>
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonell, M. B., Fihn, S. D. & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Archives of Internal Medicine, 158*(16), 1789-1795. <https://doi.org/10.1001/archinte.158.16.1789>
- Campbell, W., Hester, R. K., Lenberg, K. L., & Delaney, H. D. (2016). Overcoming Addictions, a web-based application, and SMART Recovery, an online and in-person mutual help group for problem drinkers, part 2: Six-month outcomes of a randomized

- controlled trial and qualitative feedback from participants. *Journal of Medical Internet Research*, 18(10), e5508. <https://doi.org/10.2196/jmir.5508>
- Coates, J. M., Gullo, M. J., Feeney, G. F., Young, R. M., & Connor, J. P. (2018). A randomized trial of personalized cognitive-behavior therapy for alcohol use disorder in a public health clinic. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 297. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00297>
- Connor, J. P., Haber, P. S. & Hall, W. D. (2016). Alcohol use disorders. *The Lancet*, 387(10022), 988-998. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00122-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00122-1)
- Constant, H. M. R. M., Ferigolo, M., Barros, H. M. T., & Moret-Tatay, C. (2021). A clinical trial on a brief motivational intervention in reducing alcohol consumption under a telehealth supportive counseling. *Psychiatry Research*, 303, 114068. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.114068>
- Constant, H. M. R. M., Figueiró, L. R., Moret-Tatay, C. M., Signor, L., & Fernandes, S. (2017). Alcohol user profile after a brief motivational intervention in telephone follow-up: evidence based on coping strategies. *Journal of Alcoholism and Drug Dependence*, 5(254), 10-4172. <https://doi.org/10.4172/2329-6488.1000254>
- Cristea, I. A., Kok, R. N., & Cuijpers, P. (2016). The effectiveness of cognitive bias modification interventions for substance addictions: a meta-analysis. *PloS One*, 11(9), e0162226. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162226>
- da Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, Fleck MP. (2012). The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health* 15(3), 449-457. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2011.11.035>
- Davis, D. R., Kurti, A. N., Skelly, J. M., Redner, R., White, T. J. & Higgins, S. T. (2016). A review of the literature on contingency management in the treatment of substance use disorders, 2009-2014. *Preventive Medicine*, 92, 36-46. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.08.008>
- Dawson, A. F., Brown, W. W., Anderson, J., Datta, B., Donald, J. N., Hong, K., ... & Galante, J. (2020). Mindfulness-based interventions for university students: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 12(2), 384-410. <https://doi.org/10.1111/aphw.12188>

- de Abajo, B. S., Rodrigues, J. J., Salcines, E. G., Fernández, F. J. B., López-Coronado, M. & de Castro Lozano, C. (2011). M-health y T-health. La evolución natural del E-health. *RevistaeSalud.com*, 7(25), 11.
- Dedert, E. A., McDuffie, J. R., Stein, R., McNeil, J. M., Kosinski, A. S., Freiermuth, C. E., ... & Williams Jr, J. W. (2015). Electronic interventions for alcohol misuse and alcohol use disorders: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 163(3), 205-214. <https://doi.org/10.7326/M15-0285>
- Duckworth, A. (2016). *Grit. The Power of Passion and Perseverance*. Scribner.
- España. (2012). *Ley 4/2012, de 12 de abril, del Área Metropolitana de Vigo*. Boletín Oficial del Estado, núm. 89. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-4977>
- Fratraroli, J. (2006). Experimental disclosure and its moderators: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132(6), 823–865. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.132.6.823>
- Gainsbury, S., & Blaszczynski, A. (2011). A systematic review of Internet-based therapy for the treatment of addictions. *Clinical Psychology Review*, 31(3), 490-498. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.007>
- García-Caballero, A., Torrens-Lluch, M., Ramírez-Gendrau, I., Garrido, G., Vallès, V. & Aragay, N. (2018). Eficacia de la intervención Motivacional y la Terapia Cognitivoconductual para el tratamiento del Juego Patológico. *Adicciones*, 30(3), 219-224. <https://doi.org/10.20882/adicciones.965>
- Garfield, J. B., Piccoli, L. R., Whelan, D., Staiger, P. K., Reynolds, J., Piercy, H., Lubman, D. I., Verdejo-García, A. & Manning, V. (2022). The effect of approach bias modification during alcohol withdrawal treatment on craving, and its relationship to post-treatment alcohol use in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 239, 109621. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109621>
- Ghiță, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2018). Applications of virtual reality in individuals with alcohol misuse: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 81, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.036>
- Gismero, E. (2022). *EHS. Escala de Habilidades Sociales (4.ª ed.)*. Hogrefe TEA Ediciones.
- Griswold, M. G., Fullman, N., Hawley, C., Arian, N., Zimsen, S. R., Tymeson, H. D., ... & Farioli, A. (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–

