

Sesgos cognitivos y craving.

Vigo, 3 de octubre de 2017.

Dr. José Miguel Martínez González.

Especialista en Psicología Clínica.

Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.

Área de Investigación. Observatorio Andaluz sobre Drogas y
Adicciones.

No hay un solo tratamiento que sea apropiado para todas las personas.

Debe abarcar las múltiples necesidades, no solamente su uso de drogas.

El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.

Debe ser continuamente evaluado para adecuarse a las necesidades.

Es esencial que continúe durante un período adecuado de tiempo.

La psicoterapia es un componente crítico.

Para muchos los medicamentos son importantes.

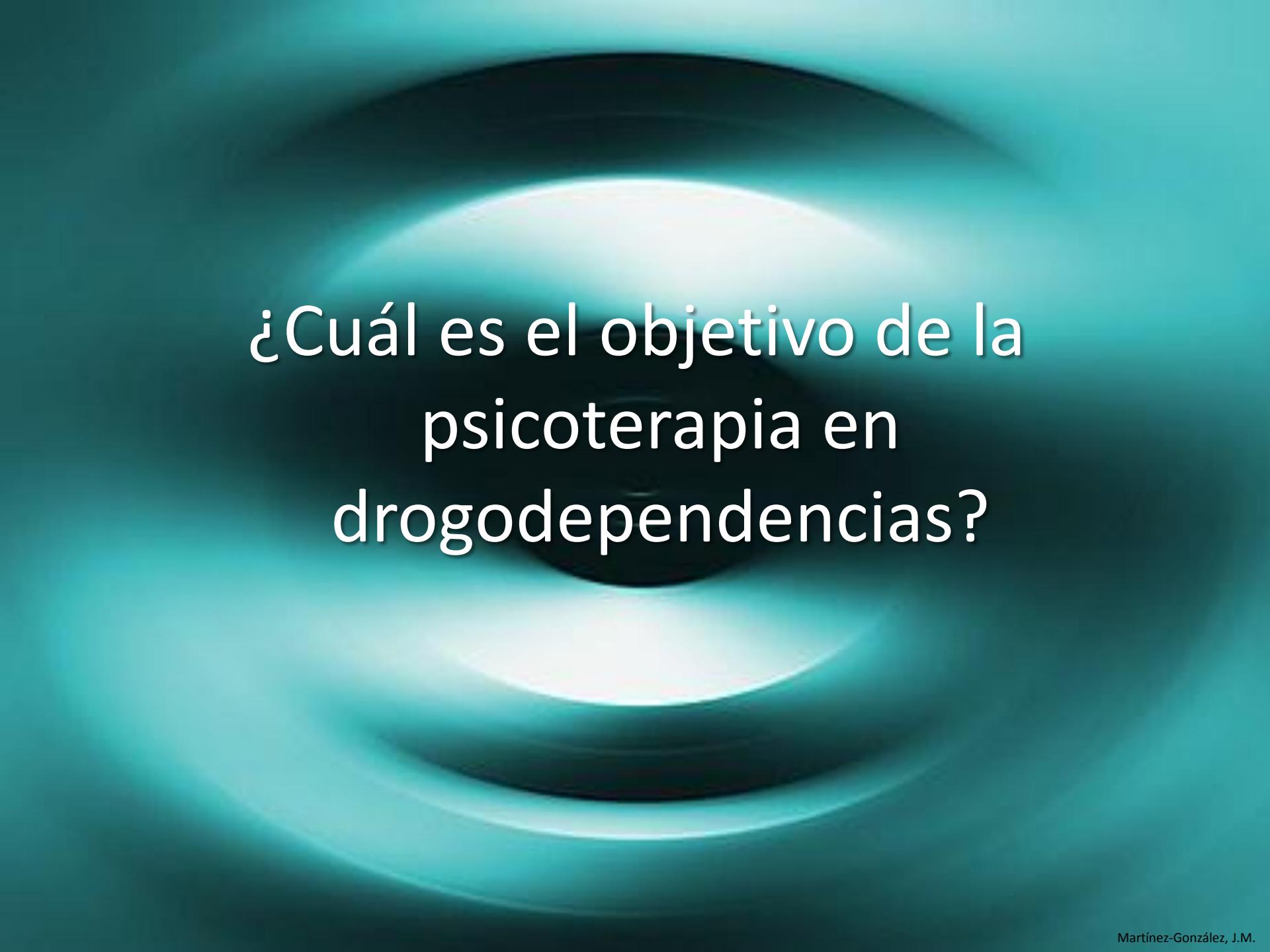
En PD está indicado el **T Integral**.

La **desintoxicación** médica es solamente la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí misma hace poco para cambiar el uso de drogas a largo plazo.

El tratamiento **no tiene que ser voluntario** para ser efectivo.

El posible uso de drogas durante el tratamiento debe ser constantemente supervisado.

Un proceso a largo plazo y frecuentemente **requiere múltiples rondas** de tratamientos.



¿Cuál es el objetivo de la
psicoterapia en
drogodependencias?

Cuestión de partida.

¿Porqué algunos pacientes continúan presentando craving tras varios meses de abstinencia y otros no al poco tiempo de dejar de consumir?



Variables centrales de la intervención en las primeras fases del tratamiento.





Review

Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models

Marilyn D. Skinner^{a,1,*}, Henri-Jean Aubin^{b,1}

^a Centre de Traitement des Addictions, Centre Hospitalier Emile Roux, 1 avenue de Verdun, 94456 Limeil-Brévannes, France

^b Centre Hospitalier Universitaire Paul Brousse, 12 avenue Paul Vaillant Couturier, 94800 Villejuif, France

ARTICLE INFO

Article history:

Received 28 August 2009

Received in revised form 25 November 2009

Accepted 26 November 2009

Keywords:

Craving

Urge

Model

Addiction

Alcohol

Drug

ABSTRACT

We examine in this paper the unfolding of craving concepts within 18 models that span roughly 60 years (1948–2009). The amassed evidence suggests that craving is an indispensable construct, useful as a research area because it has continued to destabilize patients seeking treatment for substances. The models fall into four categories: the conditioning-based models, the cognitive models, the psychobiological models, and the motivation models. In the conditioning models, craving is assumed to be an automatic, unconscious reaction to a stimulus. In the cognitive models, craving arises from the operation of information processing systems. In the psychobiological models, craving can be explained at least in part by biological factors with an emphasis on motivational components. Finally, in the motivation models, craving is viewed as a component of a larger decision-making framework. It is well accepted that no single model explains craving completely, suggesting that a solid understanding of the phenomenon will only occur with consideration from multiple angles. A reformulated definition of craving is proposed.

© 2009 Elsevier Ltd. All rights reserved.

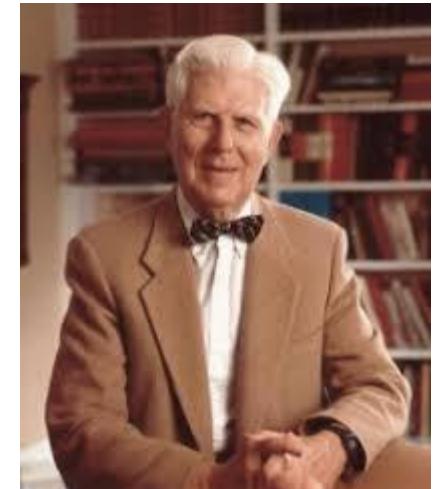
Modelos teóricos que han tratado de explicar el craving.

(Skinner y Aubin, 2010)

- **modelos de condicionamiento**, que consideran que el *craving* es *una respuesta condicionada* que se genera de una manera relativamente automática en respuesta al contacto con la droga de consumo o la exposición a estímulos previamente asociados con la misma.
- **Los modelos cognitivos**, que consideran que el *craving* es *producto* de alteraciones en los sistemas de procesamiento de la información.
- **los modelos psicobiológicos**, que consideran que el *craving* es *resultado de neuroadaptaciones en los sistemas neuroquímicos* que regulan el procesamiento de recompensas (principalmente el sistema dopaminérgico).
- **los modelos motivacionales**, que consideran que el *craving* es *un componente* de activación que contribuye a sesgar los procesos de toma de decisiones hacia el estímulo deseado.

Modelo bio-psico-social

Modelo cognitivo.



- El modelo cognitivo de drogodependencias postula que **existe una relación estrecha entre los pensamientos y la adicción** en sí misma (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999). El *craving* como manifestación de la existencia de pensamientos y creencias disfuncionales inherentes al proceso adictivo.
- El modelo se centra en la **modificación de los pensamientos adictivos y disfuncionales vinculados al consumo de drogas**, a través de técnicas cognitivas que persiguen modificar las creencias y distorsiones cognitivas que median en los procesos de recuperación de la drogadicción (Graña, 1994)

- La creencia de que **la abstinencia del consumo de drogas se asocia irremediablemente a un intenso malestar**, es lo que hace que los drogodependientes permanezcan en la mayoría de las ocasiones varios años consumiendo antes de iniciar un tratamiento.
- **La fuerza de voluntad** consiste en aplicar una serie de técnicas que se pueden aprender y que le permitirán afrontar con éxito el deseo de consumo.

