

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 patients 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.

Recibido: Abril 2016; Aceptado: Enero 2017.

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. Teléfono: 958202101. E-mail: jmmgonz@dipgra.es

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), siendo un objetivo esencial del tratamiento la modificación de creencias y distorsiones cognitivas que median en los procesos de recuperación de la drogadicción (Graña, 1994). El tratamiento tiene como finalidad modificar las creencias nucleares que están a la base de los impulsos de consumo de sustancias, mostrar al paciente diferentes formas de control y la modificación de conductas tanto relacionadas directamente con el uso de drogas como con el estilo de vida del paciente (Beck et al., 1999).

Detrás de los pensamientos automáticos existen significados más centrales, de acceso más costoso y con capacidad de matizar la realidad. Una de las mayores dificultades en la detección de estos pensamientos más centrales es el hecho de que la persona suele considerar normales las creencias irracionales. Estas creencias más centrales, denominadas nucleares, son más metafísicas y corresponden a un conocimiento tácito de la realidad. La pretensión de la terapia es enseñar al paciente a que acceda y reflexione sobre el significado más profundo de estos pensamientos, abriendo la posibilidad de que conozca sus significados más simbólicos o subyacentes. Sobre estas creencias nucleares se apoyan el resto de pensamientos (Vázquez, 2003).

Respecto de las creencias nucleares relacionadas con la adicción se ha comprobado que guardan relación con la propia historia adictiva en la medida en que las personas se identifican más con estas creencias conforme aumenta el tiempo transcurrido desde que comenzaron a consumir drogas. Sin embargo, no se encuentra esta relación con las creencias que se refieren al *craving*, lo que tiene una implicación directa en las estrategias para el afrontamiento del deseo de consumo (Martínez-González y Verdejo, 2011). Es decir, el hecho de que cuente con una historia toxicológica larga no le impide utilizar estrategias cognitivas para afrontar el *craving* desde el inicio del tratamiento.

El *craving* se ha convertido en un objetivo central del tratamiento de las adicciones, al constituirse en factor de riesgo para la recaída, predictor de recaída y marcador de resultados del tratamiento (American Psychiatric Association, 2013). Si bien uno de los objetivos centrales del tratamiento es que desaparezca el deseo de consumo de drogas, el afrontamiento del *craving* es crucial para la continuidad y éxito del tratamiento. Es por ello que las creencias sobre el *craving* tienen gran responsabilidad en el afrontamiento del mismo, dado que pueden hacer que el paciente identifique el deseo como una experiencia que puede afrontar o como una dificultad insalvable de su adicción. En ambas circunstancias la evolución puede ser muy diferente.

Además, todo indica que cuando sobreviene una recaída es porque el paciente no ha modificado sus actitudes y creencias nucleares que son las que alimentan el *craving*,

de modo que lo que se persigue es que el paciente sea consciente de las creencias que están a la base de la aparición del deseo de consumo (Beck et al., 1999). En uno de nuestros estudios pudimos analizar esta relación observando que los pacientes presentaban menos deseo de consumo cuando se aborda este aspecto en terapia, pudiéndose reducir significativamente el nivel con el que se identifican los pacientes con estas creencias. Si bien se asume que el tiempo de abstinencia hace disminuir la intensidad y frecuencia de deseo, después de tres meses el deseo no puede atribuirse a la abstinencia en sí misma sino más bien al grado con el que el paciente se identifica con las creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas (Martínez-González y Verdejo, 2011). Un trabajo posterior (Martínez-González, Verdejo y Becoña, 2012) permitió ver que las creencias nucleares evaluadas estaban relacionadas con la recaída al comprobar que en la medida en que los pacientes se identifican más con este tipo de creencias se incrementaba significativamente la probabilidad de recaída. A su vez, se sabe que en el cese del consumo y mantenimiento de la abstinencia están implicadas diferentes variables, pero las expectativas de autoeficacia parecen ser especialmente relevantes en la medida en que facilitan o limitan el afrontamiento de los retos a los que el paciente queda expuesto a lo largo del tratamiento (Blasco, Martínez-Raga, Carraco, y Attas, 2008; Llorente e Iraurgi-Castillo, 2008; Martínez-González, Verdejo y Becoña, 2012).