- 2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet*, 392(10152), 1015-1035. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31310-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2)
- Gruzelier, J. (2009). A theory of alpha/theta neurofeedback, creative performance enhancement, long distance functional connectivity and psychological integration. *Cognitive Processing*, 10(Suppl 1), 101-109. <https://doi.org/10.1007/s10339-008-0248-5>
- Hack, R. L., Aigner, M., Musalek, M., Crevenna, R., & Konicar, L. (2024). Brain regulation training improves emotional competences in patients with alcohol use disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 19(1), nsae048. <https://doi.org/10.1093/scan/nsae048>
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*, (35), 639–665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Heitmann, J., van Hemel-Ruiter, M. E., Huisman, M., Ostafin, B. D., Wiers, R. W., MacLeod, C., DeFuentes-Merillas, L., Fledderus, M., Markus, W. & De Jong, P. J. (2021). Effectiveness of attentional bias modification training as add-on to regular treatment in alcohol and cannabis use disorder: A multicenter randomized control trial. *PLoS One*, 16(6), e0252494. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252494>
- Hertel, P. T., & Mathews, A. (2011). Cognitive bias modification: Past perspectives, current findings, and future applications. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 521-536. <https://doi.org/10.1177/1745691611421205>
- Higgins, S. T. & Petry, N. M. (1999). Contingency management: Incentives for sobriety. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 122-127. [https://doi.org/10.1016/S1535-7410\(15\)30021-0](https://doi.org/10.1016/S1535-7410(15)30021-0)
- Hobfoll, S. E., Dunahoo, C. L., y Monnier, J. (1993). *Preliminary test manual: The Strategic Approach to Coping Scale (SACS)*. Documento no publicado, Kent State University.

- Iglesias, E. B., Tomás, M. C., Pérez, E. J. P., Hermida, J. R. F., Fernández, L. C., González, M. P. B., Villa, R. S. & Gradolí, V. T. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Socidrogalcohol.
- Johansson, M., Berman, A. H., Sinadinovic, K., Lindner, P., Hermansson, U., & Andréasson, S. (2021). Effects of internet-based cognitive behavioral therapy for harmful alcohol use and alcohol dependence as self-help or with therapist guidance: three-armed randomized trial. *Journal of Medical Internet Research*, 23(11), e29666. <https://doi.org/10.2196/29666>
- Jovanova, M., Cosme, D., Doré, B., Kang, Y., Stanoi, O., Cooper, N., ... & Falk, E. B. (2023). Psychological distance intervention reminders reduce alcohol consumption frequency in daily life. *Scientific Reports*, 13(1), 12045. <https://doi.org/10.1038/s41598-023-38478-y>
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Garnett, C., Crane, D., Brown, J., Muirhead, C., ... & Michie, S. (2017). Personalised digital interventions for reducing hazardous and harmful alcohol consumption in community-dwelling populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011479.pub2>
- Karch, S., Keeser, D., Hümmer, S., Paolini, M., Kirsch, V., Karali, T., ... & Pogarell, O. (2015). Modulation of craving related brain responses using real-time fMRI in patients with alcohol use disorder. *PLoS One*, 10(7), e0133034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0133034>
- Kavanagh, D. J., Sitharthan, G., Young, R. M., Sitharthan, T., Saunders, J. B., Shockley, N., & Giannopoulos, V. (2006). Addition of cue exposure to cognitive-behavior therapy for alcohol misuse: a randomized trial with dysphoric drinkers. *Addiction*, 101(8), 1106-1116. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01488.x>
- Kazemi, D. M., Borsari, B., Levine, M. J., Li, S., Lamberson, K. A. & Matta, L. A. (2017). A systematic review of the mHealth interventions to prevent alcohol and substance abuse. *Journal of Health Communication*, 22(5), 413-432. <https://doi.org/10.1080/10810730.2017.1303556>
- Kiluk, B. D. (2019). Computerized cognitive behavioral therapy for substance use disorders: a summary of the evidence and potential mechanisms of behavior change. *Perspectives on Behavior Science*, 42(3), 465-478. <https://doi.org/10.1007/s40614-019-00205-2>

