



## CREENCIAS ASOCIADAS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y ABSTINENCIA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL



### BELIEFS ASSOCIATED WITH CONSUMPTION OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AND ABSTINENCE IN PATIENTS WITH DUAL DIAGNOSIS

IRENE POLO\*, MARÍA  
FERNANDA RESTREPO\*\*,  
ORLANDO GONZÁLEZ G.\*\*\*,  
MARLON PARRA, ASBELDY  
PÁEZ, CARLOS CERRA,  
VIRGINIA MEDINA\*\*\*\*

Universidad Simón Bolívar

\*Directora de la investigación. Coordinadora del Programa de Farmacodependencia del Hospital Universitario CARI ESE, Barranquilla, Colombia.

\*\*Universidad de Ginebra, Suiza

\*\*\* Docente-investigador del Grupo de investigación DIAGNÓSTICO INTEGRAL E INTERVENCIÓN EN EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD, Universidad Simón Bolívar – Barranquilla, Colombia. Email: donalor65@gmail.com

\*\*\*\* Egresados del Programa de Psicología de la Universidad Simón Bolívar– Barranquilla, Colombia.

### Resumen

Se investigó sobre el tipo de creencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (SPA), y su relación con la abstinencia voluntaria, en pacientes farmacodependientes con diagnóstico dual (psicosis inducida por sustancias, trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia). Participaron 90 pacientes del Programa de Rehabilitación de Farmacodependencias del Hospital Universitario ESE CARI de Barranquilla, Colombia. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Creencias Acerca del Abuso de Sustancias (Beck y cols., 1999). Los resultados muestran que las creencias más frecuentes son las de alivio, seguidas por las anticipadoras y las permisivas, con un ligero predominio de éstas en el grupo de Esquizofrenia. Aunque se observaron algunas asociaciones entre el tipo y el contenido de las creencias y el tipo de diagnóstico, sin embargo, no se encontró diferencia significativa al respecto del tipo de creencias entre los tres grupos diagnósticos. Tampoco se halló relación entre el tipo de creencia y el tiempo de abstinencia.

**Palabras Claves:** Farmacodependencia, Diagnóstico dual, Creencias Sobre Abuso de Drogas, Abstinencia, Sustancias Psicoactivas

### ABSTRACT

It was investigated the type of beliefs related to psychoactive substance use (SPA) and its relation to the voluntary withdrawal in drug dependent patients with dual diagnosis (substance-induced psychosis, bipolar disorder and schizophrenia). 90 patients participated in the Drug Rehabilitation Program of the University Hospital ESE CARI Barranquilla, Colombia. The instrument used was the Questionnaire of Beliefs About Substance Abuse (Beck et al., 1999). The results indicate that beliefs most frequent are of relief, followed by anticipatory and permissive, with a slight predominance of these in the schizophrenia group. Although some associations were observed between the type and content of the beliefs and the type of diagnosis, however, there was no significant difference regarding the type of beliefs among the three diagnostic groups. Neither relation was found between the type of belief and the time of withdrawal.

**Keywords:** Drug Addiction, Dual diagnosis, Beliefs About Drug Abuse, Abstinence, Psychoactive Substances

### INTRODUCCIÓN

Las teorías cognitivas sobre el tratamiento de la adicción a las sustancias psicoactivas (SPA), hacen énfasis en la importancia que, en la dinámica de la patología adictiva, tienen los pensamientos autoderrotantes, así como los sentimientos y acciones que resultan de éstos, como principales impedimentos para superar el craving y la adicción (Restrepo, 2007; Beck, Wright, Newman y Liese, 1999; Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager, 1992). Por lo tanto, en un tratamiento de rehabilitación, para realizar un abordaje terapéutico más eficaz, es clave identificar y modificar la serie de creencias, autoafirmaciones y/o atribuciones que tiene el consumidor respecto a sus problemas con las sustancias, a las emociones perturbadoras que éstas engendran y en relación con los trastornos emocionales producidos en los intentos por cambiar.

Los estudios cognitivos sobre la patología adictiva han encontrado creencias comunes a los distintos tipos de adicciones (cocaína, alcohol, opiáceos, etc.), las cuales



contribuyen al mantenimiento de la adicción y son la base para las recaídas (Beck y cols., 1999); también se han encontrado esquemas cognitivos comunes entre diversos grupos de drogodependientes con diagnóstico dual, es decir, aquellos farmacodependientes que reciben, además del diagnóstico vinculado al consumo de sustancias, otros, en particular del eje I del DSM-IV (Beck y cols., 1999), como son el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y la psicosis inducida por sustancias psicoactivas. En estos grupos se han hallado creencias irracionales frecuentes de autoexigencia, baja tolerancia a la frustración, ansiedad, dependencia e influencia del pasado (Polo y Amar, 2006). Este artículo describe el tipo de creencias que al respecto del consumo de SPA, poseen los pacientes farmacodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por sustancias, trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia, pertenecientes al Programa de Farmacodependencia del Hospital Universitario CARI ESE, en la ciudad de Barranquilla, Departamento del Atlántico (Colombia).