- Mientras que el ***craving*** se conceptualiza como la sensación subjetiva de deseo de conseguir el estado psicológico inducido por las drogas, **el impulso** es el determinante conductual de la búsqueda y consumo de la sustancia (Sánchez-Hervas, Molina, del Olmo, Tomas y Morales, 2001).
- Existen **dos elementos interviniéntes en la conducta de consumo de drogas**: por un lado es una respuesta precedida del deseo y por otro un componente conductual que aparece después. Ambos no están completamente unidos porque no se suceden en el tiempo, existiendo por tanto la posibilidad de actuar sobre ellos para evitar el consumo.

- Una parte importante de la terapia cognitiva persigue que el paciente sea consciente de que entre el deseo de consumo y el consumo de drogas transcurre un periodo de tiempo durante el cual el paciente decide en gran medida en función de sus creencias sobre el *craving*, por lo que la intervención pretende modificar y eliminar las creencias de los pacientes a cerca de esta relación. **El tratamiento cognitivo por tanto**, “*consiste en ir socavando los impulsos mediante la debilitación de las creencias que los fortalecen y, al mismo tiempo, demostrar al paciente varias formas de controlar y modificar su conducta*” (Beck et al., 1999, p. 69).

- **Los contenidos de las creencias nucleares** relacionadas con la adicción en pacientes drogodependientes hacen referencia tanto a la funcionalidad del consumo –pensamientos permisivos hacia el mismo - (Nuewmman y Ratto, 1999), **como a otras atribuciones sobre la propia capacidad de recuperación** o sobre la utilidad del tratamiento y del soporte recibido.

- **Cuando se trabaja con pensamientos**, debe tenerse en cuenta que bajo ellos existen **significados más centrales**, no siempre accesibles fácilmente para la persona y con capacidad de matizar nuestro modo de interpretar la realidad que nos rodea.
- **La identificación de estos pensamientos** que están a la base conlleva cierto grado de dificultad porque los pensamientos irracionales suelen considerarse normales.

Expectativas - craving

- **Las bajas expectativas de autoeficacia y de resultados** tienen gran impacto sobre la aparición del *craving* y, *consecuentemente*, sobre la efectividad del tratamiento (DiClemente, Fairhurst y Piotrowski, 1995).
- **Relación craving – expectativas de autoeficacia.** Los pacientes tienen expectativas negativas sobre el éxito del tratamiento antes de comenzar cuando creen que el éxito depende casi exclusivamente de su capacidad para soportar el malestar derivado del esfuerzo de no sucumbir al impulso de consumir (Tiffany, 1990).



Componentes esenciales del programa de terapia cognitiva de Beck.

A D I C C I O N E S

Componentes esenciales de la intervención (1)

- *Establecer el rapport con el paciente.*
- Se trata de **cuidar todos los aspectos** que afectan a la relación terapéutica. En este caso la relación terapéutica se desarrolla en grupo.
- Los pacientes deben **conocer los normas** esenciales para su participación y causas por las que se les puede excluir.
- Es esencial que los pacientes **inician la experiencia de grupo**, se les da la oportunidad de intervenir asumiendo que pueden no hacerlo con total libertad.
- Se les sugiere **que acudan** al menos a cuatro sesiones antes de decidir si quieren o no continuar.

Componentes esenciales de la intervención (2)

- ***Educar a los pacientes en el modelo cognitivo:***

- Que el paciente **comprenda la relación causal** entre cogniciones, afecto, conducta, *craving* y consumo de drogas;
- **Reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos** de consumir drogas mediante la refutación de las creencias subyacentes;
- Enseñar al paciente **técnicas específicas** a fin de controlar y manejar sus impulsos (ej. entrenamiento en autocontrol);
- Ayudar al paciente a encontrar formas más satisfactorias de **afrontar los problemas** reales y sentimientos desagradables sin tener que volver a consumir alcohol (ej. entrenar en estrategias de resolución de conflictos);
- Que el paciente descubra la presencia e **impacto de las creencias básicas**, automáticas e instrumentales relacionadas con el consumo de drogas y a detectarlas;
- El paciente debe comprender que **la fuerza de voluntad** no es simplemente el mantenimiento pasivo del malestar cuando se desea consumir, si no que es un proceso activo para aplicar técnicas de autoayuda.

Componentes esenciales de la intervención (3)

- ***Entrenamiento en estrategias cognitivas y conductuales.***
- ***Establecer metas realistas y específicas.***
- ***El manejo del craving y los impulsos de consumo:***
 - **Evaluar la percepción** idiosincrásica del *craving*. Se trata de que el paciente contraste sus predicciones en relación a la intensidad y duración del *craving*;
 - Enseñarle al paciente a que comprenda los distintos **factores que contribuyen al craving** (ej. creencias básicas, creencias sobre el propio craving, la exposición a estímulos de alto riesgo);
 - Comprender mejor la **experiencia subjetiva del paciente**;
 - Centrarse en la importancia de **manejar los impulsos y el craving**;
 - **Describirle técnicas** que puedan ayudar al paciente a afrontar mejor sus impulsos y su *craving* (ej. técnicas de distracción, la utilización de tarjetas, técnicas de imaginación o elaboración de respuestas racionales a los pensamientos automáticos relacionados con los impulsos).

Componentes esenciales de la intervención (4)

- ***Prestar atención a las creencias por su enorme influencia en los sentimientos y conductas:***
 - Discriminar entre creencias acerca del alcohol, lo que espera del alcohol, creencias que llevan a darse permiso para consumir;
 - Discriminar entre las creencias o también denominadas permisivas; anticipatorias, las orientadas hacia el alivio y las facilitadoras
 - Evaluar, examinar y probar la veracidad de las creencias nucleares adictivas con el paciente con el objetivo de poder reemplazarlas por creencias de control;
 - Conocer “la función” del consumo de alcohol indagando en la cronología del abuso.

Componentes esenciales de la intervención (5)

- **Utilizar estrategias para la prevención de recaídas.**

- El paciente debe **conocer la conexión entre las creencias** básicas adictivas, las creencias sobre el *craving* y el consumo analizando la recaída desde el modelo cognitivo;
 - **Técnicas para prevenir y controlar la recaída:** identificación de los estímulos de alto riesgo; estrategias para afrontar estímulos de alto riesgo, análisis de las ventajas y desventajas; desarrollar redes de apoyo social;
 - Estrategias cognitivas para **afrontar los estímulos de alto riesgo** (ej. lista de actividades distractoras que puede utilizar cuando se encuentra ante los estímulos de alto riesgo);
 - Análisis de **ventajas y desventajas:** pedirle al paciente datos objetivos. Se contempla la posibilidad de utilizar interdictores durante los primeros meses de tratamiento.

Componentes esenciales de la intervención (6)

- ***Manejo de los problemas vitales generales.***

Problemas matrimoniales y familiares, económicos, estresores cotidianos (trabajo con mucha presión), legales, médicos.

- ***Intervención ante la crisis:*** en la medida en que los pacientes afronten las crisis con éxito sin tomar drogas, **aumentará su autoconfianza** y habilidades futuras de afrontamiento (ej., identificación de signos de alarma).

- ***Atención a otros trastornos del Eje I y/o II concomitantes.***

- Trastornos clínicos. Intervención con estrategias psicológicas y psicofarmacología.
 - Trastornos de la personalidad.

- ***Intervención con familiares para el seguimiento del caso.*** El objetivo de estas sesiones fue básicamente evaluar la evolución del paciente a lo largo del tratamiento en grupo, revisando la consecución de objetivos de cambio de los pacientes, logro de metas, toma de medicación, mantenimiento de la abstinencia y mejoras en la calidad de vida autopercebida.

Intervención cognitivo - conductual



¿Qué es un sesgo?

(Vázquez, 2003)

“Se trata de tendencias más o menos sistemáticas, repetidas en contextos y situaciones diferentes a responder de un modo determinado.”(p. 36)

El concepto hace referencia al ajuste con alguna realidad o con algún modo de funcionamiento ideal o normativo.

LAS CREENCIAS NUCLEARES

Las creencias subyacentes de una persona influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para esa situación.

-
- ▶ **Las creencias nucleares** corresponden a un conocimiento tácito de la realidad, por lo que la pretensión de la terapia es enseñar al paciente a que acceda a estas creencias reflexionando sobre el significado más profundo de los pensamientos automáticos, que como se sabe son más accesibles. Este procedimiento abre la posibilidad de que la persona conozca los significados más simbólicos o subyacentes de sus pensamientos, porque sobre estas creencias nucleares se apoyan el resto de pensamientos.
-

LAS CREENCIAS NUCLEARES

- ▶ Las creencias centrales son ideas tan fundamentales y profundas que no se suelen expresar.
- ▶ Son consideradas como verdades absolutas creyendo que es así como son las cosas.
- ▶ Constituyen el nivel más central de la creencia.
- ▶ Son globales, rígidas y se globalizan en exceso, a diferencia de las creencias automáticas que son específicas para cada situación.