- Kiluk, B. D., Ray, L. A., Walthers, J., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Magill, M. (2019). Technology-delivered cognitive-behavioral interventions for alcohol use: A meta-analysis. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 43(11), 2285-2295. <https://doi.org/10.1111/acer.14189>
- Kirsch, M., Gruber, I., Ruf, M., Kiefer, F., & Kirsch, P. (2016). Real-time functional magnetic resonance imaging neurofeedback can reduce striatal cue-reactivity to alcohol stimuli. *Addiction Biology*, 21(4), 982-992. <https://doi.org/10.1111/adb.12278>
- Knox, J., Hasin, D. S., Larson, F. R. R. & Kranzler, H. R. (2019). Prevention, screening, and treatment for heavy drinking and alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1054–1067. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30213-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30213-5)
- Langener, S., Van Der Nagel, J., van Manen, J., Markus, W., Dijkstra, B., De Fuentes-Merillas, L., ... & Schellekens, A. (2021). Clinical relevance of immersive virtual reality in the assessment and treatment of addictive disorders: A systematic review and future perspective. *Journal of Clinical Medicine*, 10(16), 3658. <https://doi.org/10.3390/jcm10163658>
- Lee, E., An, W., Levin, M., & Twohig, M. (2015). An initial meta-analysis of acceptance and commitment therapy for treating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Magill, M., Kiluk, B. D. & Ray, L. A. (2023). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Alcohol and Other Drug Use Disorders: Is a One-Size-Fits-All Approach Appropriate? *Substance Abuse and Rehabilitation*, 1-11. <https://doi.org/10.2147/SAR.S362864>
- Magill, M., Tonigan, J. S., Kiluk, B., Ray, L., Walthers, J., & Carroll, K. (2020). The search for mechanisms of cognitive behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: A systematic review. *Behavior Research and Therapy*, 131, 103648. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103648>
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40(1), 26-34.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Mellentin, A. I., Nielsen, B., Nielsen, A. S., Yu, F., Mejdal, A., Nielsen, D. G., & Stenager, E. (2019). A mobile phone app featuring cue exposure therapy as aftercare for alcohol

- use disorders: an investigator-blinded randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research mHealth and uHealth*, 7(8), e13793. <https://doi.org/10.2196/13793>
- Miller, W.R., Meyers, R.J. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The Community-Reinforcement Approach. *Alcohol Research and Health*, 23, 116-119
- Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265-277. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00019.x>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). ENSE Encuesta Nacional de Salud España 2017. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
- Monti, P.M., Rohsenow, D.R., Colby, S.M. y Abrams, D.B. (1995). *Coping and social skills training*. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Allyn & Bacon.
- Moritz, S., Paulus, A. M., Hottenrott, B., Weierstall, R., Gallinat, J., & Kühn, S. (2019). Imaginal retraining reduces alcohol craving in problem drinkers: a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 158-166. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.04.001>
- Nadkarni, A., Dabholkar, H., McCambridge, J., Bhat, B., Kumar, S., Mohanraj, R., ... & Patel, V. (2013). The explanatory models and coping strategies for alcohol use disorders: an exploratory qualitative study from India. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(6), 521-527. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.06.010>
- Nadkarni, A., Weobong, B., Weiss, H. A., McCambridge, J., Bhat, B., Katti, B., Murthy, P., King, M., McDaid, D., Park, A. L., Wilson, G. T., Kirkwood, B., Fairburn, C. G., Velleman, R. & Patel, V. (2017a). Counselling for Alcohol Problems (CAP), a lay counsellor-delivered brief psychological treatment for harmful drinking in men, in primary care in India: a randomized controlled trial. *The Lancet*, 389(10065), 186-195. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31590-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31590-2)
- Nadkarni, A., Weobong, B., Weiss, H. A., McCambridge, J., Bhat, B., Katti, B., Murthy, P., King, M., McDaid, D., Park, A. L., Wilson, G. T., Kirkwood, B., Fairburn, C., Velleman, R. & Patel, V. (2017b). Sustained effectiveness and cost-effectiveness of Counselling for Alcohol Problems, a brief psychological treatment for harmful

drinking in men, delivered by lay counsellors in primary care: 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *PLoS Medicine*, 14(9), e1002386.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002386>

Observatorio Español de las drogas y las Adicciones. (2021). *Monografía alcohol 2021*.