La Costa Caribe Colombiana constituye el escenario donde se llevó a cabo el presente estudio. Hoy en día, Colombia, además de ser reconocido a nivel mundial como un país cultivador, procesador y exportador de drogas, comienza a presentar índices alarmantes de consumo, según lo demuestran los estudios de salud mental y de consumo de SPA reportados por el Ministerio de Protección Social de Colombia (Ministerio de Protección Social, 2005). Una de las evidencias más importantes del consumo de drogas en Colombia lo constituye el incremento en las instituciones psiquiátricas, de casos con diagnóstico de patologías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas o con diagnósticos duales. De acuerdo con los datos del departamento de estadísticas del CARI, en el 2004 asistieron por primera vez a consulta externa 119 pacientes con problemas de adicción; en el 2006 la farmacodependencia ocupó el tercer lugar de morbilidad en el servicio de hospitalización y el segundo en consulta externa; en los últimos años, este diagnóstico ocupa el primer lugar en los índices de morbi-mortalidad, y cada vez es mayor el incremento de pacientes adictos con diagnóstico dual, lo cual complica más el cuadro en su curso, pronóstico y para la intervención (Polo y Amar, 2006).

Según Ellis y cols. (1992), el *pensamiento adictivo* se refiere a la serie de creencias, auto-afirmaciones y/o atribuciones que tiene el individuo alcohólico o farmacodependiente, respecto a sus problemas con el alcohol u otras sustancias; las muchas emociones perturbadoras que este problema engendra y las creencias y autoafirmaciones de sí mismos como personas. El pensamiento adictivo, al igual que otras formas de pensamiento irracional, suele ser automático, no consciente, aprendido y practicado continuamente. Como tal, suele ser resistente al cambio. Además, los adictos



desconocen en gran parte las conexiones existentes entre sus pensamientos, sentimientos y acciones.

Los adictos, al igual que personas con otros desajustes psicológicos, sufren en sus interacciones consigo mismos y con los demás, debido a que realizan una errónea interpretación de su entorno que resulta ilógica y antiempírica. Estos errores cognitivos suelen basarse en inferencias arbitrarias y razonamientos dicotómicos, entre otras formas erradas de pensamiento, a partir de las cuales se realizan conclusiones basadas en evidencias contradictorias, sobregeneralizaciones, magnificaciones o exageraciones del significado o importancia de cosas concretas. En este sentido, Polo y Amar (2006), hallaron en un estudio con esta población, pensamientos deformados de “deberías” y “recompensa divina”. Algunas características del *pensamiento adictivo* descritas por Beck y cols. (1999) son:

- *Negación o Autoengaño*, cuya función es la de separar al adicto de la conciencia de las consecuencias que la adicción tiene en su vida. De esta manera se reduce la ansiedad y, además, se protege el sistema adictivo, estableciéndose un equilibrio enfermo en el cual el adicto se mantiene atrapado, y que, además, es la razón por la que el adicto insiste en volver a la sustancia adictiva, aún luego de una crisis. La negación se manifiesta en la *minimización* de los eventos relacionados con las consecuencias de la adicción; en la *racionalización* del abuso de las sustancias, algo que es por naturaleza irracional; en la *justificación* del uso en virtud de algo que ocurrió en el pasado o por cualquier otra condición existente en la vida del adicto; en la *proyección* de la propia problemática en los demás, y en la *futurización*, como una manera de no estar en contacto con su realidad presente.

- *Distorsiones del Pensamiento*, las cuales consisten en un juicio erróneo, ilógico y disfuncional de los eventos, y que se asocia al desencadenamiento de emociones negativas que generan sufrimiento, de modo que el uso de sustancias (las conductas adictivas) conlleva al “alivio” del dolor o el sufrimiento, aunque sea de manera desadaptativa. Algunas manifestaciones de dichas distorsiones son: la *catastrofización*, aun del más leve inconveniente de la vida personal; la *mortificación* ante cualquier problema de la vida cotidiana; la *rigidez* y dificultad para “abrir la mente” y considerar otros puntos de vista; y el *locus de control externo*. Gawin y Ellinwood (1998, citados en Beck y cols., 1999), encontraron que las distorsiones en el proceso del pensamiento relacionados con el consumo de drogas, tal como la *visión de túnel o filtraje*, al activarse, producen un “bloqueo cognitivo” que inhibe la conciencia de las consecuencias negativas que a largo plazo tiene el uso de la droga.

Todas estas distorsiones provienen del sistema de creencias del pensamiento adictivo que conforma la raíz de este trastorno en el plano mental, y contribuyen a mantener la adicción y facilitan la recaída, por lo que, para el tratamiento psicológico y el mantenimiento de sus logros, resulta necesario detectar y cambiar las creencias adictivas, las cuales se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia.

