



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE SICOLOGIA CLÍNICA

**RECAÍDA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL: ANÁLISIS DE
FACTORES DE RIESGO PARA POTENCIAR LA
PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE SICÓLOGO CLÍNICO**

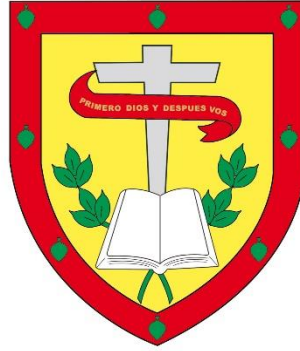
AUTOR: BRYAN ENRIQUE DEL SALTO COZAR

DIRECTOR: RAFAEL GERARDO YANZA MENDEZ

CUENCA - ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo
UNIDAD ACADÉMICA UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE SICOLOGÍA CLÍNICA

RECAÍDA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL: ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO PARA POTENCIAR LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO.

TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE SICÓLOGO CLÍNICO

AUTOR: BRYAN ENRIQUE DEL SALTO COZAR
DIRECTOR: RAFAEL GERARDO YANZA MENDEZ

CUENCA – ECUADOR

2026

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Bryan Enrique Del Salto Cozar portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **1400700538**. Declaro ser el autor de la obra: **“Recaída en el consumo de alcohol: análisis de factores de riesgo para potenciar la prevención y el tratamiento.”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **4 de febrero de 2026**

F: *Bryan Del Salto*

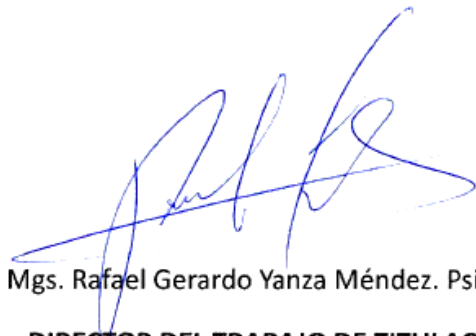
Bryan Enrique Del Salto Cozar
C.I. **1400700538**

Cuenca, 04 de febrero de 2026

CERTIFICACIÓN

Yo **Mgs. Rafael Gerardo Yanza Méndez. Psi. Clin.**, con cédula de identidad N° **0102504305** en calidad de Director del Trabajo de Titulación con el tema: **“Recaída en el consumo de alcohol: análisis de factores de riesgo para potenciar la prevención y el tratamiento.”**, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Bryan Enrique Del Salto Cozar, bajo mi supervisión.

Atentamente;



Mgs. Rafael Gerardo Yanza Méndez. Psi. Clin.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Agradecimiento

La culminación de este trabajo de titulación representa mucho más que el cierre de una etapa académica; constituye la expresión de un proceso personal profundo, sostenido en el tiempo, marcado por la experiencia, la responsabilidad y la recuperación. Hace once años, atravesé un proceso de internamiento a causa de un Trastorno por Consumo de Alcohol, experiencia que transformó de manera definitiva mi proyecto de vida. Lejos de entenderlo como un episodio aislado o superado, este recorrido me permitió reconocer la naturaleza crónica de la adicción y asumir, con compromiso y conciencia, un proceso de recuperación que mantengo hasta el día de hoy. Esta vivencia fue el principal motor que dio sentido a mi decisión de estudiar Psicología Clínica y a orientar mi formación hacia una comprensión humana y científica de la recaída y la recuperación.

Mi agradecimiento más profundo es para mi madre, Mabel, cuyo amor incondicional, fortaleza y presencia constante fueron el pilar fundamental en cada etapa de este camino. Su apoyo, incluso en los momentos más complejos, fue determinante para sostenerme cuando la duda y el cansancio aparecieron. A ella le debo no solo la posibilidad de culminar este logro académico, sino también el haber aprendido a reconstruir mi vida desde la responsabilidad, la honestidad y la esperanza.

A mis tías Alicia y Paola, expreso un sincero agradecimiento por el acompañamiento firme y constante a lo largo de toda mi carrera universitaria. Su respaldo emocional, su confianza y sus palabras de aliento fueron un sostén invaluable durante este proceso formativo. Su apoyo me permitió mantener la motivación y el compromiso necesarios para avanzar, incluso en los momentos de mayor exigencia.

A mis hijos, quienes representan la mayor fuente de motivación y el impulso más significativo para no rendirme. Ellos se convirtieron en la razón fundamental para perseverar, mantenerme en recuperación y culminar esta etapa académica. Cada esfuerzo realizado tuvo como propósito demostrarles que la constancia, la responsabilidad y la capacidad de asumir los propios procesos permiten transformar la adversidad en crecimiento.

A mi primo y prima, Christopher y Emy, gracias por considerarme siempre un ejemplo. Su confianza reforzó mi compromiso de mantenerme coherente entre lo que estudio, lo que practico y la forma en que vivo mi proceso de recuperación. Su apoyo fue un recordatorio constante de la importancia de sostener valores firmes y dar testimonio de cambio a través de los actos.

Agradezco profundamente a mis amigos, tanto a aquellos que forman parte de mi

proceso de recuperación como a los amigos de toda la vida. Cada uno, desde su lugar, aportó comprensión, acompañamiento y contención en distintas etapas de este camino. La experiencia compartida reafirma que la recuperación no es un proceso solitario, sino un recorrido que se fortalece en comunidad.

Expreso un agradecimiento especial a mi padrino, Jonathan Cedillo, quien ha sido un referente fundamental en mi vida. Su ejemplo, apoyo constante y rol como mentor dentro del campo de las adicciones influyeron de manera decisiva en mi formación personal y profesional. Su acompañamiento fue clave para consolidar mi vocación y fortalecer mi compromiso con una práctica clínica ética, empática y basada en la experiencia real de la recuperación.

A mis profesores, les agradezco sinceramente la paciencia, la exigencia académica y la guía brindadas durante mi formación universitaria. Cada observación, corrección y enseñanza contribuyó a fortalecer mis conocimientos y a desarrollar una mirada crítica y responsable frente al ejercicio profesional de la Psicología Clínica.

Finalmente, dedico este logro a mis abuelos, Juan y Rosa, quienes partieron de este mundo con la ilusión de verme graduado. Aunque no pudieron acompañarme físicamente en este momento, su amor, valores y ejemplo permanecen presentes en cada paso que doy. Este trabajo es también un homenaje a su memoria y al legado que dejaron en mi vida.

Este trabajo de titulación simboliza no solo la culminación de una etapa académica, sino también la confirmación de que es posible vivir en recuperación, asumir la propia historia con responsabilidad y transformar la experiencia personal en una herramienta de servicio y acompañamiento para otros.

Resumen

Introducción. El Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) es una problemática de salud pública global que afecta a millones de personas. A pesar de la disponibilidad de tratamientos, la recaída constituye un fenómeno multifactorial y un desafío frecuente en el proceso de recuperación, lo que evidencia la necesidad de enfoques de intervención integrales y acordes a los nuevos cambios de la sociedad. **Objetivo.** Analizar la literatura científica sobre los factores de riesgo asociados a la recaída en el consumo de alcohol, para identificar elementos esenciales que fortalezcan las estrategias de prevención y tratamiento. **Metodología.** Se realizó una revisión bibliográfica de tipo cualitativa y descriptiva. La búsqueda se efectuó a través de bases de datos como Scopus, PubMed y Web of Science, seleccionándose artículos publicados entre **2015 y 2025** que analizaron factores de riesgo en población adulta diagnosticada con Trastorno por Consumo de Alcohol. **Resultados.** Existe una compleja red de factores de riesgo asociados a la recaída. A nivel individual se identificaron alteraciones neurobiológicas en los circuitos de recompensa, déficits en funciones ejecutivas y vulnerabilidades emocionales persistentes, mientras que a nivel interpersonal y contextual se reconocieron la disfunción familiar y el estigma social como factores que dificultan los procesos de recuperación. **Conclusión.** La recaída constituye un proceso multifactorial que exige superar la visión reduccionista centrada en la “falta de voluntad”, requiriendo intervenciones integrales que aborden tanto los factores psicológicos individuales como el contexto social del individuo.

Palabras clave: Consumo de alcohol, recaída, tratamiento, prevención, factores de riesgo.

Abstract

Introduction. Alcohol Use Disorder (AUD) is a global public health problem that affects millions of people. Despite the availability of treatments, relapse is a multifactorial phenomenon and a frequent challenge in the recovery process, highlighting the need for comprehensive intervention approaches aligned with new changes in society. **Objective.** To analyze the scientific literature on risk factors associated with relapse in alcohol consumption, in order to identify essential elements that strengthen prevention and treatment strategies. **Methodology.** A qualitative and descriptive literature review was conducted. The search was conducted across databases such as Scopus, PubMed, and Web of Science, selecting articles published between **2015 and 2025** that analyzed risk factors among adults diagnosed with Alcohol Use Disorder. **Results.** Relapse is associated with a complex combination of risk factors. From an individual perspective, neurobiological alterations in reward circuits, deficits in executive functions, and persistent emotional vulnerabilities were identified. At the interpersonal and contextual levels, family dysfunction and social stigma were recognized as factors that hinder recovery processes. **Conclusion.** Relapse is a multifactorial process that requires moving beyond a reductionist view centered on “lack of willpower,” calling for comprehensive interventions that address both individual psychological factors and the individual's social context.

Keywords: Alcohol consumption, relapse, treatment, prevention, risk factors.