Idea básica de la terapia cognitiva.

“Las creencias básicas en relación con las ventajas o inconveniente relativos de tomar drogas no han cambiado sustancialmente”.

“ Puede haber adquirido una serie de estrategias para controlar la conducta de tomar drogas, pero no ha modificado significativamente sus actitudes, que son las que alimentan el craving”.

Idea básica de la terapia cognitiva. AYUDAR AL PACIENTE A:

- Reducir la intensidad y la frecuencia de los impulsos de consumir droga mediante la refutación de las creencias subyacentes.

- Enseñar al paciente técnicas a fin de controlar y manejar sus impulsos.
- Reducir la presión e incrementar el control.

Finalidad de las técnicas cognitivas.

Las técnicas cognitivas permiten al paciente descubrir el mecanismo de sus autoafirmaciones, enseñarles o distanciarse de la certeza con la que mantienen una determinada creencia y llevar a cabo una evaluación sistemática de la exactitud de las creencias y distorsiones cognitivas que mantienen en relación al consumo de drogas y con el estilo de vida.

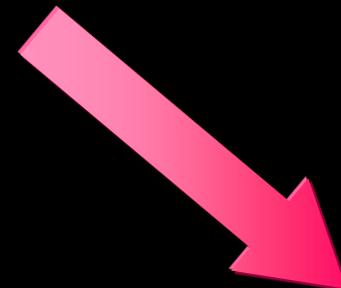
Métodos específicos para tratar los sistemas de creencias problemáticas de los pacientes drogodependientes.

1. **Evaluar creencias.**
2. **Orientar al paciente hacia el modelo de terapia cognitivo – conductual.**
3. **Examinar y probar las creencias adictivas.**
4. **Desarrollar la activación de creencias de control.**
5. **Asignar actividades entre sesiones para fomentar las creencias.**



situación

emoción

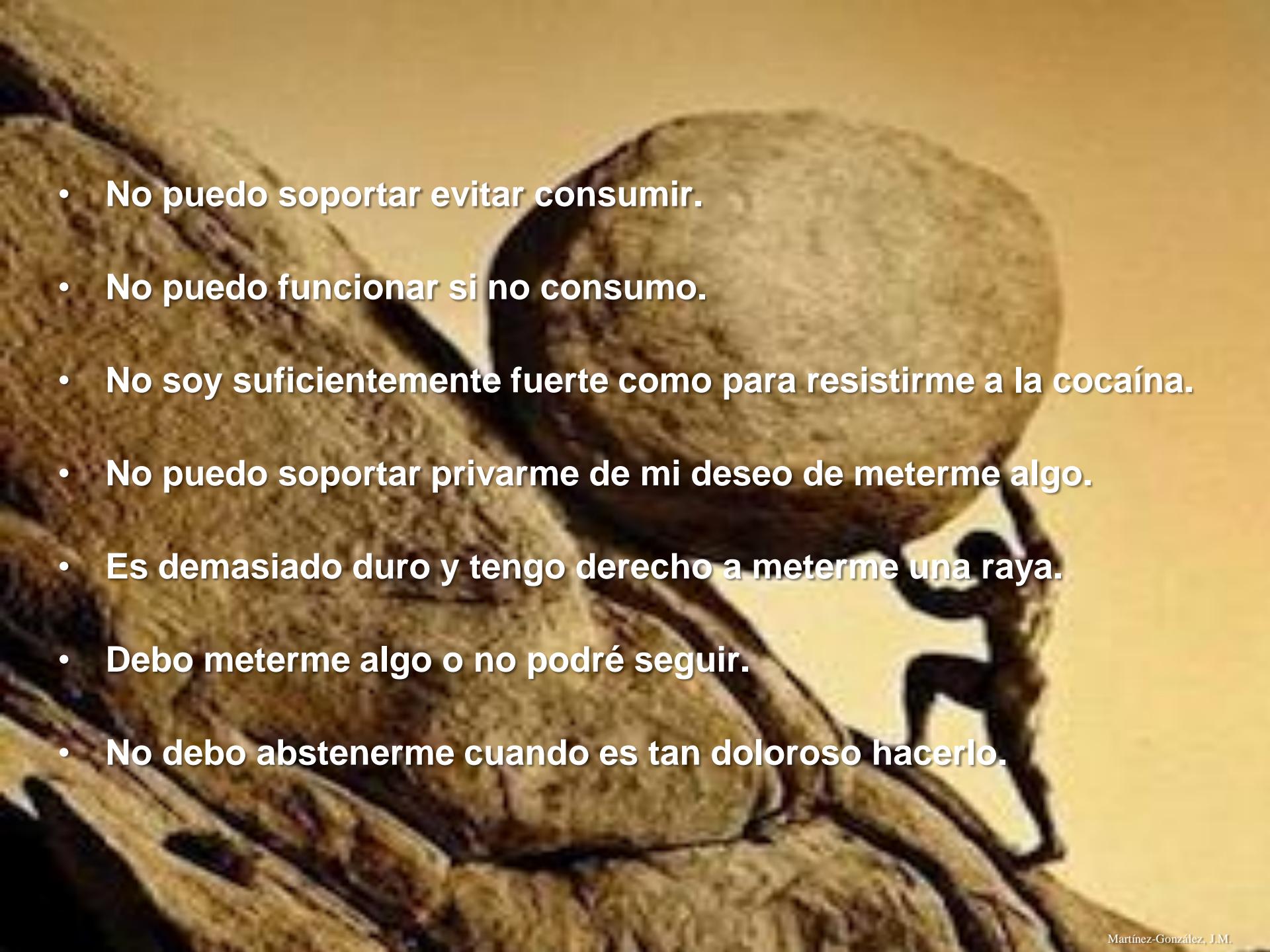


CREENCIAS AUTOMÁTICAS



CREENCIAS NUCLEARES



- 
- **No puedo soportar evitar consumir.**
 - **No puedo funcionar si no consumo.**
 - **No soy suficientemente fuerte como para resistirme a la cocaína.**
 - **No puedo soportar privarme de mi deseo de meterme algo.**
 - **Es demasiado duro y tengo derecho a meterme una raya.**
 - **Debo meterme algo o no podré seguir.**
 - **No debo abstenerme cuando es tan doloroso hacerlo.**

La progresión de las creencias a lo largo del tratamiento.

Todo el mundo consume.

Algunos no consumen.

No veo a nadie que consuma.