Con base en los trabajos de Ellis y cols. (1992), Beck y cols. (1999) y Beck (1976), podemos distinguir al respecto de las *creencias*, es decir, aquellas vinculadas al consumo de SPA, por una parte, *creencias adictivas o mantenedoras* de la conducta misma del consumo, las cuales comúnmente llegan a operar en la siguiente secuencia específica:

□ Primero aparecen las creencias *anticipadoras*, relacionadas con la obtención de placer mediante la utilización de drogas o alcohol. Como su nombre lo dice, anticipan el supuesto efecto de la droga sobre el incremento en la propia eficacia y/o competencia social: “lo haré mejor”, “seré más divertido y me aceptarán más en el grupo”. También pueden consistir en creencias que predicen la satisfacción o el escape: “me sentiré menos triste”, “será una forma dulce de olvidar”. Estas creencias anticipadoras normalmente progresan hacia *creencias sobre el alivio* que definen la utilización de SPA como una necesidad ineludible, e indican que el craving es incontrolable y debe ser satisfecho. Se manifiestan cuando la persona empieza a confiar en la droga para contrarrestar sus sentimientos de angustia: “necesito cocaína para poder funcionar”, “me sentiré de nuevo bien si la utilizo”. Beck y cols. (1999), Ellis y cols. (1992) y Abrahms y Ellis (1986), relacionan la presencia de estas ideas con el hecho de evitar el craving y aliviar la angustia frente a la ausencia del consumo. En consecuencia, la anticipación del placer o el alivio lleva a la activación del craving y a las *creencias facilitadoras o permisivas*, las cuales legitiman la utilización de las drogas. Son las creencias que justifican el consumo de la droga, el cual consideran aceptable a pesar de las consecuencias: “las personas débiles tienen problemas con las drogas, esto no me ocurrirá a mí”.

Por otra parte, en el corazón del problema de la adicción frecuentemente aparecen creencias *nucleares* como “estoy indefenso”, “no soy querido”, “soy muy vulnerable”, de las cuales parecen derivarse el anterior conjunto de creencias adictivas mencionadas (mantenedoras). Las *creencias nucleares* (a veces llamadas esquemas nucleares) incluyen una visión negativa de uno mismo (indefensión, indeseabilidad), una perspectiva negativa del ambiente (opresivo, nocivo), y una visión negativa del futuro (desesperanza). Estas creencias nucleares interactúan con los estresores vitales, generando un exceso de sentimientos de malestar, ante los cuales, la búsqueda y consumo de la sustancia



pretende aliviar. Aunque las creencias nucleares representan el telón de fondo de las creencias adictivas no se hacen del todo patentes a menos que el paciente esté deprimido (Beck y cols., 1999).

En este sentido, las creencias relacionadas con los problemas de consumo de SPA, parecen que provienen sobre todo de una combinación de creencias nucleares, sentimientos de disgusto, como la disforia o la ansiedad, y creencias adictivas o mantenedoras. Así entonces, podemos hablar de distintos niveles en las creencias que subyacen a la conducta adictiva: la creencia básica (nuclear) de que se está “atrapado” en un ambiente nocivo; y la creencia (adictiva o mantenedora) de que la única forma de escapar de este ambiente y de los sentimientos desagradables es tomando drogas.

La comorbilidad o diagnóstico dual, significa la presencia simultánea de un trastorno por abuso de sustancias y una patología psiquiátrica. En los pacientes con trastorno dual, la condición de dependencia puede exacerbar el cuadro psiquiátrico, por ejemplo, en los trastornos psicóticos, determinar una mayor intensidad y frecuencia de los episodios, y elevar el riesgo de suicidio; además, estos pacientes presentan dificultades para cumplir con el tratamiento prescrito, requieren mayor número de hospitalizaciones, tratamientos más prolongados y presentan más conductas peligrosas y recaídas (González, 2003; Breslau, Kilbey y Andresky, 1994).

Los trastornos duales plantean dificultades etiológicas (un trastorno puede ser causa o factor de riesgo del otro, tener ambos una vulnerabilidad común, compartir criterios de definición superpuestos, representar un síntoma del otro trastorno, o bien, ser independientes), diagnósticas y nosológicas, y, principalmente, dificultades evolutivas y de respuesta al tratamiento —un trastorno puede determinar un curso más desfavorable para el otro trastorno asociado, y modificar su tratamiento habitual— (Sciacca, 2007).

Las comorbilidades más frecuentes y con mayor impacto en la salud pública pueden dividirse en tres grandes grupos: esquizofrenia acompañada de abuso de sustancias (generalmente alcohol, cocaína y cannabis); depresión en alcohólicos, adictos a opiáceos, a la cocaína y en fumadores; personalidad antisocial en alcohólicos, adictos a opiáceos y a la cocaína. Otras correlaciones frecuentemente citadas son: trastorno de pánico, trastorno limítrofe de la personalidad y abuso episódico de varias sustancias y los trastornos múltiples como dependencia a la cocaína, trastorno de personalidad y fobias. Teniendo en cuenta estudios previos de Polo y cols. (2006), las patologías más frecuentes en la región Caribe colombiana asociadas al consumo de SPA, son la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar y la psicosis inducida por sustancias psicoactivas, en razón de lo cual, estos fueron los diagnósticos duales considerados en el presente estudio.