Contenido

Introducción	9
Objetivos	13
Objetivo general.....	13
Objetivos específicos	13
Materiales y métodos	14
Análisis de datos	15
Desarrollo.....	17
Conclusiones	34
Referencias.....	35

Introducción

El Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) es reconocido como una de las crisis de salud pública más apremiantes a nivel global y, a pesar de los esfuerzos continuos en prevención y tratamiento, las tasas de recaída se mantienen elevadas durante el primer año posterior al tratamiento (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020). Esta situación subraya la necesidad crítica de una comprensión más profunda de los factores que perpetúan este ciclo. La presente revisión bibliográfica analiza exhaustivamente la literatura científica e identifica los elementos más relevantes que influyen en la recaída, con el fin de contribuir al fortalecimiento de las estrategias de prevención y tratamiento. Asimismo, este análisis busca ofrecer una base integral para abordar este fenómeno complejo mediante la construcción de un marco conceptual sólido y una descripción sistematizada de la problemática.

Conceptualización de las variables de estudio

Al analizar la recaída en el consumo de alcohol, es necesario adoptar un marco conceptual que vaya más allá de las explicaciones lineales y simplistas de causalidad. En este sentido, la teoría describe a las enfermedades crónicas como un aporte con sustento teórico relevante a través del modelo de causas componentes o “pasteles causales”, fue propuesto por Kenneth J. Rothman en 1976. Este modelo sostiene que los eventos de salud no tienen una causa única, sino que se producen cuando interactúan varios factores causales parciales (causas componentes) hasta completar una causa suficiente. Ningún factor por sí solo es suficiente para generar el evento; sin embargo, la ausencia de uno de ellos puede impedir su aparición (Rothman et al., 2015).

Este enfoque fue desarrollado para explicar fenómenos multifactoriales y complejos, como las enfermedades crónicas, y resulta especialmente pertinente para comprender la recaída en el Trastorno por Consumo de Alcohol, ya que permite conceptualizarla como el resultado de la interacción entre factores neurobiológicos, psicológicos y contextuales, y no como un fracaso individual, ampliamente utilizado en epidemiología moderna para explicar fenómenos complejos y multifactoriales. De acuerdo con este enfoque, una condición clínica se manifiesta cuando convergen múltiples factores de riesgo que, de manera conjunta, producen el efecto observado (Greenland et al., 2016). Desde esta lógica, un factor de riesgo no constituye una causa suficiente por sí mismo, sino que representa una parte del proceso causal, cuya interacción con otros factores de naturaleza genética, ambiental o conductual posibilita la ocurrencia de la recaída. Este enfoque multifactorial permite comprender la recaída como el resultado de una red dinámica de interacciones y no como la consecuencia de una causa única.

Siguiendo esta misma lógica de complejidad, la noción de recaída ha sido redefinida desde modelos contemporáneos que la conciben como un proceso dinámico, más que como un evento dicotómico. Desde esta perspectiva, la recaída emerge de la interacción continua entre factores de riesgo relativamente estables (tónicos) y factores de carácter fluctuante o agudo (fásicos), los cuales varían a lo largo del tiempo. Estos modelos dinámicos explican que la recaída no responde a un curso lineal ni depende exclusivamente de la “fuerza de voluntad”, sino de la convergencia de múltiples condiciones que incrementan la vulnerabilidad al consumo (Witkiewitz et al., 2019). De este modo, la recaída se comprende como un fenómeno complejo y multifactorial, coherente con los objetivos de análisis de los factores de riesgo asociados.

La condición clínica de base es el Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA), clasificado en el DSM-5-TR como un trastorno por uso de sustancias (American Psychiatric Association, 2022). Esta conceptualización desplaza explicaciones centradas en la voluntad individual y sustenta el abordaje del TCA como una condición clínica que requiere intervenciones basadas en evidencia científica. En este marco, el abordaje del TCA contempla dos estrategias fundamentales: la prevención y el tratamiento. La prevención comprende el conjunto de acciones orientadas a reducir la aparición del trastorno y sus factores de riesgo, así como a mitigar sus consecuencias, mientras que el tratamiento incluye intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y comunitarias destinadas a disminuir la severidad del trastorno y prevenir la recaída (World Health Organization, 2024).

Por ende, es necesario detenerse en uno de los factores precipitantes individuales de mayor relevancia en el proceso de recaída: el *craving* es un término utilizado en el campo de las adicciones para referirse a un deseo intenso y difícil de controlar por consumir alcohol. La evidencia científica reciente indica que el *craving* se intensifica ante estados emocionales negativos y se asocia con alteraciones en los circuitos cerebrales de recompensa y control inhibitorio. En este sentido, constituye un fenómeno de naturaleza neurobiológica y psicológica, cuya identificación y abordaje resulta fundamental para el diseño de estrategias efectivas de prevención y tratamiento de la recaída, en concordancia con los objetivos de la presente revisión (American Psychiatric Association, 2022; Villarreal-Mata et al., 2022).

Presentación del problema

Expresar que el Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) se ha convertido en una de las crisis de salud pública más importantes a nivel mundial encuentra sustento en los datos epidemiológicos recientes, los cuales indican que el uso nocivo del alcohol continúa siendo

responsable de aproximadamente tres millones de muertes anuales, manteniéndose como uno de los principales factores de riesgo para la población adulta, particularmente en el grupo etario de 15 a 49 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). Este escenario se acentúa en regiones como las Américas, donde los niveles de consumo per cápita se sitúan por encima del promedio mundial, lo que incrementa la carga sanitaria asociada al Trastorno por Consumo de Alcohol y refuerza la necesidad de analizar los factores vinculados a su curso y recaída (OMS, 2024).

El Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) se ubica entre los trastornos mentales más prevalentes y se asocia con importantes consecuencias en el ámbito social y de la salud. La evidencia científica ha demostrado que esta condición incrementa de manera significativa el riesgo de desenlaces adversos, incluyendo complicaciones médicas graves y mayor vulnerabilidad a eventos fatales, lo que refuerza su relevancia como problema de salud pública (Cook, 2015; Rehm et al., 2017). Asimismo, diversos estudios han señalado que incluso reducciones sostenidas en el nivel de consumo pueden contribuir a disminuir dichos riesgos, lo que subraya la importancia de comprender los factores que influyen en la evolución del trastorno y su recaída (Rehm et al., 2018).

En este contexto, la recaída se consolida como un problema central en el abordaje del Trastorno por Consumo de Alcohol. La evidencia indica que una proporción considerable de personas tratadas por trastornos por uso de sustancias retorna al consumo durante el primer año posterior al tratamiento, lo que pone de manifiesto la necesidad de profundizar en el análisis de los mecanismos de vulnerabilidad asociados a la recaída, más allá de la intervención inicial (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2020; Nguyen et al., 2020).

Desde una perspectiva neurobiológica, la recaída se encuentra asociada a neuroadaptaciones persistentes generadas por la exposición crónica al alcohol, las cuales afectan áreas cerebrales implicadas en el juicio, la toma de decisiones y el control inhibitorio. Estas alteraciones comprometen los circuitos de recompensa y de respuesta al estrés mediante cambios en sistemas de neurotransmisión como la dopamina, el GABA y el glutamato, incrementando la vulnerabilidad al retorno al consumo incluso tras periodos prolongados de abstinencia (Villarreal-Mata et al., 2022). En este marco, dichas neuroadaptaciones constituyen la base biológica del *craving*, entendido como un impulso intenso por consumir, el cual se ve exacerbado por estados emocionales negativos y dificultades en la autorregulación, funcionando como un precipitante directo de la recaída (American Psychiatric Association, 2022).

No obstante, la recaída no puede explicarse únicamente desde factores individuales. La literatura reciente señala que los factores sociales y contextuales interactúan con la vulnerabilidad neurobiológica, incrementando el riesgo de recaída. La disfunción familiar, el aislamiento social y la exposición a entornos donde el consumo está normalizado se han asociado con una mayor probabilidad de retorno al consumo y con dificultades en el mantenimiento de la abstinencia (Joza Bravo & Chávez-Vera, 2022; López-Muñoz & Rubio Valladolid, 2023). Asimismo, la presión social y la accesibilidad a la sustancia actúan como estímulos ambientales que activan respuestas automáticas de consumo y reducen el autocontrol conductual, favoreciendo la recaída (Pantoja Muñoz, 2025).

Dentro de este conjunto de elementos, la evidencia científica reciente ha identificado a los procesos de pérdida relacional no elaborados como un factor de riesgo individual relevante en los procesos de recaída. Estudios cuantitativos han demostrado que las personas que experimentan pérdidas significativas presentan mayores niveles de consumo de alcohol y una probabilidad significativamente superior de recaída, en comparación con aquellas sin dichas experiencias. En un estudio longitudinal con población adulta, se observó que los individuos expuestos a eventos de pérdida relacional mostraron un incremento de hasta un 60 % en el riesgo de recaída durante los primeros seis meses posteriores al tratamiento, mediado por niveles elevados de *craving* y afecto negativo (Keyes et al., 2021). De manera concordante, una revisión sistemática que incluyó más de 30 estudios observacionales identificó que el duelo se asocia con un aumento consistente del consumo de alcohol, así como con una mayor recurrencia al uso de sustancias como estrategia de regulación emocional disfuncional (Andrade et al., 2023). Asimismo, se ha evidenciado que el consumo sostenido deteriora progresivamente los vínculos interpersonales, generando nuevas pérdidas que refuerzan de forma acumulativa el ciclo de vulnerabilidad emocional y recaída, lo que respalda la necesidad de abordar este factor dentro de las estrategias de prevención y tratamiento del Trastorno por Consumo de Alcohol.

Pregunta guía de investigación

¿Cuáles son los principales factores de riesgo individuales, interpersonales y contextuales identificados en la literatura científica que se asocian significativamente con la recaída en el consumo de alcohol, y cómo el análisis de estos factores puede informar el desarrollo de estrategias de prevención y tratamiento más efectivas?

Justificación

La necesidad de analizar en profundidad la recaída en el Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) fundamenta la presente investigación, en tanto se trata de un fenómeno de alcance global que presenta una expresión particularmente relevante en América Latina, donde factores socioculturales y contextuales incrementan la vulnerabilidad de la población adulta. En este marco, el estudio se orienta a superar explicaciones reduccionistas centradas en la “falta de voluntad”, proponiendo un abordaje integrador que considere la interacción de factores de riesgo neurobiológicos, psicológicos y sociales implicados en la recaída, desde una perspectiva clínica (Snoek et al., 2016).