José Miguel **Martínez**
Antonio **Verdejo**

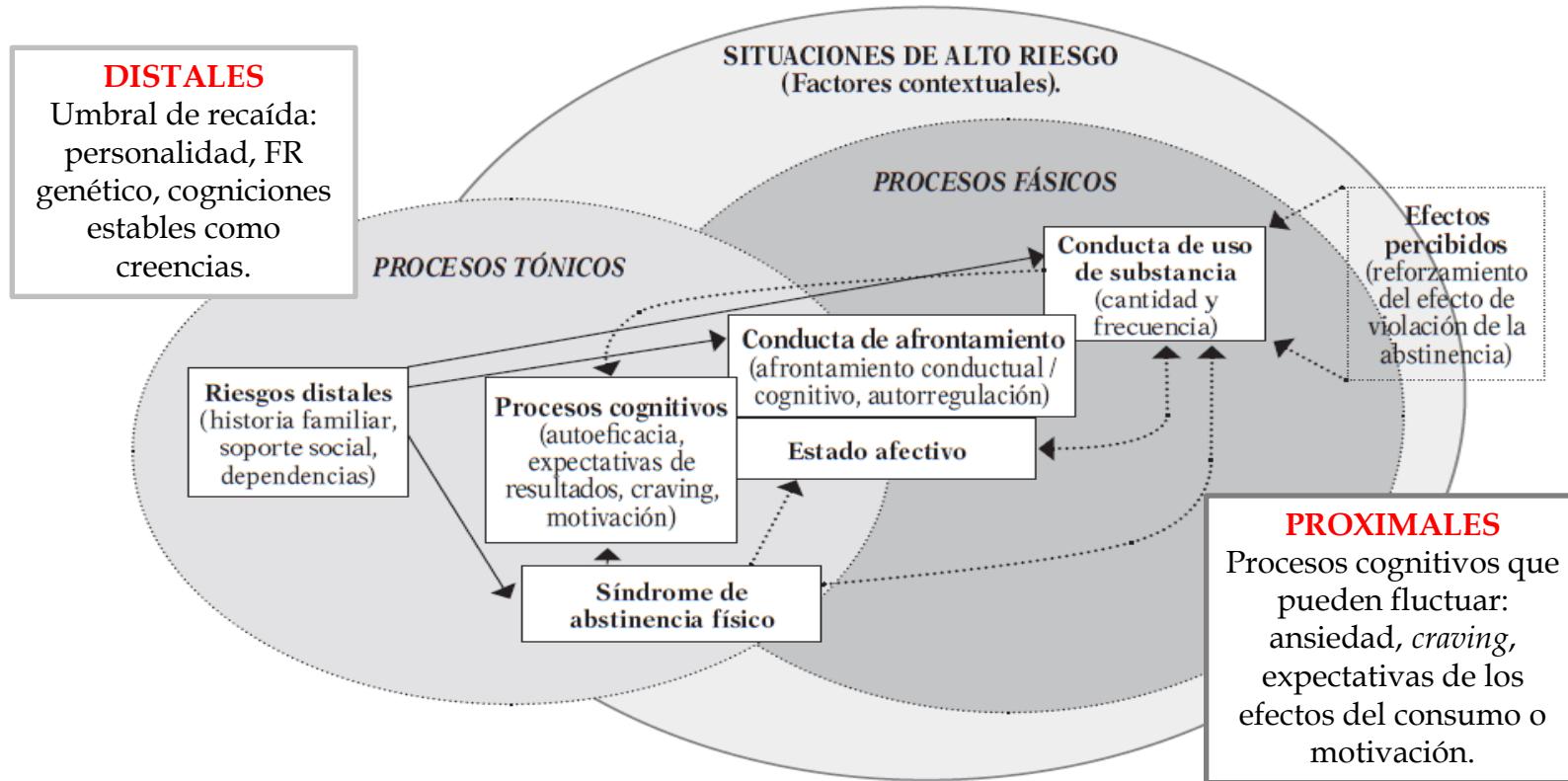
DROGODEPENDIENTES

con trastorno de la personalidad

Guía de intervenciones psicológicas



Figura 1.
Modelo cognitivo-conductual de recaída revisado.
Tomado de Hendershot, Witkiewitz, Gerge y Marlatt (2011).



Técnicas para detectar creencias nucleares.

(Carmelo Vázquez, 2003).

- ▶ Inferencias de reglas generales.
- ▶ Análisis de contenidos de reglas y normas.
- ▶ Análisis directo de las verbalizaciones.
- ▶ Detección de ideas eslogan y refranes.
- ▶ Técnicas de flecha descendente.
- ▶ Inducción y cuestionamiento de imágenes.
- ▶ Búsqueda de valores.
- ▶ Exploración de historias de vida.
- ▶ Lista de sucesos vitales personalmente significativos.
- ▶ El empleo de diarios.

Técnicas para modificar creencias nucleares.

(Carmelo Vázquez, 2003).

- Suma de ventajas y desventajas de mantener la creencias (*a corto y largo plazo*).
- Examinar la evidencia de la regla.
- Retar cada argumento en el ejercicio de la flecha descendente.
- Cuestionar la validez de los condicionales.
- Retar criterios perfeccionistas.
- Retar la idealización de pruebas o circunstancias.
- Adoptar puntos de vista diferentes.
- Activación de recursos sobre el origen.
- Métodos de imaginación.
- La hoja de creencias nucleares (*los pensamientos no tienen porqué ser ciertos aunque los sienta como tal*).

Tabla 4. Descripción de algunos de los sesgos cognitivos más frecuentes en drogodependientes.

Adaptado de Vázquez (2003).

Tipo de sesgo	Definición	Ejemplo.
Abstracción selectiva	Fijarse sólo en detalles, sacándolos de contexto, ignorando otras características, incluso más llamativas de la situación, e interpretando la experiencia total en función de este fragmento aislado.	<p><i>“Cuando hablo con un profesional de lo que me pasa termino enfadado y con ganas de consumir”.</i></p> <p><i>“Creo que estaba bien hasta que discutí con mi pareja y pensé que podía perderla, decidí consumir drogas otra vez”.</i></p>
Adivinar el futuro	Hacer continuamente predicciones negativas sobre el futuro.	<p><i>“Con independencia de lo que consiga en el tratamiento, mi familia nunca llegará a confiar en mí”.</i></p> <p><i>“Creo que tendré que vivir siempre con este malestar al no poder beber como todo el mundo”.</i></p> <p><i>“Si voy a una fiesta y no consumo, mis amigos y conocidos creerán que estoy muy enfermo y no querrán relacionarse conmigo”.</i></p>
Apelar a la ignorancia	Asumir que si uno no comprende lo que sucede nadie puede hacerlo.	<p><i>“La verdad es que no conozco a nadie que haya dejado definitivamente de consumir coca, de modo que no creo que la abstinencia total sea posible”.</i></p> <p><i>“En ocasiones las recaída no tienen explicación”.</i></p>
Atención selectiva:	Fijarse sólo en detalles aislados sin tener en cuenta el contexto global, más complejo, de la situación.	<p><i>“Cuando trato de dejar de consumir parece que sólo me encuentro en la calle con consumidores”.</i></p> <p><i>“Creo que deberían reconocer el esfuerzo que hago para dejar las drogas”.</i></p>
Catastrofización – exageración	Dar una importancia desmesurada a las cosas negativas (reales o no) que suceden o a sus consecuencias.	<p><i>“No tiene sentido que siga luchando después de haber recaído una vez más”.</i></p> <p><i>“Hoy quería dar una vuelta pero no conozco a nadie que no se meta algo, creo que es imposible relacionarse con personas que no consuman ninguna droga”.</i></p>
Control irreal.	Creer que la vida de uno está completamente determinada por fuerzas externas o internas (por ejemplo, los genes, el pasado o la “personalidad”).	<p><i>“Creo que podría tomar un poco de coca sin recaer, sobre todo si te la metes con determinado tipo de personas y a determinadas horas”.</i></p> <p><i>“Cuando se hereda el problema de alcoholismo poco puedes hacer para evitarlo. Mira mi caso”.</i></p> <p><i>“Creo que es verdad eso que dicen de que esto de la adicción está determinado por los genes”.</i></p>
Confundir probabilidades con posibilidades	Si un suceso puede ocurrir, entonces es probable que suceda.	<p><i>“Está claro que podría volver a verme con mis amigos sin terminar consumido, ayer estuve con ellos un rato y aunque ellos consumieron yo no lo hice”.</i></p> <p><i>“Ahora que llevo más de 4 meses abstinentemente creo que podría consumir un poco de alcohol sin terminar recayendo”.</i></p> <p><i>“Si consumo sólo los fines de semana creo que podría controlarlo”.</i></p>

Tabla 4. Descripción de algunos de los sesgos cognitivos más frecuentes en drogodependientes.
Adaptado de Vázquez (2003).

Etiquetación.	Utilizar términos inexactos para calificar conductas propias o ajenas.	<i>“Simplemente soy un vicioso”.</i> <i>“La gente te rechaza si has tenido un problema con las drogas”.</i> Soy un alcohólico
Imperativos - deberías	Sentir que uno (o los demás) está obligado a hacer cosas.	<i>“No debería tener ganas de beber”.</i> <i>“No debería sentirme tan mal si voy a una fiesta en la que otros toman alcohol”.</i> <i>“Debería sentirme más seguro de mí mismo”.</i>
Inferencias arbitrarias	Extraer conclusiones partiendo de premisas falsas, contrarias a la evidencia o insuficientes.	<i>“Si no soy capaz de dejar de consumir con la cantidad de medicación que me han prescrito no creo que pueda superar mi adicción”.</i> <i>“Si a los tres meses de dejar de consumir no han desaparecido las ganas de consumir lo tienes muy negro”.</i>
Interpretación del pensamiento	Anticipar reacciones negativas de los demás sin una base absolutamente firme.	<i>“Creo que molesto, porque saben que estoy en tratamiento en un centro de drogodependencia y seguramente no quieren tener problemas con personas como yo”.</i> <i>“Si les explico que estoy en tratamiento pensarán que estoy muy mal para haber ido a un centro así”.</i> <i>“Le he dicho que no quiero beber y está pensando que tengo alguna enfermedad grave para no poder beber nada”.</i>
Maximización de lo negativo	Otorgar una excesiva importancia o valor a cosas negativas.	<i>“Ayer fui tan estúpido que me tomé una cerveza, creo que no tengo solución”.</i> <i>“Aunque se que debo distanciarme de los consumidores ayer no pude dejar de decirle adiós a un conocido. Creo que nunca conseguiré romper con ellos”.</i> <i>“En lugar de decir que tenía ganas de consumir me callé y me fui a dar un paseo.”</i>
Minimización de lo positivo. Memoria selectiva	Restar importancia a las cosas buenas, aunque sean mínimas, que le suceden a uno. Recuerdos selectivos de sucesos negativos o ansiógenos.	<i>“En muy pocas ocasiones he podido dejar de consumir a pesar de tener muchas ganas de conseguirlo”.</i> <i>“Aunque llevo meses sin consumir creo que no es normal que ahora tenga ganas de consumir”.</i>

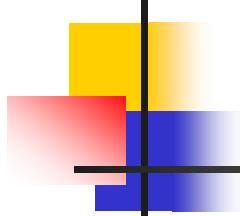
Tabla 4. Descripción de algunos de los sesgos cognitivos más frecuentes en drogodependientes.