Diferentes investigaciones ponen de manifiesto la importancia de las creencias nucleares en el mantenimiento del consumo o recaída tras la abstinencia por diversas razones: el hecho de que identificar estas creencias permite modificarlas en el transcurso de la psicoterapia; con la intervención disminuye el grado con el que los pacientes se identifican con ellas; hay creencias nucleares relacionadas con la adicción y otras que se relacionan con el *craving*; los pacientes difieren en el nivel con el que se identifican con las creencias dependiendo de la presencia de trastornos de la personalidad, en la medida en que es diferente la evolución de las creencias a lo largo del tratamiento; se han identificado factores que son centrales en el mantenimiento y recaída en el consumo en torno a los que se aglutinan algunas creencias nucleares (Martínez-González y Verdejo, 2011, 2013; Martínez-González, Verdejo y Becoña, 2012).

Para Beck et al. (1999) las creencias básicas adictivas pueden dividirse en varios grupos: 1) las que guardan relación con las creencias de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio psicológico y emocional; 2) la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual; 3) la creencia de que la droga energizará al individuo y le dará más fuerza y poder; 4) la expectativa de que la droga calmará el dolor; 5) el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la tensión y la depresión; 6) la convicción de que a menos que se consuma para neutralizar la angustia ésta continua-

rá indefinidamente, y con toda probabilidad, empeorará. Según el autor este conjunto de aseveraciones aglutinan las creencias nucleares que pueden identificarse de seguir un procedimiento adecuado. Una fase esencial de la intervención es por tanto conseguir que el paciente sea consciente de los significados más profundos en situaciones clave del proceso de recuperación de la adicción. Entre las técnicas indicadas para identificar este tipo de creencias contamos con preguntas directas o el uso de cuestionarios de creencias acerca del consumo o deseo de consumo de drogas (ej. Beck, et al., 1999; Martínez-González, Verdejo y Becona, 2012). Con los cuestionarios puede conocerse el grado con el que los pacientes se identifican con las creencias más profundas sobre el consumo de drogas, sobre las que se apoyan el resto de creencias más superficiales.

Así pues, una adecuada evaluación de las creencias relacionadas con la adicción y el *craving* es fundamental en el tratamiento de las drogodependencias. Sin embargo, no contamos en la actualidad con ninguna prueba que nos permita explorar estas variables de modo adecuado. Por ello, el objetivo central de este estudio es elaborar un cuestionario de creencias nucleares relacionadas con la adicción y el *craving* capaz de sondear el grado con el que las personas que se encuentran en tratamiento se identifican con determinados factores claves en el proceso de recuperación de las drogodependencias. Se persigue analizar las creencias en torno a tres factores esenciales para comprender los procesos de recaída: las creencias en relación al consumo, las referidas a la funcionalidad del consumo y las relacionadas con la decisión definitiva de no volver a consumir.

Método

Participantes

La muestra la componen 215 personas en tratamiento en el Servicio Provincial de Drogodependencias de Granada. La edad media de los participantes es de 35.17 años, con una desviación típica de 11.80. El 85.8% (n=182) eran hombres mientras que el 14.2% (n=30) mujeres. El tiempo medio que llevaban los pacientes en tratamiento en el momento de la evaluación fue 112.51 días –con una desviación típica de 170.80–, y la media de abstinencia era de 69.75 días, existiendo un rango que iba de 0 a 700 días. El 40% (n=86) presentaban trastorno por dependencia al alcohol, el 36.3% (n=78) a cocaína y el 23.7% (n=51) al cánnabis.

Ningún participante recibió incentivo. Todos fueron informados del estudio y aceptaron completar el cuestionario libremente.

Instrumento

El instrumento que se ha sometido a estudio en este trabajo consta de dos partes. La primera la componen 17 ítems extraídos de cuestionario que se utilizaron en investigaciones previas (Beck, et al., 1999; Martínez-González y Verdejo, 2012; Martínez-González, Verdejo y Becona, 2012).