Consumo y consecuencias. Ministerio de Sanidad.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_Monografia_Alcohol_consumos_y_consecuencias.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). *Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023*. Ministerio de

Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2024). *Encuesta Sobre Alcohol y Otras Drogas en España (EDADES), 1995-2024*. Ministerio de Sanidad.

https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024_Informe_EDADES.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2021). *Informe Mundial sobre las Drogas 2021: Resumen Ejecutivo*. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito https://www.unodc.org/res/wdr2021/field/WDR21_Booklet_1.pdf

Organización Mundial de la Salud. (1993). *Clasificación CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento*. Organización Mundial de la Salud.

<https://iris.who.int/handle/10665/41822>

Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.

Organización Mundial de la Salud.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44000/9241544686_spa.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Cuestionario de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol*. Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias.

Organización Mundial de la Salud. (2016). *Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en entornos de salud no especializados: Programa de Acción para las Brechas en Salud Mental (mhGAP)*.

Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548069>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud y el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias 2024*. Organización Mundial de la Salud.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240064163>

Ochsner, K. N. (2019). From the self to the social regulation of emotion: An evolving psychological and neural model. *Emotion in the Mind and Body*, 43-75. https://doi.org/10.1007/978-3-030-27473-3_3

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799.

<https://doi.org/10.1016/j.rec.2021.07.010>

Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., ... & Whiteford, H. (2016). Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities. *The Lancet*, 387(10028), 1672-1685. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00390-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00390-6)

Pedrero, E. J. (2007). *Adaptación española de la Escala Multiaxial de Afrontamiento-Disposicional (Strategic Approach to Coping Scale-Dispositional Form; SACS-D) a población general y adictos a sustancias* (Doctoral dissertation, UNED. Universidad Nacional de Educación a Distancia).

Pereiro, C., & Fernández, J. (2018). *Guía de adicciones para especialistas en formación*. Socidrogalcohol.

Petry, N. M. (2000). A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1-2), 9-25. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00071-X](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00071-X)

- Rey-Brandariz, J., Pérez-Ríos, M., Santiago-Pérez, M. I., Fontela, B., Malvar, A., y Hervada, X. (2024). Consumo de alcohol y caracterización de los bebedores problemáticos en Galicia. *Adicciones*, 36(1), 11-20. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1622>
- Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., ... & Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. *PloS One*, 9(6), e99912. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0099912>
- Riper, H., Hoogendoorn, A., Cuijpers, P., Karyotaki, E., Boumparis, N., Mira, A., ... & Smit, J. H. (2018). Effectiveness and treatment moderators of internet interventions for adult problem drinking: an individual patient data meta-analysis of 19 randomized controlled trials. *PLoS Medicine*, 15(12), e1002714. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002714>
- Rodriguez, L. M., Young, C. M., Neighbors, C., Campbell, M. T., & Lu, Q. (2015). Evaluating guilt and shame in an expressive writing alcohol intervention. *Alcohol*, 49(5), 491-498. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2015.05.001>
- Rollnick, S. & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 23(4), 325–334. <https://doi.org/10.1017/S135246580001643X>
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A. y Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2003.12.006>
- Rubio, G., Bermejo, J., Caballero, M. C., y Santo-Domingo, J. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT) en atención primaria. *Revista Clínica Española*, 198(1), 11-14. [https://doi.org/10.1016/S0014-2565\(98\)71147-0](https://doi.org/10.1016/S0014-2565(98)71147-0).
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R. & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88(6), 791-804. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x>
- Schottenfeld, RS, Pantalon, MV, Chawarski, MC, Pakes, J., y Ed, M. (2000). Community reinforcement approach for combined opioid and cocaine dependence: Patterns of