Adaptado de Vázquez (2003).

Pensamiento dicotómico. Polarizaciones	Tendencia a calificar las experiencias en términos de “todo” “nada” “siempre” “nunca”.	“Me doy cuenta que siempre meto la pata en el tratamiento”. “Nunca conseguiré vivir sin tener ganas de consumir drogas”. “Todo lo que hago antes o después termina en recaída”. “Nada de lo que intento funciona para mantenerme abstinentes”.
Pensamiento estereotipado	Usar lugares comunes, tópicos o frases estereotipadas para juzgar cosas importantes.	“El mejor psicólogo es uno mismo”. “Si no has consumido drogas nunca puedes entender a un drogodependiente”.
Perfeccionismo	Establecer un criterio muy estricto o elevado para el propio comportamiento o el de los demás y usarlo como la medida normal de todas las cosas.	“Si realmente quieres dejar las drogas no recaes” “Si lo haces bien tienes que encontrar trabajo” “Mi pareja debería confiar ya en mí, teniendo en cuenta que llevo algunas semanas sin consumir”
Personalización	Tendencia a relacionar cosas ajenas, exteriores o aleatorias con uno mismo, implicándose de un modo excesivo o inadecuado.	“Cuando llego empiezan a pedir bebidas con alcohol”. “Esto lo dice mi mujer para que no se me ocurra ir con mis amigos”. “Seguramente nos ha dicho esto el jefe porque sabe que soy drogodependiente”.
Razonamiento emocional	Creer que las cosas son así porque uno las siente de ese modo.	“No soy capaz de afrontar el deseo de consumir alcohol”. “No soy capaz de usar las técnicas que me han enseñado para no consumir cuando tengo ganas de hacerlo”.
Sobregeneralización.	Tendencia a extraer una regla o una conclusión generales sobre la base de incidentes aislados, aplicando la regla obtenida de situaciones relativamente distantes de la original.	“Si se te mete en la cabeza consumir no hay nada que te pare” “Si te ofrecen o te enseñan la droga no es posible negarse”.

ANALISIS DE LA EVOLUCIÓN





“Craving”

“Es importante ayudar a los pacientes a afrontar los craving enseñándoles a probar sus predicciones idiosincráticas acerca de la duración y la intensidad del fenómeno, así como la habilidad del paciente para controlarlo”

Beck, 1993

Conceptualización de craving para el paciente.

¿Has tenido craving en otras situaciones y no has llegado a consumir?

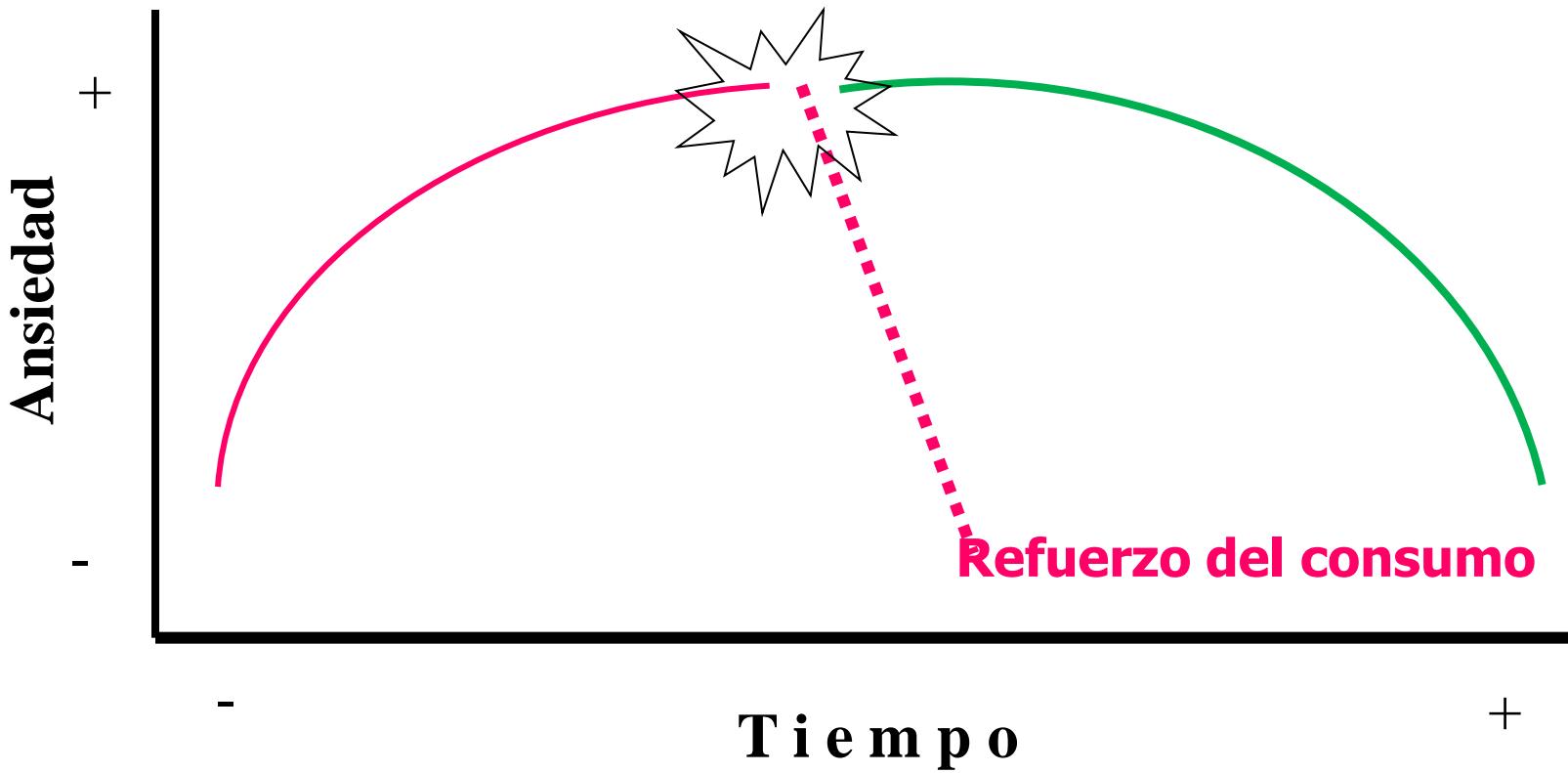
Expectativas de autoeficacia.

Deseo de consumo = Consumir

FUERZA DE VOLUNTAD:

PROCESO ACTIVO PARA APLICAR TÉCNICAS DE AUTOAYUDA, NO SOLAMENTE MANTENER PASIVAMENTE EL MALESTAR

Curva de ansiedad - craving.



Creencias sobre el craving

- “El craving está totalmente fuera de control”.
- “El craving te pude volver loco”.
- “Siempre tengo craving de cocaína”.
- “El craving me pone tan nervioso que no lo puedo soportar”.
- “Como tendré craving el resto de mi vida da lo mismo que empiece de nuevo a tomar cocaína”.
- “Si el craving se hace demasiado intenso, la única forma de afrontarlo es con la cocaína”.
- “No puedo soportar las sensaciones de pánico cuando tengo el craving de cocaína”.
- “El craving me da miedo”.

¿Qué hace que un paciente abstinentes y protegido vuelva a identificarse con creencias nucleares relacionadas con la adicción?

- **Exposición mantenida a estímulos condicionados (excluimos alcohol).**
- **Convivencia con otros consumidores.**
- **Experiencias traumáticas.**
- **Consumo de alcohol.**
- **Estado emocional positivo (la euforia).**
- **El autoengaño.**

FACTORES DE RIESGO PARA GENERAR CRAVING.

||| ¿Porqué le cuesta al paciente
asumir la necesidad de no
tomar alcohol.



“Tomar alcohol es normal”
“Todo el mundo bebe”
***“Si no me tomo una copa no me lo
paso igual de bien”***

Consumo de
alcohol.



Craving

Creencias básicas adictivas y *craving*

Basic addictive beliefs and craving

JOSÉ MIGUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ*;
ANTONIO VERDEJO GARCÍA**

* Centro Provincial de Drogodependencias de Granada;
** Universidad de Granada.

Enviar correspondencia a:
José Miguel Martínez González.
Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.
Hospital de San Juan de Dios.
C/ San Juan de Dios. 18001 Granada.
Correo e.: jmmgonz@dipgra.es Tel.: 958202101

recibido: Marzo 2010
aceptado: Noviembre 2010

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio fue investigar la capacidad predictiva de las creencias básicas adictivas y las creencias sobre el *craving* sobre el deseo de consumo de drogas desde el modelo cognitivo de adicción. Asimismo, se examinó de manera específica la influencia de la duración de la abstinencia sobre el grado con el que se identifican los pacientes con las creencias y la intensidad del *craving*.