En esta ocasión se han incluido las creencias relacionadas con el consumo de drogas que se refieren a factores que son centrales en la evaluación y tratamiento de las drogodependencias. La segunda parte de este cuestionario lo componen creencias relacionadas con la experiencia de *craving*. Lo componen 7 ítems más uno adicional para evaluar el nivel de deseo de consumo en el momento de la evaluación. El ítem que nos permite evaluar el nivel de deseo en el momento de la evaluación es “*ahora tengo ganas de consumir*”. Los ítems que componen el cuestionario nos permite indagar en aspectos esenciales del modelo cognitivo de adicción (Beck, et al., 1999; Martínez-González, Verdejo y Becona, 2012) que está a la base del cuestionario (Anexo).

La construcción del cuestionario parte de un análisis previo de 49 creencias que se han extraído de diferentes fuentes. Algunas creencias nucleares relacionadas con la adicción y otras referidas al *craving* se extraen de los cuestionarios de Beck (1995), otras relacionadas con la dificultad de los pacientes para asumir el cese definitivo del consumo proceden de cuestionarios utilizados en investigaciones previas y otras que aún no se han estudiado y que aparecen con frecuencia en la práctica clínica, como por ejemplo: “*tengo una enfermedad*”, “*me imagino mi vida satisfecho sin consumir*” o “*en el tratamiento los profesionales me van a enseñar a consumir*”. Se utilizó una muestra de 82 pacientes en tratamiento de diferente género, tipo de sustancia, tiempo de abstinencia y duración del tratamiento. La consistencia interna del cuestionario (Alpha) fue de .81. Se realizó un análisis factorial exploratorio para indagar en la factorización de la totalidad de creencias identificando hasta 10 factores, si bien en la mayoría de ellos solo saturaban uno o dos creencias.

El siguiente paso consistió en eliminar del análisis todas las creencias que quedaban asiladas lo que redujo el cuestionario a 32 ítems, con una consistencia interna (Alpha) de .91. El análisis de Alfa si se elimina el ítem permitió identificar los que menos aportaban a la consistencia interna, procediendo a eliminar otros cinco ítem más y quedando por tanto 27 creencias. Posteriormente se procedió a realizar un segundo análisis factorial exploratorio que indicó la idoneidad de eliminar una serie de creencias por su menor saturación. El resultado final fueron 19 ítems de los que se realizó un análisis factorial prefijando 2 factores de extracción. Se comprobó que 17 ítems que quedaban agrupados en dos factores guardaban relación con la denominada funcionalidad del consumo y renuncia. Se añadió una creencia más para indagar las expectativas de autoeficacia. Los ítems relacionados con el *craving* quedaban claramente agrupados.

Procedimiento

En la recogida de datos de este estudio colaboraron seis psicólogos de tres centros ambulatorios para el tratamiento de las adicciones pertenecientes al Servicio Provincial

de Drogodependencias de Granada. Todos los psicólogos proporcionaron la misma información a los participantes tanto en el modo de proceder para completar el cuestionario como de los objetivos del cuestionario. Los pacientes rellenaron los cuestionarios en presencia del psicólogo durante la sesión. La muestra se fue configurando a lo largo de dos meses con la participación voluntaria de los pacientes, a los que se ofrecía participar en el estudio según acudían a seguimiento con sus psicólogos. Este procedimiento permitió incorporar a la muestra pacientes con adicciones a diversas sustancias, edad, sexo, tiempo en tratamiento en el momento de la evaluación y tiempo de abstinencia.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las respuestas de los distintos grupos de pacientes a los cuestionarios. Con la finalidad de indagar en las diferencias entre las puntuaciones en función del tipo de sustancia o sexo, se realizó un análisis de varianza y un contraste sobre diferencias de medias utilizando para tal efecto el estadístico *t* - Student y estableciendo un nivel de significación para tomar decisión estadística de 0.05.