- participation in alternative activities. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18 (3), 255-261. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(00\)00107-0](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(00)00107-0).
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). *Generalized Self-Efficacy scale*. En J. Weinman, S. Wright, & M. Johnston (Eds.), *Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs* (pp. 35–37). NFER-Nelson.
- Scott, W. C., Kaiser, D., Othmer, S., & Sideroff, S. I. (2005). Effects of an EEG biofeedback protocol on a mixed substance abusing population. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 31(3), 455-469. <https://doi.org/10.1081/ada-200056807>
- Secades Villa, R. y Fernández Hermida, J.R. (2006). *Tratamiento cognitivo-conductual*. En G. Cervera, J.C. Valderrama, J.C. Pérez ce los Cobos, G. Rubio y L. Sanz. *Manual SET de Trastornos Adictivos*. Editorial Médica Panamericana
- Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Fernández-Hermida, J. R. & Carballo, J. L. (2007). Fundamentos psicológicos del tratamiento de las drogodependencias. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 29-40. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77828105>
- Sim, I. (2019). Mobile devices and health. *New England Journal of Medicine*, 381(10), 956-968. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1806949>
- Singleton, E.G., Tiffany, S.T., Henningfield, J.E. (2004). *Alcohol Craving Questionnaire (ACQ-Now): Background, Scoring, and Administration. Manual*. Division of Intramural Research, NIDA, NIH, Baltimore.
- Smyth, J., & Helm, R. (2003). Focused expressive writing as self-help for stress and trauma. *Journal of Clinical Psychology*, 59(2), 227-235. <https://doi.org/10.1002/jclp.10144>
- Spera, S. P., Buhrfeind, E. D., & Pennebaker, J. W. (1994). Expressive writing and coping with job loss. *Academy of Management Journal*, 37(3), 722-733. <https://doi.org/10.5465/256708>
- Stevenson, J. G., Oliver, J. A., Hallyburton, M. B., Sweitzer, M. M., Conklin, C. A., & McClernon, F. J. (2017). Smoking environment cues reduce ability to resist smoking as measured by a delay to smoking task. *Addictive Behaviors*, 67, 49-52. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.12.007>
- Stotts, A. L., Masuda, A., & Wilson, K. (2009). Using acceptance and commitment therapy during methadone dose reduction: Rationale, treatment description, and a case

- report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 205-213.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.08.003>
- Subramanian, L., Skottnik, L., Cox, W. M., Lührs, M., McNamara, R., Hood, K., ... & Linden, D. E. (2021). Neurofeedback training versus treatment-as-usual for alcohol dependence: results of an early-phase randomized controlled trial and neuroimaging correlates. *European Addiction Research*, 27(5), 381-394.
<https://doi.org/10.1159/000513448>
- Sundström, C., Blankers, M., & Khadjesari, Z. (2017). Computer-based interventions for problematic alcohol use: a review of systematic reviews. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24, 646-658. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9601-8>
- Sundström, C., Eék, N., Kraepelien, M., Fahlke, C., Gajecski, M., Jakobson, M., ... & Berman, A. H. (2020). High-versus low-intensity internet interventions for alcohol use disorders: Results of a three-armed randomized controlled superiority trial. *Addiction*, 115(5), 863-874. <https://doi.org/10.1111/add.14871>
- Sundström, C., Gajecski, M., Johansson, M., Blankers, M., Sinadinovic, K., Stenlund-Gens, E., & Berman, A. H. (2016). Guided and unguided internet-based treatment for problematic alcohol use—a randomized controlled pilot trial. *PLoS One*, 11(7), e0157817. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157817>
- Tait, R. J., Paz Castro, R., Kirkman, J. J. L., Moore, J. C., & Schaub, M. P. (2019). A digital intervention addressing alcohol use problems (the “daybreak” program): quasi-experimental randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 21(9), e14967. <https://doi.org/10.2196/14967>
- Tangney, J. P., & Dearing, R. L. (2003). *Shame and guilt*. Guilford Press.
- Thaysen-Petersen, D., Hammerum, S. K., Vissing, A. C., Oestrich, I. H., Nordentoft, M., Düring, S. W., & Fink-Jensen, A. (2024). Virtual reality-assisted cognitive behavioral therapy for patients with alcohol use disorder: a randomized feasibility study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1337898.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1337898>
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G. y Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism*, 41, 328-335. <https://doi.org/10.1093/alcalc/agl016>