Desde esta perspectiva, el valor de la revisión bibliográfica es principalmente teórico, ya que contribuye a enriquecer los marcos conceptuales existentes mediante una comprensión más integral del fenómeno adictivo, incorporando variables frecuentemente subestimadas como los procesos de pérdida relacional no elaborados y el estigma social (De la Salceda García Caballero, 2021). Este enfoque permite avanzar hacia una interpretación menos moralizante y más clínica del TCA, alineada con modelos contemporáneos basados en evidencia científica (van Ommeren, 2025).

En términos prácticos, la identificación sistemática de los factores asociados a la recaída busca aportar insumos relevantes para el diseño de intervenciones preventivas y terapéuticas más eficaces, tanto en el ámbito clínico como comunitario. De este modo, la investigación pretende orientar la toma de decisiones profesionales y contribuir al desarrollo de estrategias que reduzcan de manera sostenida la recurrencia del consumo de alcohol en población adulta.

Objetivos

Objetivo general

Analizar la literatura científica existente sobre los factores de riesgo asociados a la recaída en personas con Trastorno por Consumo de Alcohol, a fin de identificar elementos clave que puedan fortalecer las estrategias de prevención y tratamiento.

Objetivos específicos

1. Identificar los principales factores de riesgo individuales, interpersonales y contextuales que contribuyen a la recaída en el consumo de alcohol, según la evidencia bibliográfica.

2. Describir los programas terapéuticos actuales dirigidos al abordaje de los factores de riesgo asociados a la recaída en el consumo de alcohol y proponer recomendaciones de prevención y tratamiento.

Materiales y métodos

Diseño

El tipo de investigación es una revisión bibliográfica con un alcance descriptivo; de este modo se logró sintetizar y analizar críticamente la evidencia científica existente sobre un fenómeno complejo y multifactorial como la recaída en el consumo de alcohol.

Se usó el enfoque descriptivo para identificar y clasificar los principales factores de riesgo, tanto individuales, interpersonales y contextuales, así como los enfoques terapéuticos documentados en la literatura. Este diseño permitió la inclusión y el análisis de una gran variedad de fuentes, abarcando estudios cuantitativos y cualitativos para una comprensión integral del problema, y fortalecer la validez de los hallazgos revisados en contextos clínicos actuales.

Estrategias de búsqueda

El punto de partida para la recolección de la literatura científica fue una búsqueda estructurada y deliberadamente amplia, que abarcó un conjunto de bases de datos seleccionadas por su alto impacto global y por su específica relevancia regional. Se incluyeron repositorios como Scopus, PubMed, Web of Science y ScienceDirect, que complementados con fuentes iberoamericanas clave como SciELO y LILACS.

La búsqueda se hizo mediante el uso combinado de descriptores estandarizados de ciencias de la salud (DeCS y MeSH) y de palabras clave específicas en español, inglés y portugués. Los términos de búsqueda principales fueron "consumo de alcohol", "recaída", "factores de riesgo", "prevención", "tratamiento" y "trastorno por consumo de alcohol", además de sus equivalentes en inglés (*alcohol consumption, relapse, risk factors, prevention, treatment, alcohol use disorder*) y portugués (*consumo de álcool, recaída, fatores de risco, prevenção, tratamento*).

Se usaron operadores booleanos como "AND" para forzar la concurrencia de las distintas variables de estudio (por ejemplo: "recaída" AND "factores de riesgo" AND "alcohol"). También se usó "OR" para ampliar el espectro al incluir términos que, aunque no idénticos, son sinónimos o están estrechamente relacionados (por ejemplo: "consumo de alcohol" OR "trastorno por uso de alcohol"), para mejorar y ampliar la búsqueda.

Criterios de selección

Se establecieron criterios de inclusión y exclusión para la selección de los estudios analizados. Dentro de los criterios de inclusión, se consideraron investigaciones cualitativas, cuantitativas o mixtas, publicadas entre los años 2015 y 2025, pertenecientes a las áreas de Psicología, Psicología Clínica y Psiquiatría. Los estudios debían centrarse en población adulta joven, comprendida entre los 18 y 65 años, con diagnóstico clínico formal de Trastorno por Consumo de Alcohol, establecido bajo los criterios del DSM-5 o la CIE-10/11, y abordar de manera explícita el análisis de factores de riesgo individuales, interpersonales o contextuales asociados al fenómeno de la recaída. En cuanto a los criterios de exclusión, se descartaron: 1) investigaciones enfocadas exclusivamente en poblaciones menores de 18 años; 2) estudios realizados en poblaciones clínicas altamente específicas, como pacientes en fase terminal, con el fin de evitar sesgos en la interpretación de los resultados; y 3) trabajos centrados en el consumo de otras sustancias psicoactivas (opioides, cannabis u otras), exceptuando aquellos estudios de poli consumo en los que la recaída en el alcohol constituyera el eje principal del análisis.

Extracción de datos

Luego de la búsqueda en las bases de datos, se inició un proceso de selección en varias fases. El primer filtro estuvo centrado en títulos y resúmenes para descartar el material que no sea pertinente. Luego, se revisó el contenido completo de cada estudio preseleccionado para verificar su empatía con los criterios de inclusión. De los artículos finales se extrajo sistemáticamente la información clave, registrando para cada uno los datos bibliográficos (autores y año), el propósito de la investigación, el diseño metodológico, las características de la población y los hallazgos directamente relacionados con los dos ejes de esta tesis: 1) los factores de riesgo asociados a la recaída (fuesen estos individuales, interpersonales o contextuales) y 2) las recomendaciones para la prevención y el tratamiento.

Análisis de datos

El análisis de los datos fue de un enfoque cualitativo buscando sintetizar y contrastar la evidencia. La validez de la información se aseguró mediante la selección de artículos de revistas científicas revisadas por pares y diseños de estudio que respondieran a los objetivos de la investigación.

Este proceso analítico organizó la información en función de los dos objetivos específicos de este trabajo. Para la identificación de los factores de riesgo, los hallazgos se agruparon en tres categorías: 1) individuales, 2) interpersonales y 3) contextuales, creando subcategorías temáticas (bases neurobiológicas, duelo, estigma) para lograr un análisis más detallado. En cuanto al segundo objetivo, la información referente a los programas terapéuticos se estructuró para poder: 1) definir los enfoques más importantes, 2) identificar los patrones comunes y 3) contrastar los diferentes modelos de intervención, para entregar una respuesta sólida a la pregunta de investigación.

Desarrollo

Para comprender los factores de riesgo asociados a la recaída, se presenta el siguiente análisis bibliográfico que se organiza como un recorrido lógico centrado en los factores de riesgo asociados a la recaída en el Trastorno por Consumo de Alcohol.

El Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) constituye un problema de salud pública de alcance mundial, caracterizado por un curso crónico y recurrente, en el que la recaída representa una dificultad clínica frecuente durante el proceso de recuperación. La literatura científica señala que las tasas de recaída siguen siendo elevadas incluso después de intervenciones terapéuticas formales, lo que evidencia la necesidad de comprender este fenómeno desde un enfoque integral y sostenido en el tiempo (Sinha, 2018; Connor et al., 2020). En este sentido, la recaída se concibe como el resultado de múltiples factores de riesgo que interactúan entre sí, y no como una falla individual atribuible únicamente a la falta de control o motivación.

Según la Organización Mundial de la Salud (2024) el consumo de alcohol y sus efectos negativos están condicionados no solo por aspectos neurobiológicos también por el entorno cultural, la accesibilidad del producto y el contexto económico. En la sociedad contemporánea, la ingesta de alcohol se ha normalizado en ámbitos familiares y educativos como un elemento festivo o de gratificación. Si bien la respuesta individual depende de la actitud del sujeto ante las normas sociales, existe el peligro latente de que el consumo derive en una recaída latente, deteriorando gravemente la salud física y mental del individuo.

Este análisis evalúa el impacto del alcoholismo como un trastorno, enfocándose en la vulnerabilidad de los jóvenes adultos mayores de 18 años. Mediante el uso de investigaciones actualizadas, se explora la relación entre la etapa del desarrollo y los riesgos derivados del consumo de sustancias.

Se abordan factores de riesgo individuales, que según Witkiewitz y Marlatt (2016) son características personales que pueden aumentar la probabilidad de que un adulto joven recaiga en el alcohol. Estos factores pueden incluir la edad, la autoestima, el estilo de vida, y otros aspectos relacionados con la salud mental. Existe un vínculo estrecho entre el bienestar psicológico y la ingesta de sustancias. Según las investigaciones de Boden et al. (2020) es común que los adultos jóvenes recurran al alcohol como una estrategia de afrontamiento ante

estados de ansiedad o estrés; sin embargo, esta conducta suele generar un círculo vicioso que consolida patrones de consumo perjudiciales.

Dentro de este último aspecto se incluyen las perspectivas neurobiológicas, necesarios para comprender las alteraciones cerebrales que incrementan la vulnerabilidad al retorno del consumo.

Estos fundamentos neurobiológicos permiten establecer la base sobre la cual interactúan otros factores individuales de carácter cognitivo y psicológico, como los procesos de pérdida relacional no elaborados y las estrategias de afrontamiento.

A pesar de los avances terapéuticos, el retorno al consumo continúa siendo uno de los principales desafíos clínicos, lo que ha impulsado el interés científico por identificar los factores que incrementan la vulnerabilidad a dicha recaída (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). La literatura especializada coincide en que este fenómeno no responde a una causa única, sino a la interacción dinámica de factores de riesgo individuales, interpersonales y contextuales, lo que ha permitido un abordaje progresivamente más integral del trastorno (Boden et al., 2020).