Para conocer los factores principales de los dos apartados del cuestionario se realizó un análisis factorial exploratorio con rotación varimax. Para el estudio de la relación entre los cuestionarios y deseo de consumo se realizaron diversas regresiones lineales simples y múltiples. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete estadístico SPSS 20.0. (IBM Corp, 2011).

Resultados

Los estadísticos descriptivos de las creencias sobre drogas y sobre el *craving* atendiendo al tipo de consumo pueden observarse en la tabla 1. El nivel con el que se identifican los pacientes con los dos cuestionarios no es elevado. En el caso de la primera parte del cuestionario, correspondiente a creencias relacionadas con el consumo de drogas, el grupo de pacientes que se identifica más son los consumidores de alcohol, seguidos de los consumidores de cannabis y cocaína por este orden. En el caso de la segunda parte, creencias sobre el *craving*, los que más se identifican son pacientes consumidores de cannabis seguido de alcohol y cocaína. Téngase en cuenta que todos los pacientes han iniciado el tratamiento y en el momento de la evaluación no están bajo los efectos de las sustancias.

Creencias relacionadas con el consumo de drogas

La consistencia interna de la escala de creencias relacionadas con el consumo de drogas analizada a través de α es .83. Para el grupo de consumidores de alcohol es .81, en el caso de cocaína .83 y para el cannabis .86.

Tabla 1.

Medias del cuestionario de creencias sobre las drogas según el tipo de sustancia principal			
Droga	Media	Desviación típica	N
Alcohol	1,10	,838	83
Cocaína	,71	,490	67
Cánnabis	,99	,688	50
Total			200

Medias del cuestionario de creencias sobre el craving según el tipo de sustancia principal			
Droga	Media	Desviación típica	N
Alcohol	1,27	1,138	83
Cocaína	1,23	,960	67
Cánnabis	1,60	1,219	50
Total			200

El análisis factorial exploratorio del cuestionario de creencias relacionadas con el consumo de drogas, aplicando una rotación ortogonal Varimax arroja cuatro factores. Las cargas factoriales son altas y claramente diferentes para cada ítem y factor. En el primer factor saturan los ítems: 2, 4, 5, 6, 7, 8 y 9; el segundo: 10, 11, 12, 13, 17; el tercero los ítems: 15 y 16; en el cuarto: 1, 3 y 4. Se elimina del cuestionario y posteriores análisis el ítem número 14 al no saturar en ninguno de los factores. Con la eliminación del ítem número 14, la consistencia interna del cuestionario de 16 creencias es de .86.

El primer factor, que aglutina creencias en torno a la idea de “lo que la persona cree que no podrá hacer en ausencia del efecto de la sustancia”, presenta una consistencia interna de .84; el segundo factor, denominado “falta de renuncia al consumo” al girar en torno a la intención de volver a consumir, presenta una consistencia interna de .87; el tercer factor que se refiere a las “condiciones que deberían darse para tomar la decisión de volver a consumir”, muestra una consistencia interna de .87; y el factor 4, en el que refleja la idea de que “el consumo le permite sentirse bien consigo mismo y desarrollar sus potencialidades” presenta una consistencia interna de .67 (tabla 2).

No se observan diferencias estadísticamente significativas en el nivel con el que se identifican los pacientes con este cuestionario en función del sexo (Media hombres = .90; DT hombre=.68; Media mujeres=.11; DT mujeres=.85; $t=1.77$; $p=.078$).

Creencias relacionadas con el deseo de consumo

La consistencia interna de la escala de creencias relacionadas con el deseo de consumo es .87. El valor de α para cada tipo de sustancia es en el caso del alcohol .88, para la cocaína .82 y para el cannabis .88. Para las tres sustancias, la escala presenta una consistencia interna alta.