- Wang, W., Zhornitsky, S., Le, T. M., Dhingra, I., Zhang, S., Krystal, J. H., & Chiang-shan, R. L. (2019). Cue-elicited craving, thalamic activity, and physiological arousal in adult non-dependent drinkers. *Journal of Psychiatric Research*, *116*, 74-82.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.06.005>
- Weststrate, T. R., Briggs, C. A., Miller, A., Shuster, A. E., & Gaynor, S. T. (2023). Brief acceptance and commitment therapy added to medication management during acute alcohol detoxification: A pilot randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *29*, 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.002>
- Wiers, R.W., Rinck, M., Kordts, R., Houben, K., Strack, F., 2010. Retraining automatic action-tendencies to approach alcohol in hazardous drinkers. *Addiction* *105* (2), 279–287. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02775.x>.
- Wiers, C.E., Stelzel, C., Gladwin, T.E., Park, S.Q., Pawelczack, S., Gawron, C.K., Bermphohl, F., 2015. Effects of cognitive bias modification training on neural alcohol cue reactivity in alcohol dependence. *American Journal of Psychiatry* *172* (4), 335–343. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13111495>
- Witkiewitz, K., Litten, R. Z., & Leggio, L. (2019). Advances in the science and treatment of alcohol use disorder. *Science Advances*, *5*(9), eaax4043.
<https://doi.org/10.1126/sciadv.aax4043>
- Young, C. M., Rodriguez, L. M., & Neighbors, C. (2013). Expressive writing as a brief intervention for reducing drinking intentions. *Addictive Behaviors*, *38*(12), 2913-2917.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.08.025>
- Zhang, J., Chen, M., Yan, J., Wang, C., Deng, H., Wang, J., Gu, J., Wang, D., Li, W. & Wang, C. (2023). Effects of virtual reality-based cue exposure therapy on craving and physiological responses in alcohol-dependent patients-a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, *23*(1), 951. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05426-z>
- Zill, J. M., Christalle, E., Meyer, B., Härter, M., & Dirmaier, J. (2019). The effectiveness of an Internet intervention aimed at reducing alcohol consumption in adults: Results of a randomized controlled trial (Vorvida). *Deutsches Ärzteblatt International*, *116*(8), 127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0127>

Índice de Tablas

Tabla 1. Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato presencial.....	24
Tabla 2. Estudios de intervenciones psicológicas sobre los problemas con el consumo de alcohol que utilizan un formato no presencial.....	32
Tabla 3. Objetivos y contenidos de las sesiones de intervención.....	52