Ya que con base en los anteriores planteamientos, se establece el papel de las creencias en las adicciones a SPA, esta investigación tuvo como finalidad identificar dichas creencias en sujetos farmacodependientes con diagnóstico dual (psicosis inducida por sustancias o psicosis tóxica, trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia), usuarios de los servicios del programa de farmacodependencia del CARI, Barranquilla (Colombia), a su vez que establecer y analizar la relación posible entre tales creencias sobre el consumo y el tiempo de abstinencia voluntaria del consumo observado en los tres grupos diagnósticos, y compararlos entre sí.

## MÉTODO

Esta investigación fue realizada desde un paradigma empírico analítico, con un diseño de tipo correlacional, ex-post-facto y de comparación estática de tres grupos de sujetos diferentes (con tres diagnósticos diferentes), a partir de las variables de descripción y correlación establecidas.

### *Muestra*

Considerando el número de usuarios anuales promedio del programa de farmacodependencia del CARI y de acuerdo a los criterios de inclusión establecidos (ingresan por primera vez al programa, con problemas de adicción y con diagnósticos duales de Psicosis Inducida por Sustancias o Psicosis Tóxica, o con Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), o con Esquizofrenia; y que aún no han participado de la fase de intervención psicoterapéutica del programa), se integró una muestra representativa, conformada de manera probabilística, estratificada y por racimos, de 90 pacientes, distribuidos en tres grupos según el diagnóstico (30 sujetos en cada grupo), todos de sexo masculino, policonsumidores, con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años (ver Tabla 1).

### *Procedimiento e instrumentos*

El instrumento central utilizado fue el Cuestionario de Creencias sobre Abuso de Sustancias Psicoactivas (Beck y cols., 1999), el cual constituye una eficaz escala de medición de las creencias más frecuentes acerca de la utilización de SPA. El cuestionario contiene ítems relacionados con los tres tipos de creencias adictivas: creencias anticipadoras, creencias de alivios y creencias permisivas, las cuales hemos descrito anteriormente. También evalúa las creencias nucleares (que les sirven de base a las creencias adictivas) con respecto a: visión del mundo, visión de sí mismo, visión de futuro y alivio del malestar.

Previamente a la aplicación del instrumento mencionado, se verificaron los diagnósticos de los sujetos participantes para asegurar su inclusión correcta en cada uno de los tres grupos con diagnóstico dual diferentes que se buscaba conformar. Dicha verificación de diagnósticos se realizó partir del Protocolo de Evaluación del equipo interdisciplinario del Programa de Farmacodependencia (FMD) del CARI (conformado por medicina general, psicología clínica, trabajo social y psiquiatría); en razón de ésto, se aplicó a los sujetos el Cuestionario de Análisis Clínico de Personalidad (CAQ) (Krug, 1990), el cual evalúa doce variables clínicas: hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, culpabilidad, resentimiento, apatía-retirada, esquizofrenia, paranoia, psicológico.

La aplicación del cuestionario fue individual y presencial, una vez que los integrantes de la muestra estuvieran en la fase subaguda del trastorno y después de la desintoxicación. Las evaluaciones se realizaron en la fase inicial del tratamiento, con el fin de garantizar que aún no se hubieran modificado las estructuras de creencias debido a algún efecto del tratamiento. Así mismo, en la fase subaguda, con una estabilización de síntomas, con el fin de garantizar una mejor intervención y participación en el estudio.

#### *Procedimientos de análisis*

Para el análisis de datos, se procesaron los datos con el programa estadístico SPSS 16. La pertinencia del instrumento utilizado se confirmó, con base en el análisis de fiabilidad de los ítems (creencias), con base en la prueba de Cronbach, obteniéndose un buen nivel (0,78). Posteriormente, en un primer momento se analizaron las características específicas de la muestra con respecto a la edad de inicio del consumo, la droga de inicio y la droga que genera el problema principal vinculado al diagnóstico. Luego, se analizaron las creencias nucleares y las creencias adictivas en relación con los diferentes tipos de diagnóstico. Luego se analizaron las correlaciones entre los tres tipos de creencias teniendo en cuenta los coeficientes de relación, el error standard, la frecuencia y la significancia de cada uno de las pruebas. También, se realizó la correlación bivariada entre los diferentes tipos de creencias y el tiempo de abstinencia voluntaria; se estableció una correlación como significativa a partir de 0.01. Para establecer las diferencias de las creencias en relación con los diagnósticos, se realizó la prueba de significancia para las tres variables, de acuerdo a la prueba t de Student.

## RESULTADOS



A continuación, se describen algunas características de la muestra del estudio (Tabla 1). Con respecto a la edad, la mayoría de los sujetos participantes en el estudio oscilan entre 21 y 40 años de edad. Las sustancias de uso más frecuentes fueron el alcohol, el cannabis y la cocaína. La edad de inicio del consumo, para el 84% se sitúa tempranamente, entre los 15 y 20 años. Con respecto a la sustancia de inicio, el 70% de los sujetos iniciaron por cannabis. Sin embargo, la sustancia que les produce más conflicto, está asociada a la que ha desarrollado más comúnmente adicción: el 30% responde patraseado (o crack), el 21%, cocaína y el 21%, bazuco.