Desde un enfoque clínico contemporáneo, la recaída en el TCA debe comprenderse como un proceso multifactorial que trasciende las explicaciones reduccionistas centradas en la “falta de voluntad”. Modelos basados en evidencia científica conceptualizan la recaída como un evento clínicamente esperable dentro del curso del trastorno, producto de la convergencia de vulnerabilidades neurobiológicas, psicológicas y sociales que interactúan de manera progresiva a lo largo del tiempo, aportando un marco teórico fundamental para el diseño de intervenciones clínicas más realistas y sostenidas en el ámbito de la salud mental (Witkiewitz y Marlatt, 2016).

En relación con la conceptualización de la recaída como un proceso clínicamente esperable. Keyes et al. (2021) plantean que, a partir de modelos teóricos y evidencia empírica acumulada en estudios longitudinales y ensayos clínicos en contextos de salud pública global con individuos adultos, demostrando que los dichos individuos expuestos a eventos de pérdida relacional mostraron un incremento de hasta un 60 % en el riesgo de recaída durante los primeros seis meses posteriores al tratamiento.

las investigaciones demostraron que la recaída debe entenderse como el resultado de interacciones dinámicas entre factores individuales, interpersonales y contextuales, más que como un fracaso terapéutico o personal. Los autores destacan que esta perspectiva permite anticipar el riesgo de recaída y diseñar intervenciones preventivas orientadas a la gestión temprana de vulnerabilidades, favoreciendo procesos de recuperación más realistas y sostenidos en el tiempo.

La vulnerabilidad a la recaída en el Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) se encuentra asociada a alteraciones neurobiológicas persistentes, las cuales constituyen factores de riesgo individuales relevantes para el retorno al consumo. Científicamente se ha establecido que el TCA se caracteriza por cambios duraderos en los sistemas de neurotransmisión implicados en el control inhibitorio, la toma de decisiones y la regulación emocional, lo que incrementa la susceptibilidad a la recaída incluso tras períodos de abstinencia (Roberto et al., 2021). Estos aportes resultan fundamentales para el campo disciplinario, al consolidar una comprensión del TCA como una condición neurobiológica crónica y no como un problema conductual aislado.

En relación con los factores de riesgo individuales, la evidencia empírica ha demostrado que el TCA se asocia con alteraciones neurobiológicas persistentes que afectan los sistemas cerebrales implicados en el control inhibitorio, la toma de decisiones y la regulación emocional. Estudios neurocientíficos han evidenciado que la exposición crónica al alcohol genera neuro adaptaciones duraderas en los circuitos de recompensa y estrés, lo que incrementa el *craving* y la probabilidad de recaída incluso tras períodos prolongados de abstinencia (Guardia, 2025). Estos hallazgos han sido decisivos para consolidar una comprensión del TCA como un trastorno cerebral crónico, desplazando enfoques moralizantes y fortaleciendo el sustento científico de los abordajes terapéuticos contemporáneos. Asimismo, se ha identificado que la disfunción del sistema dopaminérgico se manifiesta clínicamente en estados de anhedonia, los cuales presentan un alto valor predictivo del retorno al consumo (Roberto et al., 2021).

En respaldo de lo expuesto, los estudios neurocientíficos han documentado de manera consistente dichas alteraciones. En particular los autores Koob y Volkow (2016) describen a partir de una revisión de investigaciones clínicas, preclínicas y de estudios de neuroimagen funcional, relatan que el Trastorno por Consumo de Alcohol se asocia con una disfunción progresiva de los circuitos cerebrales de recompensa, estrés y control ejecutivo. Las investigaciones señalan que la hiperactivación del sistema dopaminérgico y la disminución de

la actividad en regiones prefrontales responsables del control inhibitorio persisten incluso tras períodos prolongados de abstinencia, lo que explica la elevada vulnerabilidad a la recaída ante estímulos asociados al consumo o situaciones de estrés emocional.

En el contexto del consumo crónico de alcohol, se producen neuro adaptaciones que alteran el equilibrio entre los sistemas inhibitorios y excitatorios del cerebro. Estudios neurobiológicos han demostrado que estas adaptaciones generan un estado de hiperexcitabilidad neuronal durante la abstinencia, asociado a disfunciones en los sistemas glutamatérgico y GABAérgico, lo que se traduce clínicamente en mayor malestar emocional, incremento del *craving* y, en consecuencia, mayor probabilidad de recaída (Guglielmo et al.,2021). Este cuerpo de evidencia amplía la comprensión clínica de los mecanismos que sostienen la recaída y justifica la necesidad de intervenciones que consideren el impacto neurofisiológico de la abstinencia.

De forma complementaria, Heilig et al. (2019) señalan, mediante estudios experimentales desarrollados en el contexto sueco realizado con modelos humanos y animales, una disrupción persistente en el equilibrio de los sistemas inhibitorios y excitatorios. Esta alteración neurobiológica se mantiene incluso tras periodos prolongados de abstinencia, lo que subraya la necesidad de nuevos enfoques farmacológicos que aborden el sistema de estrés para prevenir la recaída. Además, desmienten la creencia de que la abstinencia temporal restaura el control; por el contrario, a menudo provoca un consumo más agresivo al retomar el hábito debido a la hiperexcitabilidad neuronal. Este efecto de privación está documentado como un proceso neurobiológico donde el cerebro reacciona intensamente a las endorfinas.

Guardia (2025) identifica en sus en sus estudios que los estilos de afrontamiento evitativos son predictores significativos de una recaída temprana. Por el contrario, aquellos individuos que emplean estrategias de afrontamiento proactivas y centradas en el problema presentan periodos de abstinencia mucho más prolongados.

La investigación se realizó en un contexto clínico, el estudio se enmarca en la literatura reciente utilizada para poblaciones de habla hispana y contextos clínicos europeos/latinoamericanos. Se trabajó con una población adulta diagnosticada con Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) que se encontraba en fases activas de tratamiento o postratamiento.

Mientras que Heilig et al. (2019) explican la vulnerabilidad cerebral desde una base biológica, Guardia-Vázquez et al. (2025) exponen cómo las herramientas psicológicas del paciente actúan como factores protectores. En consecuencia, aunque la vulnerabilidad neurobiológica persista tras la abstinencia, el éxito a largo plazo depende de la transición desde estilos de afrontamiento evitativos hacia estrategias proactivas (Guardia, 2025).

En este sentido, estas alteraciones afectan al sistema dopaminérgico mesolímbico, favoreciendo estados de anhedonia, los cuales han sido identificados como predictores del retorno al consumo en personas con Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) (Koob, 2020). La relevancia de este hallazgo radica en que permite identificar síntomas específicos con valor predictivo, lo que contribuye al diseño de estrategias terapéuticas más focalizadas en la prevención de recaídas.

Respecto a las alteraciones del sistema dopaminérgico mesolímbico. Koob (2020) realizó investigaciones neurobiológicas y modelos teóricos actualizados de la adicción, plantea que la disminución de la liberación dopaminérgica durante la abstinencia conduce a estados persistentes de anhedonia y disforia. Estos estados afectivos negativos han sido identificados como predictores clínicos relevantes del retorno al consumo, dado que el alcohol es utilizado como una estrategia de alivio emocional frente a la incapacidad de experimentar placer en ausencia de la sustancia.

En cuanto al rol de la anhedonia, Nguyen et al. (2020) desarrollaron un estudio prospectivo en Australia con una muestra de 143 adultos diagnosticados con Trastorno por Consumo de Alcohol. El seguimiento, realizado durante seis meses, evaluaron la capacidad predictiva de distintos síntomas afectivos sobre la recaída. Los resultados mostraron que la anhedonia presentaba un valor predictivo superior al de los diagnósticos formales de trastornos del estado de ánimo, especialmente cuando coexistía el tabaquismo. Los autores interpretan estos hallazgos como una expresión de la disfunción del sistema dopaminérgico, lo que refuerza la relevancia clínica de evaluar síntomas específicos con alto impacto pronóstico y de priorizar su abordaje dentro de los programas terapéuticos orientados a la prevención de recaídas. En este sentido, la anhedonia se consolida no solo como un síntoma afectivo, sino como un marcador clínico transversal de vulnerabilidad a la recaída.

Asimismo, investigaciones recientes han identificado a la amígdala central (CeA) como una estructura clave en la integración de las respuestas al estrés y la regulación de estados

afectivos negativos durante la abstinencia en la neurobiología de la recaída. Durante este periodo, la CeA presenta una activación aumentada de los sistemas relacionados con el estrés, particularmente del Factor Liberador de Corticotropina (CRF), lo que se asocia con incrementos significativos del *craving* y con conductas de búsqueda de alcohol (Roberto et al., 2021). Este enfoque resulta especialmente relevante para la Psicología Clínica y la Psiquiatría, al vincular los procesos emocionales y de estrés con circuitos cerebrales específicos implicados en la recaída.

Mediante la integración de modelos neurobiológicos y evidencia traslacional en Estados Unidos, Koob y Schulkin (2019) describen que la hiperactividad del sistema CRF en la amígdala central se correlaciona con la recaída. Sus hallazgos, derivados de estudios experimentales en modelos animales y clínicos humanos, demuestran que la activación sostenida del CRF durante la abstinencia aumenta los estados emocionales negativos. Este mecanismo neurobiológico fortalece la comprensión del estrés como un detonante crítico de la recaída

De forma consistente, la revisión sistemática de Guglielmo et al. (2021) destaca que la activación del circuito entre la amígdala central (CeA) y el núcleo de la estría terminal (BNST) es clave en la recaída. En concordancia, estudios experimentales realizados en Estados Unidos con modelos animales aproximadamente entre 80 y 120 ratas en total por estudio completo, demostraron que la inhibición selectiva de este circuito mediante antagonistas de CRF reduce significativamente el *craving* y el consumo compulsivo sin alterar otras conductas (Roberto et al., 2021).