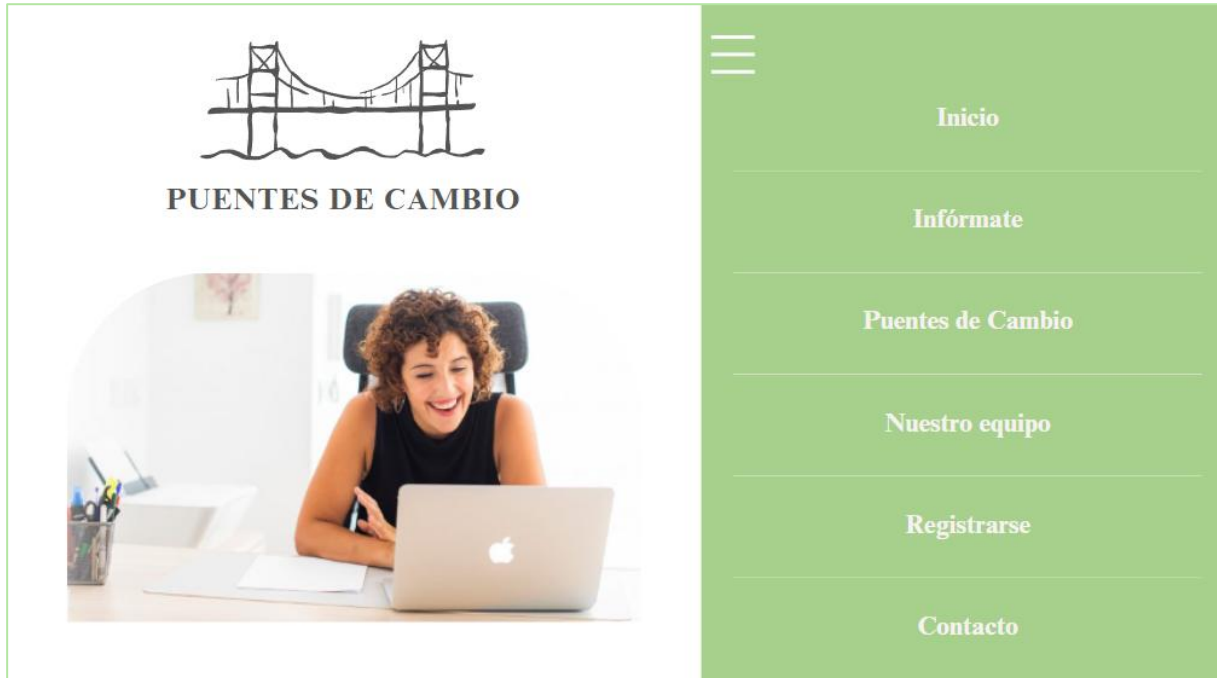
Índice de Figuras

Figura 1. Prevalencia de consumos intensivos de alcohol en la población de 15 a 64 años...11
Figura 2. Estrategia de búsqueda utilizada en las bases de datos.....17
Figura 3. Diagrama de Flujo PRISMA que reúne el proceso de selección para la revisión sistemática.....19