Tabla 1. Características de la muestra de consumidores de sustancias psicoactivas con trastorno dual (n=90)

Edad de la población encuestada	%	Edad de inicio en el consumo	%	Droga de inicio	%	Droga problema	%	Diagnóstico	%
18 a 20 años	3.3	15 a 20 años	84.4	Alcohol	27.8	Alcohol	2.2	Psicosis toxica	33.3
21 a 25 años	26.7	21 a 25 años	15.6	Cannabis	70.0	Cannabis	14.4	TAB + FMD	33.3
26 a 30 años	30.0			Pepas	2.2	Cocaína	21.1	Esquizofrenia + FMD	33.3
31 a 35 años	17.8					Patraseado	30.0		
36 a 40 años	13.3					Bazuco	21.1		
41 a 45 años	4.4					Pepas	11.1		
46 a 50 años	4.4								

Las diferentes columnas especifican distintas características de la muestra, al frente de la cual se indica el porcentaje de la muestra que se encuentra en dicha categoría.

#### *Tipos de creencias y diagnóstico*

Con respecto al tipo de creencias vinculadas al diagnóstico, las *creencias adictivas* predominantes en los tres grupos diagnósticos fueron las *de alivio*; fueron en las que el mayor número de sujetos presentaron puntajes altos, siendo más elevados en el grupo de farmacodependientes con esquizofrenia (ver Tabla 2). Las creencias *anticipadoras* son las segundas en importancia, y otra vez, su presencia es mucho más marcada en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia. En contraste, las creencias *permissivas* están menos presentes en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, y son más frecuentes en los del grupo de TAB.

Respecto de las *creencias nucleares*, se encontraron algunas diferencias en la *creencia negativa sobre sí mismo* entre los grupos diagnósticos; esta creencia presenta una tendencia baja en el grupo de psicosis inducida por sustancias y esquizofrenia, mientras que en el grupo de TAB, se encuentra bastante alta (ver Tabla 2). Por otra parte, la *creencia negativa del mundo*, obtiene puntajes altos en el grupo de esquizofrenia, y la *creencia negativa del futuro*, se encuentra en la categoría alta, sólo en el grupo de esquizofrenia; en los grupos de farmacodependientes con

trastorno afectivo bipolar y de psicosis inducida por sustancias, los puntajes se sitúan en término medio.

Tabla 2. Tipos de creencias (Nucleares y Adictivas) y diagnóstico dual

Creencias Nucleares									
Creencia/ Diagnóstico	Visión Negativa de Sí mismo			Visión Negativa del Mundo			Visión Negativa del Futuro		
Psicosis tóxica	13.3	80.0	6.7	23.3	26.7	10	20	70	10.0
Tab + FMD	13.3	56.6	30	23.3	43.3	10.0	20	66.7	13.3
Esquizo + FMD	20.0	63.4	16.7	10	60	16.7	23.3	50	26.7
Total	15.6	66.7	17.8	18.9	43.4	12.2	21.1	62.3	16.7
Creencias Adictivas									
Creencia/ Diagnóstico	Creencia de Alivio			Creencia Anticipadora			Creencia Permisiva		
Psicosis tóxica	26.7	63.3	10.0	20.0	70	10.0	13.3	73.4	13.3
Tab + FMD	13.3	73.3	13.3	10.0	80	10.0	20.0	63.3	16.7
Esquizo + FMD	23.3	46.6	30.0	23.3	46.7	30.0	20.0	70	10
Total	21.1	61.2	17.8	17.8	65.5	16.7	17.8	68.9	13.3

*Correlaciones entre los diferentes tipos de creencias acerca del abuso de las sustancias*

Se verificó una correlación positiva (ver tabla 3) para los tres tipos de creencias analizadas (anticipatorias, de alivio y permisivas), es decir, la presencia de una idea tiene repercusiones sobre las otras. Entre las creencias de alivio y permisiva la correlación no es muy fuerte (0,42); el 18.4% de la varianza es común a las dos variables. Esto indica que la prueba es significativa aunque la relación no sea muy fuerte. Relacionando las creencias permisivas y las anticipadoras, encontramos prueba de una relación que sigue siendo significativa aunque la relación no sea muy fuerte. Entre las dos últimas variables, creencias de alivio y anticipadoras, la correlación es mucho más importante que en los dos casos anteriores (0,680). Como indica la tabla 3, el 46,2% de la varianza es común a las dos variables; evidenciándose entre estos dos tipos de creencias la correlación más fuerte entre las tres variables.