En conjunto, la evidencia presentada respalda de manera consistente la inclusión de los factores neurobiológicos como componentes esenciales dentro del análisis de los factores de riesgo individuales asociados a la recaída en el Trastorno por Consumo de Alcohol, reforzando un enfoque integral y científicamente fundamentado del fenómeno. No obstante, una aproximación limitada a los factores individuales resultaría insuficiente, por lo que el análisis se amplía hacia dimensiones emocionales, interpersonales y contextuales que modulan y potencian el riesgo de recaída (Koob y Volkow, 2016; Roberto et al., 2021).

Las alteraciones neurobiológicas asociadas al Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) se expresan clínicamente en dificultades concretas del funcionamiento cognitivo que constituyen factores de riesgo individuales para la recaída. Diversos estudios han demostrado

que el consumo crónico de alcohol se asocia con déficits en las funciones ejecutivas, particularmente en el control inhibitorio, la flexibilidad cognitiva y la memoria de trabajo, habilidades esenciales para la autorregulación conductual. En un estudio observacional con personas adultas diagnosticadas con TCA, se identificó que dichas alteraciones neuropsicológicas se relacionaban con una menor capacidad para planificar estrategias de afrontamiento y con una mayor propensión al retorno al consumo tras periodos de abstinencia (Amador-Jiménez et al., 2021). Este estudio aporta evidencia relevante para el campo de la Psicología Clínica, al destacar el rol del deterioro cognitivo como un factor activo que incrementa la vulnerabilidad a la recaída.

En relación con el deterioro de las funciones ejecutivas, Amador-Jiménez et al. (2021) realizaron un estudio observacional en España con 215 adultos diagnosticados con Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) bajo los criterios del DSM-5. La investigación, desarrollada en centros de atención primaria y unidades de salud mental, evaluó funciones neuropsicológicas mediante pruebas estandarizadas de control inhibitorio, flexibilidad cognitiva y memoria de trabajo. Los resultados evidenciaron que los participantes con mayores déficits en estas áreas presentaban menor capacidad para anticipar consecuencias, planificar conductas alternativas y regular impulsos, lo que se asoció significativamente con una mayor probabilidad de recaída. Estos hallazgos respaldan la idea de que el deterioro cognitivo interfiere directamente en los procesos de autorregulación necesarios para sostener la abstinencia.

De forma complementaria, Huang et al. (2025) desarrollaron un estudio cuantitativo de tipo prospectivo en centros de rehabilitación urbana de China. Con una muestra de 342 adultos diagnosticados con TCA, la investigación analizó la resiliencia psicológica como un factor protector crítico. Los autores proponen que la resiliencia no es un rasgo estático, sino un proceso dinámico susceptible de ser fortalecido mediante intervenciones específicas de terapia cognitivo-conductual.

Utilizando la técnica de espectroscopia funcional del infrarrojo cercano (fNIRS) para examinar la activación cerebral durante tareas de fluidez verbal, en China en una población de 126 sujetos. Los autores encontraron que una menor activación de las regiones frontales y temporales, especialmente en áreas asociadas al funcionamiento ejecutivo y al lenguaje, se vinculaba con un mayor riesgo de recaída a corto plazo. El estudio destacó que el 82% de quienes recayeron mostraron este déficit neurobiológico. Este patrón de activación reducido

fue interpretado como un marcador neurobiológico de vulnerabilidad, al reflejar limitaciones en los procesos de control cognitivo y toma de decisiones implicados en la regulación del consumo. Estas limitaciones neuropsicológicas reducen la capacidad al individuo de anticipar situaciones de riesgo y de aplicar estrategias de afrontamiento adaptativas (Huang et al., 2025).

Frente a estos déficits, la bibliografía especializada ha demostrado que la recuperación sostenida no depende de la denominada 'fuerza de voluntad', sino del uso sistemático de estrategias de afrontamiento.

Al respecto, el estudio de Snoek et al. (2016), realizado en los Países Bajos con una población de 244 pacientes en tratamiento por dependencia al alcohol y tabaco, evidenció que la autopercepción de una alta fuerza de voluntad no correlaciona con mejores resultados terapéuticos. Los resultados demostraron que la implementación de estrategias activas, como la modificación del entorno para evitar estímulos condicionados, constituye el factor diferenciador en la recuperación. El estudio concluye que el éxito no depende de la resistencia interna, sino de la reducción sistemática de la exposición a señales de consumo.

Este aporte resulta significativo para el campo clínico, al desplazar el énfasis desde explicaciones moralizantes hacia procesos psicológicos entrenables y observables.

Además, dentro de los factores psicológicos individuales, la regulación emocional ha sido identificada como un elemento clave. Un estudio cuantitativo de tipo correlacional realizado por Villarreal-Mata et al. (2022) en México con una población de 114 adultos con TCA, mostró que la inteligencia emocional percibida actúa como un mediador entre el craving y el riesgo de recaída. Los resultados revelaron que niveles bajos de regulación emocional explican el 31% del riesgo de recaída, asociándose con una mayor intensidad del craving y una mayor probabilidad de consumo posterior. Estos hallazgos respaldan la necesidad de incluir habilidades emocionales como objetivos centrales en los programas terapéuticos.

Suplementariamente, la evidencia presentada por Kubáková y Tavel (2023) distinguen entre estrategias de afrontamiento adaptativas y desadaptativas. Las estrategias desadaptativas, como la negación y la evitación emocional, incrementan la vulnerabilidad a la recaída, mientras que las estrategias adaptativas, como la aceptación y la búsqueda de apoyo, se asocian con una mayor estabilidad en la abstinencia. De igual forma Yubi-Vázquez et al. (2025) señalan que estas últimas son frecuentes en personas con Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) y se

asocian con un mayor riesgo de recaída. Revisiones sistemáticas y estudios comparativos han identificado que la negación, la evitación emocional, la autculpa y la auto distracción se relacionan con una mayor recurrencia al consumo, mientras que estrategias como la aceptación, la reformulación cognitiva y la búsqueda de apoyo se asocian con mejores resultados clínicos. Esta evidencia contribuye al campo disciplinario al clarificar qué estilos de afrontamiento constituyen riesgos clínicamente relevantes frente a la recaída.

En un estudio cuantitativo realizado en Ecuador con población adulta, se observó que la evitación emocional presentaba una correlación positiva significativa con el nivel de consumo de alcohol, confirmando su carácter disfuncional como factor de riesgo individual (Guasti y Rodríguez, 2023). Este estudio resulta especialmente valioso al aportar evidencia empírica contextualizada a la realidad latinoamericana, fortaleciendo la validez externa de los factores de riesgo individuales analizados.

Junto a las alteraciones neurobiológicas, la vulnerabilidad emocional representa un factor de riesgo individual crítico. Estudios longitudinales han mostrado que las personas adultas expuestas a pérdidas relacionales significativas presentan un riesgo sustancialmente mayor de recaída, proceso que es mediado por un afecto negativo persistente y elevados niveles de *craving* (Keyes et al., 2021). De forma concordante, Andrade et al. (2023) concluyeron en una revisión sistemática que los procesos de duelo no elaborados se asocian de manera consistente con una mayor recurrencia al consumo. Esta evidencia empírica amplía la comprensión clínica del Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA), integrando los procesos emocionales complejos como componentes centrales para la prevención de recaídas.

Para American Psychiatric Association (2014) el consumo sostenido de alcohol genera, además, pérdidas secundarias acumulativas. Las pérdidas secundarias acumulativas se refieren al conjunto de consecuencias negativas progresivas que se van sumando en el tiempo como resultado del consumo sostenido de alcohol, más allá de los efectos directos de la sustancia. Estas pérdidas incluyen el deterioro de las relaciones interpersonales, la afectación del funcionamiento laboral o académico, la disminución de la calidad de vida, el deterioro de la salud física y mental y la erosión de la identidad y roles sociales, las cuales interactúan entre sí y aumentan la vulnerabilidad psicológica y el riesgo de recaída (Keyes et al., 2021; Rehm et al., 2017).

El deterioro de los vínculos interpersonales, la afectación de la identidad personal y el compromiso de la salud física representan pérdidas que incrementan el malestar psicológico. En este sentido, se genera un ciclo de vulnerabilidad donde la recaída opera como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo frente al estrés. Según Pantoja Muñoz (2019), este fenómeno no debe entenderse únicamente como un evento conductual, sino como la reactivación de procesos emocionales y relacionales no resueltos. Al respecto, Sobrino-Piazza et al. (2021) añaden que estas vulnerabilidades no se desarrollan de forma aislada, sino que interactúan dinámicamente con el entorno familiar y social, determinando la cronicidad del trastorno.

Otro factor individual relevante es la elevada comorbilidad del Trastorno por Consumo de Alcohol con otros trastornos mentales. La evidencia indica que no es el diagnóstico comórbido en sí mismo el principal predictor de recaída, sino la severidad de síntomas específicos como la anhedonia y la disfunción emocional, los cuales afectan los sistemas de motivación y dificultan la adherencia terapéutica (Nguyen et al., 2020).

Al respecto, Volkow et al. (2016) sostienen que estas alteraciones en el sistema de dopamina y recompensa generan un estado de hambre afectiva que impulsa la recaída más que el trastorno psiquiátrico formal. Por ello, la intervención clínica debe priorizar indicadores sintomáticos transversales, como la capacidad de experimentar placer, para ajustar el tratamiento a las necesidades neurobiológicas reales del paciente.

Desde una perspectiva interpersonal y contextual, Pantoja Muñoz (2019) sugiere que la vulnerabilidad a la recaída se encuentra modulada de manera significativa por el entorno familiar y social. Al respecto, el estudio empírico realizado por Sobrino-Piazza et al. (2021) en Perú, con una población de 150 adultos jóvenes en rehabilitación, evidenció que dinámicas familiares disfuncionales se asocian con una mayor probabilidad de consumo. Los resultados mostraron que el 42% de quienes percibían baja cohesión familiar recayeron en el primer semestre, destacando que un clima familiar negativo incrementa el riesgo de recaída hasta en 2.5 veces, incluso tras controlar variables socioeconómicas.