Anexos

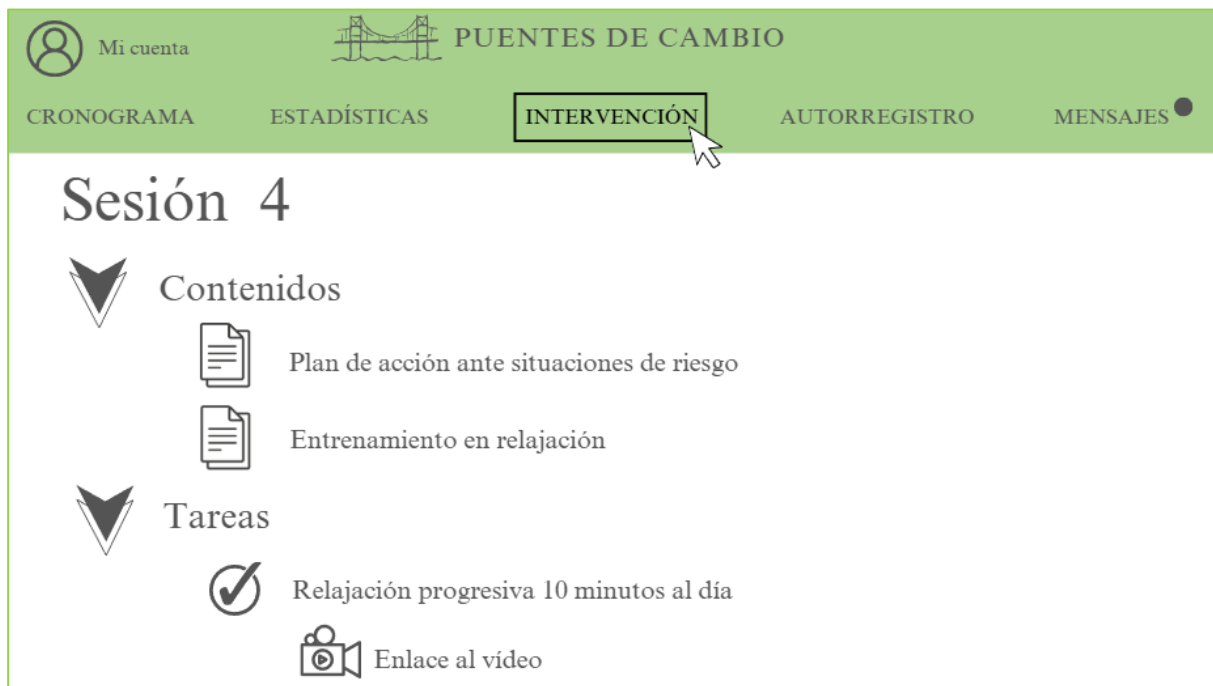
Anexo 1

Diseño de la página principal



Anexo2

Diseño de la página de contenidos de intervención

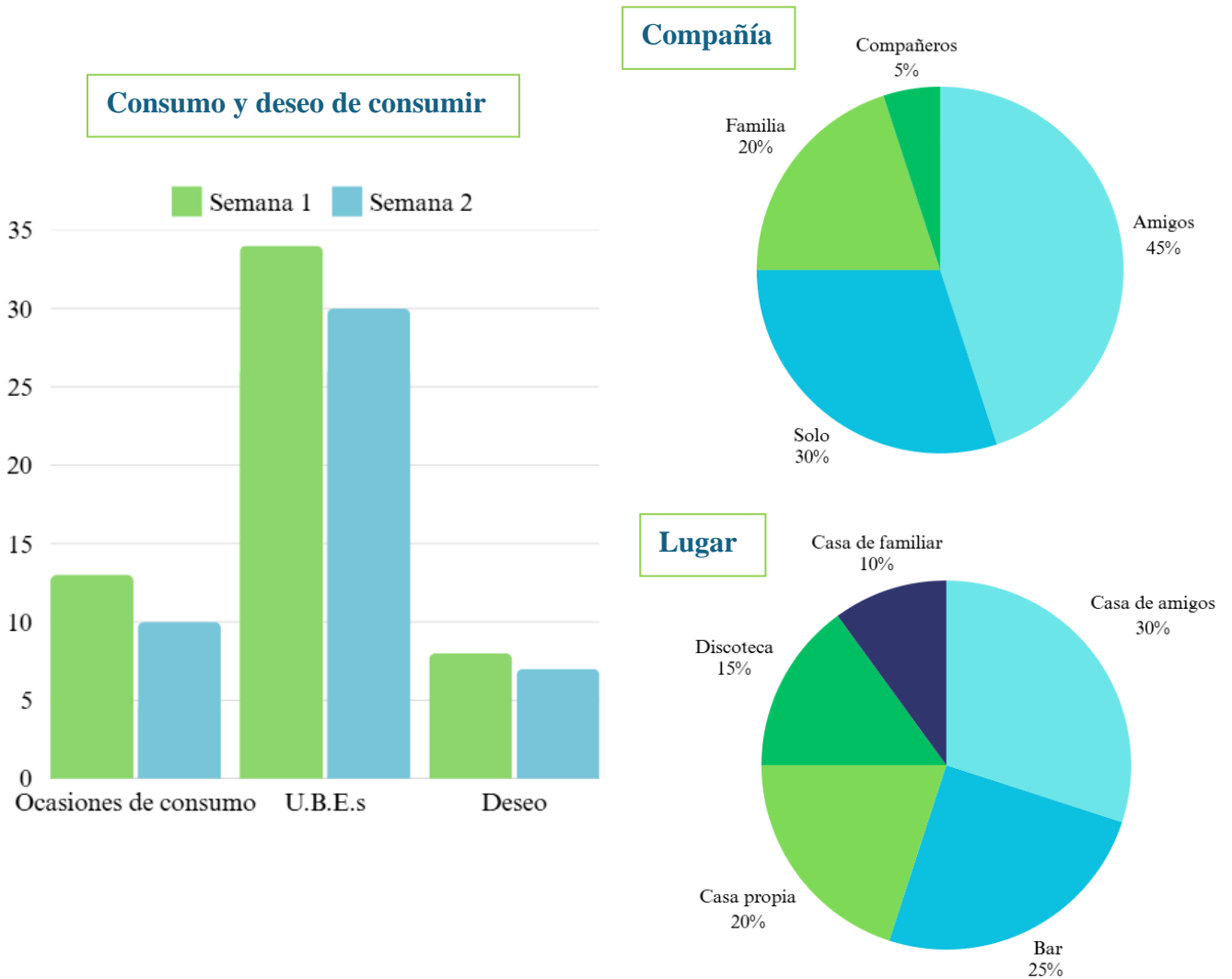


Anexo 3*Ejemplo de cronograma de intervención durante los meses de marzo y abril*

Marzo 2025						
L	M	M	J	V	S	D
24	25	26	27 Contacto	28	1	2
3 Evaluación	4	5	6	7	8	9
10	11 Sesión 1	12	13	14	15	16
17	18 Sesión 2	19	20	21	22	23
24	25 Sesión 3	26	27	28	29	30
31	1 Sesión 4	2	3	4	5	6
Abril 2025						
L	M	M	J	V	S	D
31	1 Sesión 4	2	3	4	5	6
7	8 Sesión 5	9	10	11	12	13
14	15 Sesión 6	16	17	18	19	20
21	22 Sesión 7	23	24	25	26	27
28	29 Sesión 8	30	1	2	3	4
29/07/2025: Seguimiento 29/10/2025: Seguimiento 29/04/2026: Seguimiento						

Anexo 4

Ejemplo de estadísticas de consumo



Anexo 5*Ejemplo de autorregistro de consumo de alcohol*

	Día y hora	Situación	Lugar	Compañía	Deseo (0-10)	Cantidad y tipo de recipiente	Tipo de bebida
Ejemplo	11-03-2025 14:30	Comida familiar	Casa	Familia	7	3 tazas	Vino