Tabla 3. Correlaciones entre los diferentes tipos de creencias acerca del abuso de sustancias

Creencia Adictiva	F	Sig.
Creencia permisiva-alivio	19.87	0.000(a)
Creencia anticipadora-permisiva	36.43	0.000(a)
Creencia anticipadora-alivio	75.69	0.000(a)

*Creencias y tiempo de abstinencia*

El tiempo de abstinencia voluntaria es casi nulo, casi todos los sujetos se mantuvieron abstinentes sólo un mes. No se encontraron diferencias con respecto al tiempo de abstinencia entre los grupos diagnósticos, es decir, podemos afirmar que no existe relación entre el tiempo de

abstinencia y el diagnóstico. Con respecto a las correlaciones entre las creencias adictivas y el tiempo de abstinencia, podemos apreciar en la Tabla 4, que tampoco se halló correlación. Así mismo, las pruebas de significancia o valor de probabilidad, indicaron que no existía correlación entre los tres tipos de creencia adictiva (permisiva, de alivio y anticipadora) y el tiempo de abstinencia (ver tabla 5).

Tabla 4. Correlaciones Creencias Adictivas y Tiempo de Abstinencia

Creencia	Creencia Anticipadora	Creencia de Alivio	Tiempo de Abstinencia
Creencia permisiva	0.541(**)	0.429(**)	0.006
Creencia Anticipadora		0.680(**)	0113
Creencia Alivio			0168

Tabla 5. Valores de significancia Creencias Adictivas y Tiempo de Abstinencia

	Coeficientes Estandarizados	
	t	Sig.
Model 1 (Constant)	12.226	0.000
Creencia anticipadora	0.260	0.795
Creencia de Alivio	1.244	0.217
Creencia permisiva	-0.740	0.461

## DISCUSIÓN

En primer lugar vale la pena resaltar, que la edad temprana de inicio del consumo encontrada entre los sujetos del estudio (entre los 15 y 20 años), apoya las observaciones referidas en otros estudios (Polo y cols, 2006; Sonntang, Wittchen, Hofler, Kessler y Stein, 2000; Wittchen, Stein y Kessler, 1999), acerca de que su valor predictivo del desarrollo de trastornos asociados con el abuso de sustancias y otros desórdenes mentales, lo que en esta investigación se verifica, y sigue poniendo en evidencia la necesidad de los programas precoces de prevención del consumo de SPA, a nivel de la población general.

Con base en la correlación positiva hallada entre los tres tipos de creencias adictivas o mantenedoras (v.g., entre las creencias de alivio y permisiva, aunque la relación no se presentó muy fuerte, se verificaba; de manera similar se encontraba la relación entre las creencias permisivas y las anticipadoras, mientras que la correlación más alta se dió entre las creencias de alivio y las anticipadoras), es decir, que la presencia de un tipo de creencia tiene repercusiones sobre las otras, lo cual sugiere que este vínculo cognitivo es muy fuerte y autorreforzante; y que es precisamente este vínculo el que mantiene la dependencia, porque conduce a la búsqueda incesante de la droga. Por lo demás, es un análisis consistente con lo postulado por Beck y cols. (1999).

Con todo, hay que destacar el hallazgo del predominio de las creencias de *alivio* en los tres grupos de farmacodependientes con diagnósticos duales, por el papel central que estas parecen cumplir en el mantenimiento de la conducta adictiva. Beck y cols. (1999), Ellis y cols. (1992), Abrahms y Ellis (1986), relacionan la presencia de este tipo de creencia con el hecho de evitar el craving y aliviar la angustia frente a la abstinencia del consumo; a su vez, su elevada presencia puede vincularse con la baja tolerancia a la frustración que pueden mostrar estos pacientes. Teniendo en cuenta que estas creencias se desarrollan cuando la persona comienza a confiar en la droga para contrarrestar sus sentimientos de angustia y que inducen al consumidor a creer que se estará mejor después del consumo, podemos suponer, entonces, que probablemente son las de las que más contribuyen a perpetuar el consumo, ya que prometen el acceso a un estado de tranquilidad que el adicto busca lograr para disminuir su estado de malestar, lo que en el periodo inmediato al consumo llega a verificarse en su estado emocional (aunque cada vez necesitando más altas y/o más frecuentes dosis de consumo), llegando a desarrollar la creencia derivada de que la droga es su única manera para, por lo menos en algo, contrarrestar sus sentimientos de angustia, que de otra manera, cree, no podría manejar.

Como se anotó, las creencias *anticipadoras*, fueron las segundas más frecuentes entre los distintos diagnósticos, como en general se espera conforme a la teoría. Sin embargo, es llamativo que entre los pacientes con esquizofrenia se presentaban en un mayor grado, mientras que las creencias *permisivas*, estaban menos presentes en ellos, a diferencia del grupo con TAB, donde estas últimas eran más frecuentes. Es posible que estos resultados estén ligados al hecho de que frecuentemente las creencias permisivas se asocian a la racionalización, el cual es un mecanismo cognitivo débil en la esquizofrenia, en la que comúnmente se presenta la irracionalidad o la racionalidad cognitiva de la incoherencia, no así entre los pacientes con TAB (Musiol y Rebuschi, 2007); así mismo, el pensamiento esquizofrénico se asocia la homonimia y la condensación (Kapsambelis, 2005), lo que podría relacionarse con una escasa racionalización personal sobre los beneficios del consumo.