La incorporación de estos hallazgos amplía la comprensión del Trastorno por Consumo de Alcohol más allá del individuo, subrayando el papel del sistema familiar como un componente clínicamente relevante tanto en la evaluación del riesgo como en el diseño de intervenciones orientadas a la recuperación sostenida.

La vulnerabilidad a la recaída en el Trastorno por Consumo de Alcohol se encuentra modulada de manera significativa por el entorno interpersonal y social, siendo la familia uno de los sistemas más determinantes.

Estudios empíricos recientes en el contexto latinoamericano han demostrado el impacto de las dinámicas familiares disfuncionales en la recuperación. Por ejemplo, en Perú, Sobrino-Piazza et al. (2021) evidenciaron en una muestra de 184 adultos jóvenes que la baja cohesión familiar aumenta hasta 3.5 veces el riesgo de recaída. De forma concordante, Pantoja-Muñoz (2025), tras evaluar a 240 jóvenes en centros de rehabilitación, encontró que la normalización del consumo en el hogar explica el 48% de las recaídas tempranas, incluso tras controlar variables socioeconómicas. Estos aportes consolidan la comprensión de la recaída como un fenómeno relacional, reforzando la necesidad de incluir el abordaje sistémico en el tratamiento del TCA.

De esta manera, la evidencia científica indica que la influencia del entorno familiar no se limita a la etapa de inicio del consumo, sino que actúa como un factor determinante en el proceso de mantenimiento de la abstinencia. En el contexto latinoamericano, Sobrino-Piazza et al. (2021) realizaron un estudio en Perú con 184 pacientes adultos jóvenes, encontrando que la baja cohesión familiar incrementa hasta 3.5 veces el riesgo de retorno al consumo. De forma complementaria, investigaciones en España desarrolladas por López-Muñoz y Rubio-Valladolid (2021) en población clínica con alcoholismo crónico, demostraron que un clima familiar caracterizado por altos niveles de crítica y descalificación emocional concepto conocido como alta Emoción Expresada se asocia significativamente con una menor adherencia terapéutica. Estos entornos hostiles actúan como estresores relacionales que debilitan la red de apoyo, reducen la percepción de autoeficacia y configuran un escenario de alta vulnerabilidad, donde el malestar psicológico precipita la recaída como un mecanismo de afrontamiento desadaptativo.

Finalmente, este enfoque sistémico coincide con los planteamientos de Van Ommeren (2025), quien desde una perspectiva de salud global sostiene que la recuperación efectiva del Trastorno por Consumo de Alcohol (TCA) requiere de un modelo integral que trascienda la clínica individual y priorice la reestructuración de los sistemas de apoyo social y familiar como pilares de la estabilidad a largo plazo

Respecto al clima familiar hostil, la evidencia empírica reciente ha señalado que entornos caracterizados por altos niveles de conflicto se asocian con una mayor probabilidad de recaída. En España, Sánchez-Hervás et al. (2019) analizaron a 144 pacientes en tratamiento, hallando que aquellos expuestos a climas familiares conflictivos presentaban una tasa de recaída del 58.3%, significativamente mayor que el 22% observado en entornos estables. De manera similar, en Colombia, Andrade-Salazar et al. (2023) evidenciaron en una muestra de 120 personas que la disfuncionalidad familiar severa está presente en el 70% de los casos de recaída, debido a que la comunicación agresiva debilita la autoeficacia percibida y el apoyo social. Estos hallazgos confirman que un contexto relacional negativo actúa como un estresor crónico que dificulta la mantención de la abstinencia

En conjunto, estas evidencias empíricas permiten comprender a la familia no solo como un factor contextual pasivo, sino como un sistema relacional dinámico que puede operar tanto como factor de riesgo como de protección frente a la recaída en el Trastorno por Consumo de Alcohol. Este enfoque refuerza la necesidad de intervenciones clínicas integrales que incorporen estrategias de psicoeducación, fortalecimiento de la comunicación y mejora del clima familiar como componentes centrales de la prevención de recaídas.

En la misma línea de análisis, el estigma social ha sido identificado como un factor contextual que incrementa directamente el riesgo de recaída. En España, López-Muñoz y Rubio-Valladolid (2021) investigaron el impacto de este fenómeno en población con Trastorno por Consumo de Alcohol, demostrando que la internalización de los prejuicios sociales se traduce en niveles más bajos de autoestima y en una reducción del 40% en la búsqueda de apoyo social. Sus resultados evidenciaron que este proceso de estigmatización no solo genera evitación, sino que deteriora la adherencia terapéutica, incrementando de forma significativa la probabilidad de recaída en población adulta joven. Estos hallazgos confirman que el estigma actúa como una barrera psicológica que aísla al individuo de los recursos necesarios para su recuperación.

De este modo, el estigma se configura como una barrera psicológica que aísla al individuo de los recursos comunitarios esenciales para sostener la abstinencia. En estrecha relación con estos factores contextuales, investigaciones diacrónicas han evidenciado que ciertas experiencias familiares tempranas funcionan como predictores críticos de la recaída. En Perú, Sobrino-Piazza et al. (2021) realizaron un estudio con 184 jóvenes con Trastorno por Consumo de Alcohol, identificando que la baja supervisión familiar y la ausencia de límites

consistentes incrementan el riesgo de recaída en un 32%. Este riesgo se intensifica cuando coexisten disposiciones individuales como la alta búsqueda de sensaciones. No obstante, el mismo estudio reveló que el afrontamiento activo funciona como un factor protector robusto, logrando reducir la probabilidad de retorno al consumo en un 25%, incluso en contextos familiares adversos.

Estos hallazgos sugieren que el fortalecimiento de las capacidades de autorregulación del joven puede mitigar el impacto de un entorno familiar deficitario. Más allá del núcleo familiar, la evidencia se extiende hacia los entornos comunitarios, donde factores como la presión de pares y la normalización social del alcohol juegan un rol crítico. En Colombia, Andrade-Salazar et al. (2023) realizaron un estudio con 120 jóvenes y adultos jóvenes vinculados a programas de prevención, evidenciando que la presión del grupo de pares es responsable del 65% de las situaciones de riesgo de recaída en espacios recreativos. Los hallazgos mostraron que, en contextos donde el consumo está normalizado, los jóvenes presentan una vulnerabilidad 40% mayor a abandonar la abstinencia durante los primeros tres meses de seguimiento. Este tipo de evidencia resulta fundamental para el campo disciplinario, al trasladar el foco de la recaída hacia escenarios cotidianos donde las prácticas sociales influyen directamente en la persistencia del consumo.

Finalmente, la evidencia señala que los determinantes estructurales amplifican el impacto de los factores interpersonales. En Colombia, Salcedo-Mejía et al. (2018) realizaron un estudio con 228 personas en situación de vulnerabilidad, encontrando que la pobreza persistente y la victimización familiar incrementan el riesgo de recaída en un 52%. Los resultados revelaron que el acceso limitado a redes de apoyo profesionalizadas condiciona la efectividad terapéutica, reconociendo que las condiciones socioeconómicas operan como moduladores del curso clínico del trastorno. Estos hallazgos confirman que un abordaje integral debe incorporar la dimensión familiar y social, entendiendo que el entorno puede obstaculizar activamente la recuperación sostenida. Es fundamental precisar que, aunque estos factores suelen interpretarse como simples desajustes conductuales, poseen una raíz neurobiológica profunda: la manifestación central del trastorno es, precisamente, la incapacidad de autorregulación del individuo frente a un contexto que desborda sus recursos de afrontamiento.

De acuerdo con el modelo de salud pública adoptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), las intervenciones se estructuran en tres niveles jerárquicos. La prevención primaria se orienta a la reducción de la incidencia mediante el control de factores

de riesgo antes de la aparición del trastorno. Por su parte, la prevención secundaria se enfoca en la detección precoz y el tratamiento temprano para limitar la prevalencia y gravedad de los síntomas iniciales. Finalmente, la prevención terciaria donde se sitúa el manejo de las recaídas se centra en la rehabilitación, la reducción de secuelas y la reintegración social de individuos con condiciones crónicas ya establecidas, buscando optimizar su calidad de vida.

Siguiendo la clasificación de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), las intervenciones en salud se estructuran en tres niveles jerárquicos. La prevención primaria se orienta a la reducción de la incidencia mediante el control de factores de riesgo antes de la aparición del trastorno. Por su parte, la prevención secundaria se enfoca en la detección precoz y el tratamiento temprano para limitar la prevalencia y gravedad de los síntomas iniciales. Finalmente, la prevención terciaria donde se sitúa el manejo de las recaídas se centra en la rehabilitación, la reducción de secuelas y la reintegración social de individuos con condiciones crónicas ya establecidas, buscando optimizar su calidad de vida.

Bajo esta premisa, la evidencia contemporánea respalda enfoques integrales que combinan la farmacología avanzada con intervenciones psicoterapéuticas estructuradas para fortalecer la capacidad de autorregulación del paciente. En España, Guardia (2025) evidenció que el uso de acamprosato y naltrexona incrementa la tasa de abstinencia mantenida en un 35% en comparación con el placebo. Asimismo, el estudio destaca que la farmacoterapia alcanza su máximo potencial (mejorando los resultados en un 50%) cuando se combina con la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), estrategia diseñada para restaurar los mecanismos de control inhibitorio que la biología, por sí sola, no logra estabilizar.