Metodología: Se utilizaron tres cuestionarios para conocer el nivel de *craving* así como el grado con el que se identifican las personas con creencias básicas adictivas y creencias sobre el *craving*. La muestra la componen 130 drogodependientes de diferentes sustancias, distinta evolución de la drogadicción, tiempo de abstinencia y género.

Resultados: Las creencias básicas adictivas, junto con variables clínicas como la sustancia principal de consumo y la duración de la abstinencia, predicen significativamente la intensidad del *craving* percibido por los pacientes. La intensidad del *craving*, así como el grado con el que se identifican las personas con las creencias básicas adictivas y creencias sobre el *craving* difieren significativamente en función del tiempo de abstinencia, porque se identifican más con estas creencias los pacientes que llevan menos tiempo abstinentes. Las creencias adictivas tienen capacidad para predecir no sólo el nivel de *craving* sino también el nivel con el que los pacientes se identifican con las creencias sobre el *craving*.

Conclusiones: Las creencias básicas adictivas constituyen el mejor predictor de la intensidad del *craving* a lo largo del tratamiento, por lo que pueden tener un gran peso sobre la dificultad para afrontarlo, tal y como postula el modelo de recaída de Beck. Estos resultados pueden contribuir a explicar el hecho de que algunos pacientes tengan deseo de consumo tras un largo periodo de abstinencia, momento en que cabría esperar la inapetencia de drogas.

Palabras clave: *craving*; creencias adictivas; tratamiento; cognitivo.

ABSTRACT

Aim: To investigate the predictive ability of "core addiction-related beliefs" and "craving-related beliefs" on the desire to take drugs based on the cognitive model of addiction. In addition, we analyzed more in depth the influence of duration of abstinence on the degree of identification of participants with these beliefs and the intensity of craving.

Methods: We used three different questionnaires in order to measure: the intensity of the craving experienced by participants, and the degree to which they identify with "core addiction-related beliefs" and "craving-related beliefs". The sample was made up of 130 drug abusers with different main drugs of choice, course of addiction, duration of abstinence and gender.

Results: The "core addiction-related beliefs", together with clinical variables such as the main drug of choice and the duration of abstinence, significantly predicted the intensity of craving experienced by participants. The intensity of craving and the degree to which participants identify with "core addiction-related beliefs" and "craving-related beliefs" differed significantly as a function of duration of abstinence; this effect was due to the fact that patients with shorter abstinence periods were more likely to endorse these beliefs. "Core addiction-related beliefs" can significantly predict not only intensity of craving but also the degree to which participants identify with "craving-related beliefs".

Conclusions: "Core addiction-related beliefs" constitute the best predictor of intensity of craving across treatment, and may therefore be highly relevant for difficulties in controlling craving, as proposed by the Beck cognitive model of addiction. This association may help to explain why some patients have a persistent desire to take drugs even after protracted abstinence, when a lack of desire for drugs would be expected.

Key words: *craving*, addictive beliefs, treatment, cognitive.

Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad

Changes in core beliefs associated with addiction among substance-dependent patients with vs. without comorbid personality disorders

JOSÉ MIGUEL MARTÍNEZ GONZÁLEZ*;
ANTONIO VERDEJO GARCÍA**

*Centro Provincial de Drogodependencias de Granada.

**Universidad de Granada.

Enviar correspondencia a:
José Miguel Martínez González,
Centro Provincial de Drogodependencias de Granada,
Hospital de San Juan de Dios, C/ San Juan de Dios, 11,
18001 Granada (Spain).
Tel.: 958202101. Correo-e: jmmgonz@dipgra.es

recibido: Enero 2012

aceptado: Junio 2012

Resumen

Los objetivos de este estudio fueron: 1) Estimar la capacidad predictiva de las creencias sobre el craving y los consumos de alcohol; y 2) Examinar la evolución a lo largo de nueve meses de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en función de la comorbilidad con trastornos de personalidad. Participaron 65 pacientes con dependencia de alcohol de los que el 56.4% presentaban TP comórbidos. Se administró el Cuestionario de Creencias relacionadas con la adicción y con el craving, y se recogieron como medidas de resultado el número de consumos de alcohol durante el tratamiento y el grado de ajuste psicológico. La relación entre los ítems del cuestionario y las variables de resultado se exploraron mediante regresiones lineales y la evolución de las creencias a lo largo del tratamiento se analizó con pruebas t para muestras relacionadas. Los resultados indican que es posible medir de manera fiable un conjunto de creencias adictivas, que el nivel de identificación con estas creencias permite predecir el craving, los consumos de alcohol durante el tratamiento y el ajuste psicológico global, y que el curso de dichas creencias durante el tratamiento difiere en función de la presencia de comorbilidad con TP; los pacientes con TP comórbido presentan una evolución mucho más irregular de su identificación con las creencias relacionadas con la adicción.

Palabras clave: longitudinal, creencias, trastornos de la personalidad, alcohol, tratamiento.

Abstract

The aims of this study were: 1) To evaluate the predictive ability of cognitive beliefs about craving and alcohol use during treatment; and 2) To examine the course of cognitive beliefs, over a nine-month follow-up, as a function of comorbidity with personality disorders (PDs). Participants in the study were sixty-five alcohol-dependent patients initiating treatment at the Provincial Drug-Dependence Centre in Granada (Spain), 56.4% of whom had comorbid personality disorder. We administered the "Questionnaire on beliefs related to addiction and craving", taking number of alcohol-use episodes during treatment and degree of psychological adjustment as outcome variables. We used linear regression models to analyze the relation between questionnaire items and outcome variables, and related-samples t-tests to examine the course of beliefs throughout the follow-up. Results indicate that it is feasible to reliably measure a range of dysfunctional beliefs associated with addiction, that the degree of identification with these beliefs significantly predicts craving and alcohol use during treatment, and that the course of identification with these beliefs is considerably more irregular in alcohol-dependent individuals with comorbid PDs.

Key words: longitudinal, beliefs, personality disorders, alcohol, treatment.

Martínez-González y Verdejo (2012).

Gráfico 1. Evolución de las puntuaciones medias del cuestionario.

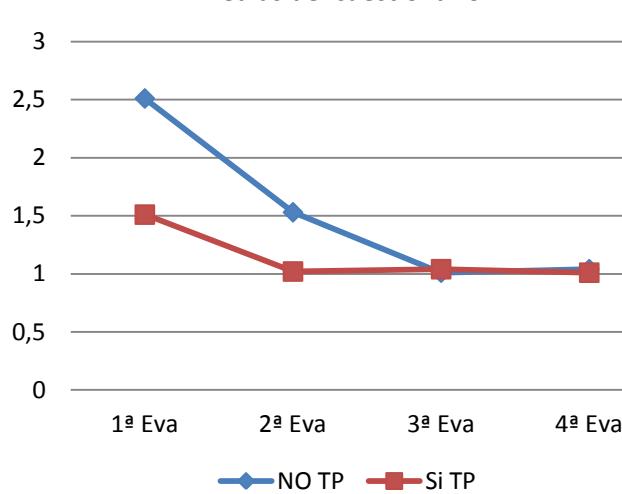


Gráfico 2. "Creo que tengo la capacidad necesaria para superar mi drogodependencia".

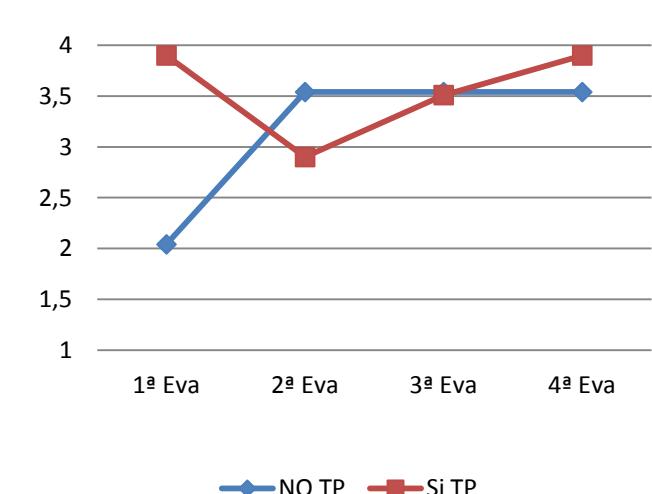


Gráfico 4. "Algún día consumiré aunque solo sea una vez".