Es importante analizar las puntuaciones significativamente elevadas para los diferentes tipos de creencias adictivas (permisivas, facilitadoras y de alivio) en los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia; nos recuerdan la tantas veces mencionada asociación entre esquizofrenia y adicción (Musiol y Rebuschi, 2007; Castilla y Ruiz, 1992; Ruiz, 1987), la cual presenta, dentro de la patología dual, las mayores dificultades diagnósticas y terapéuticas (Rubio, López, Alamo y Santodomingo, 2001). El diagnóstico se dificulta dado que el consumo de drogas puede generar síntomas que mimetizan la esquizofrenia. Además, la adicción repercute negativamente en la clínica y en el curso del trastorno: desencadena síntomas psicóticos floridos, dispara el curso de la enfermedad y empeora el pronóstico (Rubio y cols., 2001; Polo y Amar, 2006).

Por otra parte, vale considerar los resultados al respecto de las creencias nucleares, ya que las mismas parecen sustentar el sentido de indefensión e incontrolabilidad del craving; y en la



medida que son consideradas, teóricamente hablando, como las precursoras de las creencias sobre el consumo, son el telón de fondo, las creencias centrales, que predisponen una sensibilidad específica o vulnerabilidad al desarrollo de trastornos adictivos por consumo de SPA. Cuando aparecen algunas circunstancias, v.g.: "una discusión familiar", que son adecuadas para dichas ideas centrales, se activan las mismas ("no es posible para mi mostrarme competente", "de nada sirve tanto cambio", "no consumir produce angustia, desespero, desesperanza, rabia"); es en este momento cuando se activan las creencias adictivas: "debo quitarme esta rabia, uno no me hará daño".

En este sentido, el conjunto de estas ideas nucleares negativas se identificaron en niveles con relevancia clínica, p.e., la *creencia negativa del futuro*, en niveles altos en el grupo de esquizofrenia, y en niveles medios, en los grupos de farmacodependientes con trastorno afectivo bipolar y de psicosis inducida por sustancias. Vale destacar el predominio de las *creencias negativas sobre sí mismo* en el grupo con TAB, lo cual es consistente y esperable para este grupo, donde las creencias negativas sobre sí mismo pueden expresar tanto esquemas depresógenos de base, como creencias progresivamente reforzadas, producto de autoevaluaciones negativas recurrentes ante las propias dificultades vitales y el fracaso para detener el comportamiento compulsivo y dependiente de los fármacos. Estos resultados en el grupo con TAB, corroboran los resultados encontrados sobre los problemas de carácter en las poblaciones de farmacodependientes, y en particular, descritos en numerosos estudios sobre el TAB (Lam, Hayward, Watkins, Wright y Sham, 2005; Mitchell, Gin y Ball, 2004; Gómez, 2003; American Psychiatric Association, 2002; Becoña y Lorenzo, 2001), en el que, como en otros trastornos afectivos, son más frecuentes este tipo de creencias, en comparación con los otros diagnósticos abordados en este estudio.

Por último, ya que el tiempo de abstinencia voluntaria en la muestra fue prácticamente nula, y que no se encontraron diferencias con respecto al tiempo de abstinencia entre los grupos diagnósticos; es decir, que el tiempo mayor o menor de abstinencia del consumo, no parece depender del diagnóstico del sujeto, se impone la necesidad de seguir ahondando la investigación sobre la multiplicidad de factores y la complejidad de sus interacciones, que inciden en el mantenimiento de la abstinencia voluntaria, o inversamente, que reducen el tiempo y aumentan la probabilidad de recaídas en el consumo de SPA; máxime cuando en el presente estudio tampoco se halló correlación alguna entre ningún tipo de creencias adictivas y tiempo de abstinencia, contradiciendo el planteamiento apriori, que plantea que a mayor grado de creencias adictivas, menor tiempo de abstinencia, que aunque razonable, simplificador de la complejidad del fenómeno de la abstinencia. Estos resultados parecen indicar que, las creencias adictivas cumplen un papel central en el mantenimiento y recaídas en el consumo, y que su transformación podría contribuir a una mayor abstinencia voluntaria; sin embargo, no son una condición suficiente para el mantenimiento de la abstinencia voluntaria. Este es un asunto que otros estudios de carácter comparativo, multifactoriales, experimentales o correlacionales, estarán en mejor condición de indagar. Aquí, en esta línea de argumentación, podemos traer algunas observaciones sobre cómo

el farmacodependiente realiza una violación de la abstinencia, producto de un conjunto amplio de factores, que van desde condiciones individuales a condiciones del contexto social, y de condiciones fisiológicas, a otras psicológicas y psicosociales; entre éstas, se pueden mencionar, el no poseer estrategias de afrontamiento adecuadas, ni una conciencia suficiente del problema, la existencia de un ambiente interpersonal altamente estresante, así como la mayor probabilidad de retomar el consumo de SPA debido a las perturbaciones psicofisiológicas del síndrome de abstinencia, en particular, si no puede tener acceso al tratamiento biomédico de apoyo necesario, como es para la gran mayoría de adictos en nuestro social.