En sintonía con los avances en farmacoterapia, los programas psicoterapéuticos han evolucionado desde enfoques punitivos hacia modelos integrales basados en la neurociencia. En España, Casas Gavilán (2018) llevó a cabo una investigación con 156 pacientes en tratamiento residencial y ambulatorio, evaluando la eficacia de la Prevención de Recaídas Basada en *Mindfulness* (MBRP). Los resultados demostraron que la integración de la meditación con estrategias cognitivo-conductuales reduce la probabilidad de recaída en un 31% en comparación con los grupos de tratamiento convencional.

El estudio evidenció que este modelo es especialmente eficaz al fortalecer la regulación emocional y la identificación de situaciones de alto riesgo. El concepto central que maneja el MBRP permite que, en lugar de generar una respuesta impulsiva ante el *craving*, el paciente

logre observarlo como un evento mental transitorio; esta técnica de 'surfear la urgencia' (*Urge Surfing*) redujo los niveles de malestar psicológico en un 45% de la muestra. De este modo, la neurociencia y la psicología conductual se fusionan para restaurar la capacidad de autorregulación, permitiendo al individuo distanciarse de la reactividad biológica del trastorno.

Desde una vertiente integradora, investigaciones desarrolladas en Italia por Cavicchioli et al. (2019) han aportado evidencia robusta sobre la importancia de la estabilidad emocional en la recuperación. A través de un estudio que analizó a 185 adultos con Trastorno por Consumo de Alcohol, se demostró que las intervenciones enfocadas en la regulación emocional y la tolerancia al malestar reducen el riesgo de recaída en un 28% durante el primer año de seguimiento. Los resultados indicaron que los pacientes que presentan una mejora en sus habilidades de regulación emocional muestran una probabilidad 2.5 veces mayor de mantener la abstinencia frente a situaciones de alto estrés, en comparación con aquellos que solo reciben tratamiento convencional. Estos hallazgos consolidan a la regulación afectiva como un componente central dentro de los programas terapéuticos basados en la evidencia para el abordaje del alcoholismo.

Más allá del ámbito individual, autores como Constant et al. (2020) coinciden en que las estrategias más eficaces son aquellas que actúan sobre los factores de riesgo del entorno. En Francia, este estudio con 1.200 participantes demostró que los programas que integran psicoeducación y reducción del estigma superan en eficacia a las intervenciones tradicionales. Reforzando esta postura, Oldroyd et al. (2025) realizaron un meta-análisis en el Reino Unido que incluyó a más de 2.500 personas, evidenciando que el acompañamiento terapéutico sostenido reduce el riesgo de recaída en un 38% más que los enfoques centrados exclusivamente en la fuerza de voluntad. Finalmente, en el contexto latinoamericano, Joza y Chávez (2022) desarrollaron un estudio en Ecuador con 85 familias, donde reportaron que la incorporación de la red vincular en el tratamiento incrementa la estabilidad de la abstinencia en un 42%. Estos hallazgos reafirman la pertinencia de implementar modelos preventivos sensibles al contexto sociocultural y aplicables a la realidad regional.

En el ámbito de las intervenciones estructuradas, el Enfoque de Reforzamiento Comunitario (CRA) destaca como un modelo integral que busca reestructurar el contexto cotidiano del individuo. En México, Arteaga-Hernández (2021) evaluó la implementación de este modelo en centros de atención especializada, demostrando que la reconfiguración del entorno y el fomento de un ocio saludable libre de alcohol aumentan la retención en el

tratamiento en un 45%. La premisa del CRA es que la recuperación es sostenible solo si el estilo de vida saludable ofrece mayores satisfacciones que el consumo. Para ello, utiliza el 'Manejo de Contingencias', un sistema de refuerzo positivo donde la entrega de incentivos ante pruebas biológicas negativas ha mostrado reducir la frecuencia de consumo en un 30% en población adulta joven.

Componentes clave del modelo:

- Reconfiguración del entorno: El objetivo no es solo dejar la sustancia, sino construir una realidad donde la sobriedad resulte "recompensante".
- Desarrollo de competencias: Se dota al paciente de herramientas prácticas a través del entrenamiento en habilidades sociales, la reinserción o mejora laboral y el fomento de un ocio saludable libre de alcohol.
- Gestión de incentivos: Implementa el "Manejo de Contingencias", un sistema de refuerzo positivo donde se otorgan premios o beneficios concretos cuando el paciente demuestra su abstinencia mediante pruebas biológicas como análisis de orina o sangre (Arteaga Hernández, 2021).

Otro enfoque relevante es el Modelo Cognitivo-Social de Marlatt y Gordon (1985, como se citó en Casas Gavilán, 2018), el cual es considerado el 'estándar de oro' en la investigación sobre adicciones. Su objetivo principal no es solo evitar el consumo, sino dotar al individuo de herramientas psicológicas para gestionar momentos de vulnerabilidad.

Este modelo propone que la recaída no es un evento aleatorio, sino el resultado de enfrentar situaciones de alto riesgo (SAR) sin las estrategias de afrontamiento adecuadas. Estas situaciones se dividen en dos categorías principales:

- Determinantes internos: Estados emocionales negativos (como la frustración, la soledad o el estrés) y malestar físico.
- Determinantes externos: Presión social (fiestas, grupos de amigos consumidores) o conflictos interpersonales.

Segundo, Estrategias de Afrontamiento (*Coping*) aquí la clave del éxito en este modelo es el entrenamiento en habilidades. Si el paciente tiene una respuesta de afrontamiento preparada,

por ejemplo, saber decir "no" con asertividad o realizar una técnica de respiración, su autoeficacia aumenta y el riesgo de consumo disminuye drásticamente. Finalmente, El Efecto de Violación de la Abstinencia (EVA) este es el concepto más innovador del modelo. Analiza qué sucede después de un "desliz" inicial.

- El problema: El paciente siente culpa, fracaso y pérdida de control, lo que suele llevarlo a pensar: "Ya lo arruiné todo, mejor sigo consumiendo".
- La solución: El programa enseña a ver el desliz como un error de aprendizaje y no como un fracaso personal. Se trabaja en desmitificar la culpa para detener la transición de una caída momentánea a una recaída total.

Desde una perspectiva clínica aplicada, el análisis integrado de estos factores permite comprender que la recaída no puede ser abordada de manera fragmentada. La literatura revisada evidencia que la convergencia de alteraciones neurobiológicas, déficits cognitivos y contextos sociales adversos configura perfiles de alta vulnerabilidad. En consecuencia, el diseño de intervenciones debe ser coherente con esta complejidad, integrando lo biológico, lo conductual y lo social para garantizar la efectividad de la práctica terapéutica.

El propósito de esta revisión bibliográfica fue analizar la literatura científica sobre los factores de riesgo asociados a la recaída en el Trastorno por Consumo de Alcohol, permitiendo constatar que dicho fenómeno solo puede comprenderse desde una perspectiva multifactorial e integral. Los hallazgos revisados evidencian que las alteraciones neurobiológicas, los déficits cognitivos, las dificultades en la regulación emocional y la presencia de pérdidas relacionales no elaboradas configuran una vulnerabilidad individual persistente que incrementa el riesgo de recaída. Estos factores, lejos de actuar de forma aislada, se potencian en interacción con variables interpersonales y contextuales, como la disfunción familiar y el estigma social, que pueden obstaculizar los procesos de recuperación. En conjunto, los resultados refuerzan la necesidad de superar explicaciones reduccionistas centradas en la voluntad individual y fundamentan la importancia de fortalecer estrategias de prevención y tratamiento integrales, que aborden de manera simultánea los componentes neurobiológicos, psicológicos y sociales implicados en la recaída.

Conclusiones

En relación con el **primer objetivo**, orientado a identificar los factores de riesgo asociados a la recaída en el consumo de alcohol, el análisis de la literatura permite concluir que este fenómeno es una manifestación multifactorial que trasciende la voluntad individual. A nivel individual, la evidencia confirma la convergencia de alteraciones neurobiológicas que comprometen la autorregulación, junto con el *craving* y déficits en funciones ejecutivas. Estos procesos se ven intensificados por factores emocionales no elaborados, como el duelo, y por variables interpersonales críticas. En el contexto regional, se concluye que la carencia de supervisión familiar y la persistencia del estigma social actúan como barreras críticas que no solo incrementan la probabilidad de reincidencia, sino que inhiben la búsqueda de ayuda profesional. Asimismo, las condiciones de precariedad estructural y pobreza configuran un entorno de riesgo que dificulta la estabilidad de la recuperación a largo plazo.

En cuanto al segundo objetivo, dirigido a describir los programas terapéuticos actuales y proponer orientaciones de tratamiento, se concluye, tras el análisis de las diversas fuentes, que los abordajes con mayores tasas de efectividad son aquellos que gestionan el trastorno como una condición crónica desde una perspectiva de intervención integral. La integración de la farmacoterapia con la psicoterapia ha demostrado ser el enfoque con mejores resultados clínicos en comparación con las intervenciones aisladas. Entre los modelos destacados, la prevención de recaídas de Marlatt y la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) se consolidan como herramientas eficaces para disminuir la frecuencia del consumo. Complementariamente, el entrenamiento en regulación emocional y el desarrollo de la tolerancia al malestar emergen como factores protectores que multiplican las posibilidades de mantener una abstinencia sostenida.

Finalmente, esta revisión consolida una comprensión de la recaída como un proceso dinámico y clínicamente predecible. Desde la psicología clínica, estos hallazgos subrayan la importancia de realizar evaluaciones integrales que incluyan variables neuropsicológicas, emocionales y familiares. Se aporta, de este modo, una base empírica para el diseño de programas de prevención y políticas públicas que promuevan abordajes menos estigmatizantes y más coherentes con la naturaleza del trastorno, priorizando la continuidad del cuidado como pilar fundamental para la salud mental.

Referencias

American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.