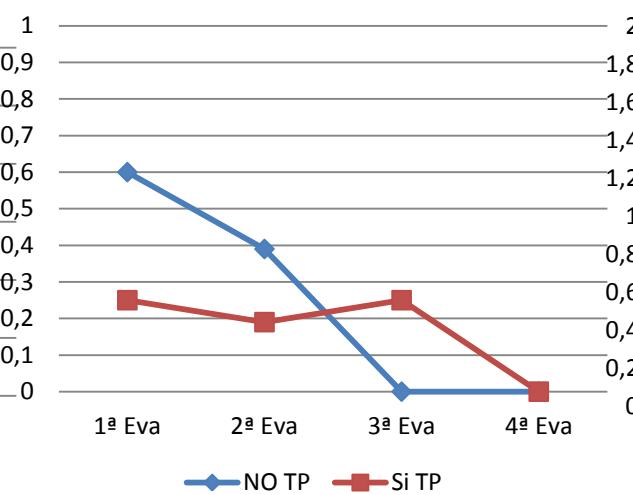


Gráfico 5. "Algún día consumiré de forma controlada".

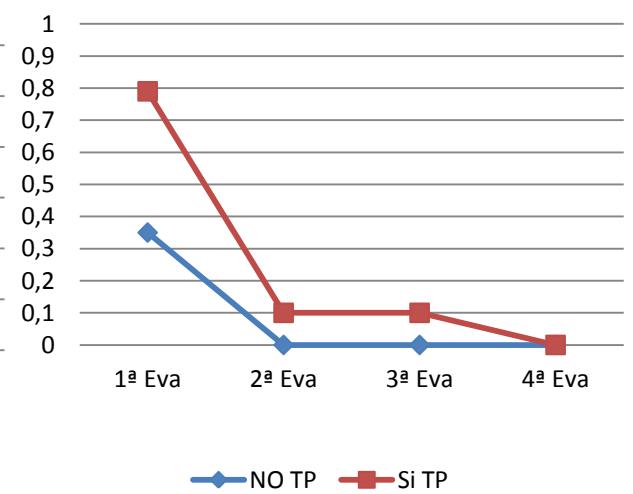


Gráfico 3. "Creo que nunca podré superar mi drogodependencia".

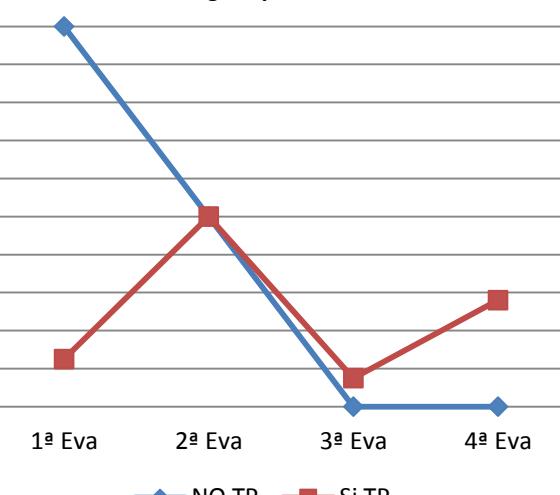
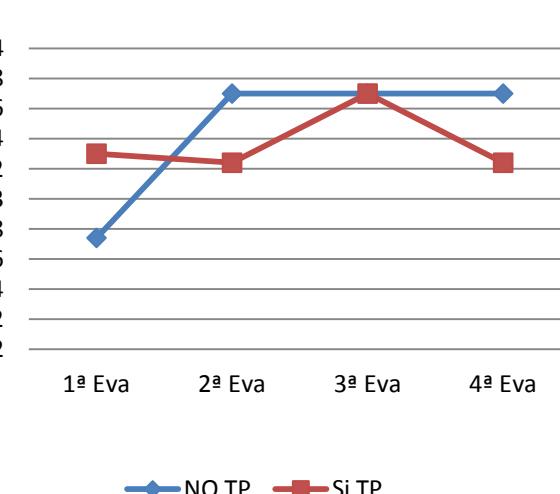


Gráfico 6. "Me siento cómodo en el tratamiento".





ORIGINAL

Estudio exploratorio del impacto de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en el consumo tras la abstinencia

J. M. Martínez González^{a,*}, A. Verdejo García^{b,c} y E. Becoña Iglesias^d

^aCentro Provincial de Drogodependencias de Granada. Diputación de Granada. Granada. España.

^bUniversidad de Granada. Granada. España.

^cUniversidad de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.

Recibido el 18 de agosto de 2012; aceptado el 25 de julio de 2013

PALABRAS CLAVE

Creencias;
Intervención
cognitiva;
Recaída;
Drogodependencia

Resumen

Objetivo. El objetivo de este estudio fue conocer si existen diferencias en el grado con el que se identifican los pacientes que se encuentran abstinentes con determinadas creencias inmediatamente antes de que se produzca un episodio de consumo y días posteriores al mismo.

Material y método. La muestra la componen 29 personas que presentan dependencia a la cocaína o al alcohol, en el que el 75,9 % de ellos son hombres y el 24,1 % mujeres. Todos ellos siguen tratamiento ambulatorio desde hace al menos dos meses.

Se les pidió a los pacientes que contestaran al cuestionario de modo que permitiera llevar a cabo una estrategia para la detección y desarticulación de creencias que influyen, según estos resultados, en la decisión de consumir nuevamente cuando se está abstinente.

Resultados. Los resultados muestran que existen diferencias entre en el grado con el que los pacientes se identifican con las creencias evaluadas antes y después del consumo, destacando el impacto tanto de las creencias relacionadas con la adicción como las relacionadas con la renuncia al consumo sobre el deseo de consumir.

Conclusiones. Se concluye que la presencia de creencias nucleares relacionada con el consumo de drogas predispone al consumo, destacando particularmente aquellas que guardan relación con la decisión de cese definitivo del consumo de drogas porque no suelen verbalizarse fácilmente a lo largo de la terapia.

© 2012 Elsevier España, S.L. y SET. Todos los derechos reservados.

Self-deception as a mechanism for the maintenance of drug addiction

José Miguel Martínez-González¹, Raquel Vilar López¹, Elisardo Becoña Iglesias² and Antonio Verdejo-García¹

¹ Universidad de Granada and ² Universidad de Santiago de Compostela

Abstract

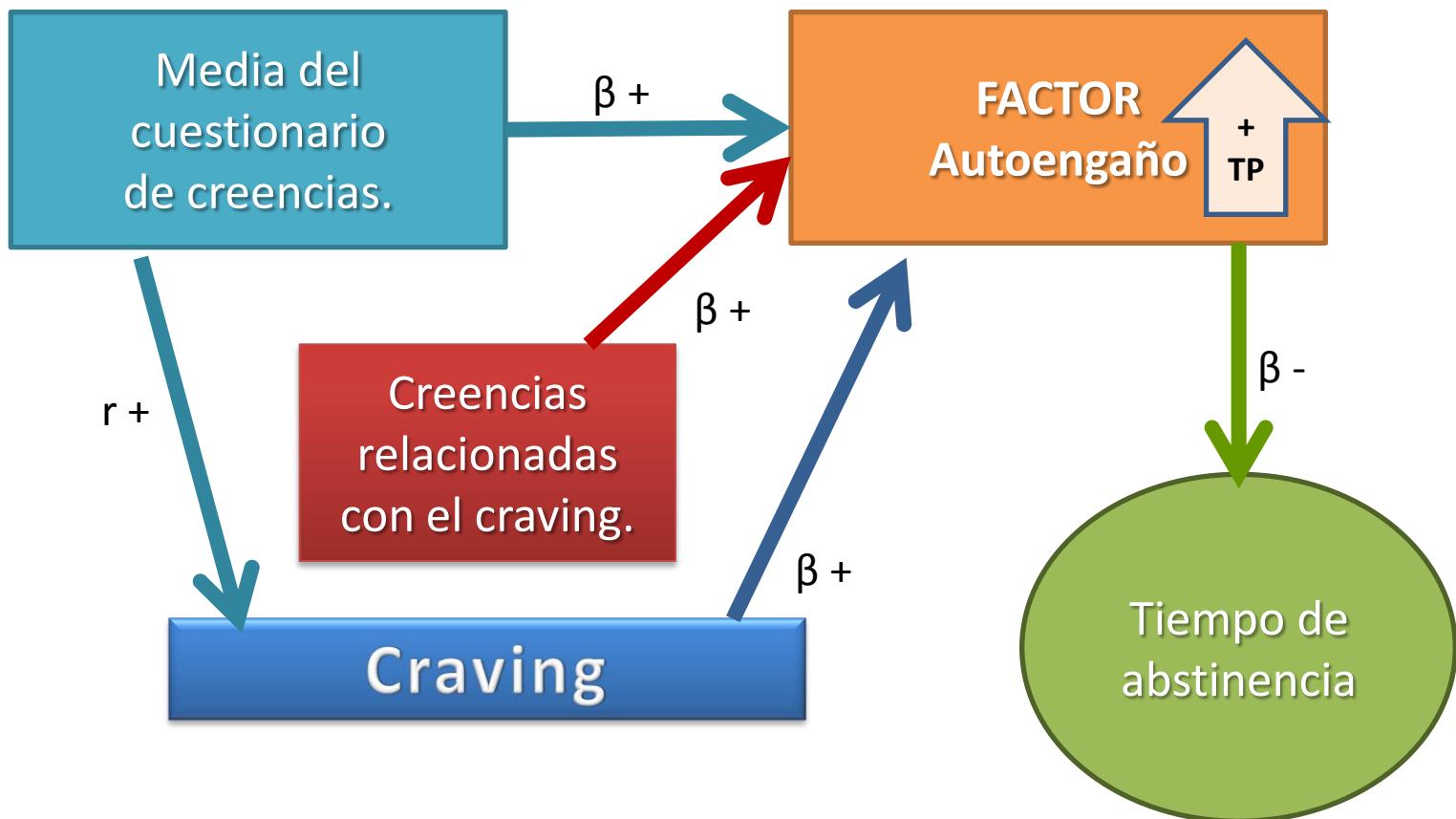
Background: This study was aimed at: (i) examining levels of self-deception in substance dependent individuals following addiction treatment, and (ii) examining the association between participants' levels of self-deception and (a) personality disorders, (b) addiction-related beliefs, (c) duration of abstinence, and (d) estimates of craving. **Method:** We administered self-report questionnaires of self-deception and mixtification, and core beliefs related to addiction and craving. The sample comprised 79 outpatients who were consecutively recruited at the Centro Provincial de Drogodependencias in Granada: 87.3% were males and the mean age was 37.68 years old. Thirty-four percent of participants were diagnosed with comorbid personality disorders. **Results:** Results showed that individuals with substance dependence exhibit elevated scores of self-deception, particularly in the domains of active denial, selective amnesia, projection, and confabulation. Individuals with comorbid personality disorders display greater levels of self-deception compared to individuals without dual diagnosis. **Conclusions:** Moreover, there is a significant association between levels of self-deception and addiction-related beliefs and craving. In addition, there is a negative association between levels of self-deception and duration of abstinence.