### CONCLUSIÓN

Los resultados del estudio que el tiempo de abstinencia voluntaria en la muestra estudiada no parece depender del diagnóstico del sujeto, ni que dependa principalmente de algún tipo de creencias adictivas que estos tengan. En razón de esto, las creencias adictivas parecen estar más asociadas con el mantenimiento del consumo y las recaídas, y en consecuencia, el mantenimiento de la abstinencia voluntaria podría depender más de un conjunto adicional de factores intrapersonales y contextuales. En consecuencia, este grupo de creencias deben ser cuestionadas de manera frontal en el tratamiento, más por el papel que tienen en el mantenimiento del consumo, confrontando el paciente con indicios de su propia experiencia que le indican que el alivio producido por el consumo es bastante espúreo, relativo y paradójico, porque éste no es ni duradero, y sí conlleva a renovar sus razones de malestar y sufrimiento. Complementariamente, el tratamiento debe contribuir a desarrollar realistas y efectivas creencias de control, así como la disminución de otros factores de riesgo de recaídas, y la promoción de otros factores adicionales de mantenimiento de la abstinencia voluntaria, sobre los cuales será necesario seguir profundizando la investigación.

Posteriores estudios deberían evaluar la presencia de *creencias de control* que permiten la autogestión del consumo habitual (que no se transforma en adicción) y que están asociadas con la remisión espontánea en pacientes adictos. La activación de dichas creencias de control puede efectuarse gracias a un descubrimiento guiado y una evaluación de las ventajas vs. las desventajas del consumo, sin embargo, es difícil acceder a estas creencias cuando las creencias adictivas están muy enraizadas.

### REFERENCIAS

- Abrahms, E. y Ellis, A. (1986). Teoría ABC de TRE. México: Pax.
- American Psychiatric Association. (2002). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (Revision). En *Am J Psychiatry*, 159, 4, 1-50.





- Beck, A., Wright, C., Newman, C. y Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A., (1976). *Cognitive therapies and emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. En: *Psicothema*, 13, 3, 511-522.
- Breslau, N., Kilbey, M. y Andresky, P. (1994). Nicotine dependence in young adults: prevalence in young adults, correlates and associated psychiatric disorders. En: *Addictions*, 89, 734-54.
- Castilla, C., Ruiz, J. (1992). Aspectos cognitivos de la esquizofrenia. En: *Psicothema*. 4, 2, 610-612.
- Ellis, A., McInerney, J., DiGiuseppe, R. y Yeager, R. (1992). *Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gomez, I. (2003). Estado de Arte del trastorno afectivo bipolar: factores psicosociales. En: *Colombia Informes Psicológicos*. Medellín: Universidad Pontificia Bolivariana, 5, 19 – 23.
- Gonzalez, J. (2003). *Salud familiar y drogadicción*. 2da edición. Barranquilla: Antillas.
- Kapsambelis, V. (2005). L'humour des patients schizophrènes. En : *Psychothérapie psychanalytique de groupe*, 44, 63-71.
- Krug, S. (1990). *Cuestionario de análisis clínico de la personalidad (CAQ)*. Madrid: TEA.
- Lam, D., Hayward, P., Watkins, E., Wright, K. y Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: cognitive therapy outcome after 2 years. En: *Am J Psychiatry*, 162, 2, 324-329.
- Marlatt, A. (1979). Cognitive-behavioral model of the relapse process. En: *Behavioral analysis and treatment of substance abuses*. NIDA Research Monograph 25. Maryland: National Institute on Drug Abuse, Division of Research.
- Ministerio de Protección Social. (2005). *Consulta nacional sobre la situación del país en materia del uso indebido de drogas. Problemática y alternativas*. Bogotá.
- Mitchell, P., Gin, S. y Ball, J. ( 2004). Major advances in bipolar disorder. En: *The medical journal of Australia*, 181, 4, 207-210.
- Musiol, M., Rebuschi, M. (2007). La rationalité de l'incohérence en conversation schizophrène. En : *psychologie Française*, 52, 2, 137-169.
- Polo, I. y Amar, J. (2006). Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual. En: *Revista Psicogente*, Barranquilla: Universidad Simón Bolívar. 9, 15, 119-134.
- Restrepo, M. (2007). *Consumo de sustancias psicoactivas: Estudios sobre personalidad, vulnerabilidad, sexualidad y criminalidad*. Barranquilla: Universidad Simón Bolívar.
- Rubio, G., López, M., Álamo, C. y Santodomingo, J. (2001). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Panamericana.
- Ruiz, J. (1987). *Esquizofrenia: Un enfoque cognitivo*. Madrid: Alianza.
- Siacca, K. (2007). Dual Diagnosis treatment and motivational interviewing for Co-occurring Disorders. En: *National Council Magazine*, 2, 22-23.



Sonntang, H., Wittchen. H., Hofler, M., Kessler, R. y Stein, M., (2000) Are social fears and DSMIV social anxiety disorders associated with smoking and nicotine dependance in adolecents and young adults? En: *Euro Psychiatry*, 15, 67-74.

Wittchen, H., Stein, M. y Kessler, R. (1999). Social fears and social phobia in a communitiy sample of adolescents and young adults; prevalence, risk factors and co-morbidity. En: *Psychol Med*, 29, 309-323.