Andrade, A. L. M., Salazar, C. M., & Torres, A. F. (2023). Grief, emotional distress, and relapse risk in substance use disorders: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 149*, 208–219. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2023.108123>

Andrade Salazar, J. A., Rodríguez, L. F., & Gómez, M. E. (2023). Social contexts, peer pressure, and alcohol relapse in young adults: Evidence from community-based studies. *Substance Use & Misuse, 58*(4), 567–578. <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2165432>

Amador Jiménez, J. A., Pérez Morales, A., & Sánchez López, M. (2021). Executive function deficits and relapse risk in alcohol use disorder. *Neuropsychology, 35*(6), 597–608. <https://doi.org/10.1037/neu0000754>.

Arteaga Hernández, F. A., & Reiván Ortiz, G. G. (2021). Terapia de reforzamiento comunitario en el tratamiento del alcoholismo: una revisión sistemática. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación, 5*(41), 209–229. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol5iss41.2021pp209-229>

Boden, J. M., et al. (2020). "The relationship between mental health and alcohol use in young adults." *Addictive Behaviors, 110*, 106525.

Casas Gavilán, P. A. (2018). *Eficacia del programa de prevención de recaídas basado en mindfulness para la disminución del craving* (Tesis de maestría). Universidad San Ignacio de Loyola, Lima, Perú.

Cavicchioli, M., Movalli, M., & Maffei, C. (2019). Emotion regulation and relapse prevention in alcohol use disorder: A systematic review. *Addictive Behaviors, 95*, 182–191. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.02.028>

Constant, A., Allaman, S., & Sanchez, S. (2020). Integrated prevention programs for

alcohol relapse: A meta-analytic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 112, 14–25. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.02.006>

Cook, S. (2015). Alcohol use disorder and health outcomes: A global perspective. *The Lancet Psychiatry*, 2(8), 687–695. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00114-6](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00114-6)

Guglielmo, G., Crawford, E., Kim, S., Vendruscolo, L. F., Hope, B. T., Brennan, M., & George, O. (2019). Recruitment of a neuronal ensemble in the central nucleus of the amygdala mediates alcohol dependence. *Journal of Neuroscience*, 39(44), 8769–8784. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0484-19.2019>

Greenland, S., Pearl, J., & Robins, J. M. (2016). Causal diagrams for epidemiologic research. *Epidemiology*, 10(1), 37–48. <https://doi.org/10.1097/00001648-199901000-00008>

Guasti Chacha, J., & Rodríguez Pérez, M. (2023). Emotional avoidance and alcohol consumption patterns in Ecuadorian adults. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 55, 1–12. <https://doi.org/10.14349/rlp.2023.v55.4>

Guglielmo, R., Martinotti, G., Quatralo, M., Janiri, L., di Giannantonio, M., & Siracusano, A. (2021). Alcohol consumption and relapse risk: A systematic review of recent findings. *Journal of Clinical Medicine*, 10(15), 3241. <https://doi.org/10.3390/jcm10153241>

Sobrino-Piazza, J., Rodríguez-Martínez, A., & Pérez-García, M. (2021). Family functioning, emotional climate and relapse risk in alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 126, 108328. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108328>

Heilig, M., Augier, E., Pfarr, S., & Sommer, W. H. (2019). Alcohol use disorders: From molecular mechanisms to clinical treatment. *British Journal of Pharmacology*, 176(21), 4140–4154. <https://doi.org/10.1111/bph.14695>

Huang, Y., Li, X., Zhang, R., & Wang, Y. (2025). Prefrontal activation and relapse prediction in alcohol use disorder: A fNIRS study. *NeuroImage: Clinical*, 37, 103345. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2024.103345>

Joza Bravo, M. A., & Chávez-Vera, A. (2022). Community and family-based interventions for alcohol relapse prevention in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 46, e72. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.72>

Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., y Hasin, D. S. (2021). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: Epidemiologic evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 41–65. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-104445>

Koob, G. F. (2020). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(1), 53–63. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30230-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30230-7)

Koob, G. F., & Schulkin, J. (2019). Addiction and stress: An allostatic view. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 106, 245–262. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.008>

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)

Kubáková, L., & Tavel, P. (2023). Coping strategies and relapse in alcohol use disorder: A systematic review. *Addictive Behaviors Reports*, 18, 100511. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2023.100511>

López-Muñoz, F., & Rubio Valladolid, G. (2021). Social stigma and treatment adherence in alcohol use disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 4562. <https://doi.org/10.3390/ijerph18094562>

National Institute on Drug Abuse. (2020). *Drugs of abuse: A research-based guide* (Revised ed.). <https://nida.nih.gov>

Nguyen, L., Durazzo, T. C., & Meyerhoff, D. J. (2020). Anhedonia as a predictor of relapse in alcohol use disorder. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 44(4), 888–897. <https://doi.org/10.1111/acer.14315>

Oldroyd, K., McHugh, R. K., & Otto, M. W. (2025). Relapse prevention strategies in substance use disorders: A review of current evidence. *Clinical Psychology Review, 103*, 102305. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102305>

Organización Mundial de la Salud. (2024). *Global status report on alcohol and health*. OMS.

Pantoja Muñoz, L. (2025). Family dynamics and relapse risk in young adults with alcohol use disorder. *Journal of Family Psychology, 39*(1), 45–57. <https://doi.org/10.1037/fam0000991>

Rehm, J., Gmel, G., & Shield, K. D. (2017). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet, 389*(10095), 238–252. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30019-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30019-3)

Rehm, J., Shield, K. D., & Roerecke, M. (2018). Reduction of alcohol consumption and mortality risk. *Addiction, 113*(9), 1574–1581. <https://doi.org/10.1111/add.14234>

Roberto, M., Gilpin, N. W., & Siggins, G. R. (2021). The central amygdala and alcohol dependence: Neuroadaptations and stress mechanisms. *Biological Psychiatry, 90*(6), 401–413. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2021.03.021>

Salcedo-Mejía, F., Ramírez, L., & Torres, J. (2018). Socioeconomic determinants and alcohol relapse in vulnerable populations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 53*(10), 1099–1108. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1569-2>

Snoek, A., Wiers, R. W., & Smit, F. (2016). Coping strategies and long-term recovery trajectories in alcohol use disorder. *Addictive Behaviors, 62*, 67–73. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2016.06.015>

Sobrino-Piazza, M., García, J. L., & Rojas, P. (2021). Family supervision, coping styles, and relapse risk in young adults. *Journal of Substance Use, 26*(5), 482–490. <https://doi.org/10.1080/14659891.2021.1873452>

Guardia Serecigni, J. (2025). *Neurobiología del alcoholismo. Evidencias y herramientas para abordar al paciente con trastornos relacionados con el alcohol* (Tema 2). Servicio Gallego de Salud (Sergas). https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Curso_Alcohol/archivos/pdf/tema_2.pdf

Van Ommeren, M. (2025). Integrative approaches to addiction recovery. *World Psychiatry*, 24(1), 12–21. <https://doi.org/10.1002/wps.21234>

Sánchez-Hervás, E., Llorente del Pozo, J. M., & Martínez-González, J. M. (2019). Family environment, social support and relapse in alcohol use disorder. *Adicciones*, 31(2), 123–131. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1072>

Andrade Salazar, J. A., Rodríguez, L. F., & Gómez, M. E. (2023). Family dynamics and relapse trajectories in alcohol use disorder. *Substance Use & Misuse*, 58(4), 567–578. <https://doi.org/10.1080/10826084.2023.2165432>

Villarreal-Mata, R., López, E., & Hernández, P. (2022). Emotional regulation, craving, and relapse risk in alcohol use disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 78(6), 1134–1148. <https://doi.org/10.1002/jclp.23315>

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2016). *Relapse prevention for alcohol and drug problems*. Guilford Press.

Witkiewitz, K., Montes, K. S., & Tucker, J. A. (2019). Dynamic models of relapse in alcohol use disorder. *Clinical Psychology Review*, 68, 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.11.002>

Witkiewitz, K., Wilson, A. D., & Pearson, M. R. (2020). Drinking trajectories following treatment: A dynamic systems perspective. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(3), 375–387. <https://doi.org/10.1037/adb0000543>

World Health Organization. (2018). *Global status report on alcohol and health*. WHO Press.

World Health Organization. (2024). *Mental health and substance use: Evidence-based interventions*. WHO Press.

Yubi-Vázquez, J., Morales, D., & Pérez, L. (2025). Coping styles and relapse outcomes in clinical populations with alcohol use disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, *14*(1), 101–113. <https://doi.org/10.1556/2006.2025.00012>

Rothman, K. J., Greenland, S., & Lash, T. L. (2015). *Modern epidemiology* (3rd ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). APA Publishing.

Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L., & Hasin, D. S. (2021). Stressful life experiences, alcohol consumption, and alcohol use disorders: Epidemiologic evidence. *Annual Review of Clinical Psychology*, *17*, 41–65. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-104445>

Rehm, J., Shield, K. D., Gmel, G., & Frick, U. (2017). Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and quality of life. *PLoS ONE*, *12*(1), e0170421. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0170421>

Kubáková, J., & Tavel, P. (2023). Coping strategies and relapse risk in alcohol use disorder: A systematic review. *Journal of Substance Use*, *28*(4), 389–398. <https://doi.org/10.1080/14659891.2023.XXXXXXX>

Yubi-Vázquez, M., Pérez-Morales, A., & Andrade, L. (2025). Adaptive and maladaptive coping strategies in alcohol use disorder and relapse outcomes. *Addictive Behaviors*, *149*, 107877. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2024.107877>

Sinha, R. (2018). Role of stress in addiction relapse. *Current Psychiatry Reports*, *20*(4), 1–9. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0894-6>

Bryan Enrique Del Salto Cozar portador(a) de la cédula de ciudadanía **Nº 1400700538**. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Recaída en el consumo de alcohol: análisis de factores de riesgo para potenciar la prevención y el tratamiento.”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **4 de febrero de 2026**

F: *Bryan Del Salto*

Bryan Enrique Del Salto Cozar
C.I. 1400700538