Keywords: self-deception, personality disorders, treatment, core beliefs, craving.

Resumen

El autoengaño como mecanismo de mantenimiento de la adicción a las drogas. Antecedentes: los objetivos de este estudio fueron: (i) conocer el nivel de autoengaño de drogodependientes en tratamiento por su adicción, y (ii) estudiar la relación del autoengaño con (a) los trastornos de personalidad, (b) las creencias, (c) la abstinencia y (d) el craving en estos pacientes. **Método:** se utilizaron los cuestionarios de autoengaño y mixtificación (IAM) y de creencias relacionadas con el consumo de drogas y craving. La muestra estaba compuesta por 79 pacientes atendidos de forma consecutiva en el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. El 34.5% de los pacientes presentaban un trastorno de la personalidad. **Resultados:** los resultados mostraron que los drogodependientes obtienen puntuaciones elevadas en autoengaño, especialmente en los factores negación, amnesia selectiva, proyección y pensamiento fantaseado. Además, los pacientes con trastornos de la personalidad presentan niveles de autoengaño más elevados en comparación a los que no presentan este tipo de psicopatología, observándose una relación significativa entre las creencias nucleares relacionadas con el consumo y con el craving con el nivel de autoengaño. **Conclusiones:** se constata igualmente que el nivel de autoengaño se relaciona de forma negativa con el tiempo de abstinencia, lo que convierte al autoengaño en una diana terapéutica para mejorar el pronóstico.

Palabras clave: autoengaño, trastornos de la personalidad, tratamiento, creencias, craving.



Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída

Questionnaire of core beliefs related to drug use and craving for assessment of relapse risk

JOSÉ MIGUEL MARTÍNEZ-GONZÁLEZ*, RAQUEL VILAR LÓPEZ***, OSCAR LOZANO-ROJAS***
Y ANTONIO VERDEJO-GARCÍA**, ****.

*Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. España. ** Departamento de Personalidad, evaluación y tratamiento psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Granada. España; CIMCYC. **** Facultad de Psicología. Universidad de Huelva. España. **** Escuela de Psicología y Psiquiatría. Universidad de Monash. Melbourne, Australia.

Resumen

El objetivo de la investigación fue diseñar un cuestionario para la evaluación de creencias nucleares en torno al consumo de drogas y el *craving*.

La muestra estuvo compuesta por 215 pacientes, de los que el 85.8% eran hombres y el 14.2% mujeres en tratamiento por su adicción al alcohol (40%), cocaína (36.3%) y cannabis (23.7%).

Se realizó un análisis descriptivo de la muestra, análisis de varianza, de regresión y análisis factorial con la finalidad de indagar en la estructura del cuestionario y su relación con variables como la abstinencia o deseo de consumo.

El apartado de creencias relacionadas con las drogas mostró una estructura de cuatro factores: lo que la persona cree que no podrá realizar en ausencia del consumo de drogas, la falta de renuncia al consumo, las condiciones que deben darse para volver a consumir y el consumo como única vía para sentirse bien. El apartado relacionado con el craving mostró tres factores: las emociones negativas como precipitantes del consumo, las emociones positivas y las dificultades atribuidas al afrontamiento del deseo. A su vez, se constata que las creencias tienen más peso en la predicción del deseo en comparación al tiempo de abstinencia.

El cuestionario permite evaluar un conjunto de creencias que muestran factores significativos para el diseño de programas de prevención de recaídas.

Palabras clave: Cuestionario; creencias; terapia cognitiva; drogodependencia; tratamiento.

Abstract

This study was aimed at designing a questionnaire for the assessment of addiction-related core beliefs and craving.

The sample comprised 215 patients (85.8% males and 14.2% females) in treatment for dependence to alcohol (40%), cocaine (36.3%) and cannabis (23.7%).

Descriptive statistics were used to characterize the sample. Variance, regression and factorial analyses were conducted to study the questionnaire structure and its relation with variables such as abstinence and craving.

Items about drug-related beliefs yielded a four-factor structure: what patient think that they could not do without drug use, lack of withdrawal, conditions required to use drugs again, and use of drugs as the only way to feel good. Items related to craving yielded three factors: negative emotions as precipitants of drug use, positive emotions, and difficulties attributed to coping with craving. Furthermore, beliefs were more important to predict craving than abstinence time.

The present questionnaire allows to assess a set of significant factors to design prevention relapse programs.

Keywords: Questionnaire, core beliefs; cognitive therapy, drug dependence; treatment.

Cuestionario de creencias nucleares (Martínez-González, Vilar, Lozano y Verdejo, en prensa)

	0 Totalmente en desacuerdo	1 Ligeramente en desacuerdo	2 Neutral	3 Ligeramente de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo	
Tomar cocaína es la única forma de que pueda incrementar mi creatividad y productividad.	0	1	2	3	4	
No puedo funcionar sin ella.	0	1	2	3	4	
Es la única forma de afrontar el dolor de mi vida.	0	1	2	3	4	
La única forma de manejar mi ira es tomando cocaína.	0	1	2	3	4	
No podría ser social sin tomar cocaína.	0	1	2	3	4	
Los craving y los impulsos no desaparecerán a menos de que consuma.	0	1	2	3	4	
No me puedo relajar sin cocaína.	0	1	2	3	4	
No puedo controlar mi ansiedad sin tomar cocaína.	0	1	2	3	4	
No puedo divertirme en esta vida a menos que tome cocaína.	0	1	2	3	4	
Algún día volveré a consumir de forma controlada.	0	1	2	3	4	
Creo que podré consumir un día y no seguir haciéndolo.	0	1	2	3	4	
Algún día consumiré aunque solo sea una vez.	0	1	2	3	4	
Espero poder aprender a consumir de forma controlada.	0	1	2	3	4	
Cuando esté preparado podré tomar cocaína de forma controlada.	0	1	2	3	4	
Si me encuentro físicamente bien no tiene porqué pasarme nada si consumo.	0	1	2	3	4	
Si me encuentro psicológicamente bien no tiene porqué pasar nada si consumo.	0	1	2	3	4	
Esta enfermedad es transitoria. Cuando me encuentre bien podré consumir sin abusar.	0	1	2	3	4	
Creo que tengo la capacidad necesaria para superar mi drogodependencia	0	1	2	3	4	

Creencias sobre el craving.

	0 Totalmente en desacuerdo	1 Ligeramente en desacuerdo	2 Neutral	3 Ligeramente de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
1. Tengo ganas de consumir cuando me siento físicamente mal.	0	1	2	3	4
2. Cuando se me mete en la cabeza consumir no puedo evitar hacerlo.	0	1	2	3	4
3. Tengo ganas de consumir cuando me siento bien.	0	1	2	3	4
4. Tengo ganas de consumir cuando tengo problemas con alguien.	0	1	2	3	4
5. Me es difícil hacer frente a las ganas de consumir.	0	1	2	3	4
6. Tengo ganas de consumir cuando me siento mal psicológicamente.	0	1	2	3	4
7. Tengo ganas de consumir cuando dispongo de dinero.	0	1	2	3	4
8. Ahora tengo ganas de consumir	0	1	2	3	4

Regresión múltiple