Tabla 2. *Análisis factorial exploratorio. Saturaciones de los ítems en cada factor*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Beber alcohol es la única forma de que pueda incrementar mi creatividad y productividad.				,46
No puedo funcionar sin beber alcohol.	,55			
Beber alcohol es la única forma de afrontar el dolor de mi vida.				,49
La única forma de manejar mi ira es bebiendo alcohol.	,48			,43
No podría ser social sin beber alcohol.	,54			
Los craving y los impulsos no desaparecerán a menos de que consuma.	,57			
No me puedo relajar sin beber alcohol.	,82			
No puedo controlar mi ansiedad sin beber alcohol.	,84			
No puedo divertirme en esta vida a menos que beba alcohol.	,46			
Algún día volveré a consumir de forma controlada.		,79		
Creo que podré consumir un día y no seguir haciéndolo.		,71		
Algún día consumiré aunque solo sea una vez.		,72		
Espero poder aprender a beber de forma controlada.		,74		
Cuando esté preparado podré beber alcohol de forma controlada.				
Si me encuentro físicamente bien no tiene porqué pasarme nada si consumo.			,81	
Si me encuentro psicológicamente bien no tiene porqué pasar nada si consumo.			,78	
Esta enfermedad es transitoria. Cuando me encuentre bien podré beber si abusar.		,50	,49	

Nota. * Estos ítems se refieren a la dependencia al alcohol. El tipo de droga varía en función del tipo de dependencia del paciente.

Tabla 3. *Análisis factorial exploratorio del apartado de craving.*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Tengo ganas de consumir cuando me siento físicamente mal.	,53		
2. Cuando se me mete en la cabeza consumir no puedo evitar hacerlo.		,56	
3. Tengo ganas de consumir cuando me siento bien.			,46
4. Tengo ganas de consumir cuando tengo problemas con alguien.	,74		
5. Me es difícil hacer frente a las ganas de consumir.		,53	
6. Tengo ganas de consumir cuando me siento mal psicológicamente.	,80		
7. Tengo ganas de consumir cuando dispongo de dinero.			,41

El análisis factorial exploratorio del apartado del *craving* arroja tres factores principales: en el primero saturan los ítems 1, 4 y 6, que aglutina creencias en relación al deseo de consumo ante estados emocionales negativos y presenta una consistencia interna de .82; en el segundo saturan los ítems 2 y 5, que se refieren a la dificultad para afrontarlo, con una consistencia interna de .73; y el tercer factor en el que saturan los ítems 3 y 7, que asocia el deseo de consumo con estados emocionales positivos o de bienestar, con una consistencia interna de .62 (tabla 3).

No se observan diferencias estadísticamente significativas en el nivel con el que se identifican los pacientes con este cuestionario en función del sexo (Media hombres=1.37; DT hombre=1.11; Media mujeres=1.19; DT mujeres=1.10; $t=.790$; $p=.430$).

Relación entre creencias relacionadas con el consumo de drogas y las relacionadas con el deseo de consumo

Las creencias relacionadas con el consumo, tomando como referencia la media de los ítems del apartado, predicen en sentido positivo las creencias relacionadas con el deseo ($\beta=.52$; $p<.000$; $R^2=.27$) lo que indica que en la medida en que aumenta el grado con el que las personas se identifican con las creencias relacionadas con el consumo de drogas más se identifican a su vez con las creencias relacionadas con el deseo. Cuando se evalúa de forma específica con el indicador de presencia de *craving* en el momento de la evaluación se observa también que las creencias relacionadas con el consumo predicen el nivel de deseo ($\beta=.45$; $p<.000$; $R^2=.20$).

El análisis de regresión de los cuatro factores del apartado de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas muestra que todos predicen el nivel de deseo, evaluado a través del ítem “*ahora tengo ganas de consumir*”. Esto es, en el primer factor con una $R^2=.281$; $\beta=.530$ y $p<.000$; en el segundo $R^2=.082$; $\beta=.287$ y $p<.000$; el tercero $R^2=.035$; $\beta=.187$ y $p=.006$; y el cuarto $R^2=.157$; $\beta=.396$ y $p<.000$. En todos los casos los factores de las creencias relacionadas con el consumo predicen el nivel de deseo en sentido positivo.

La regresión lineal múltiple en el que las variables criterio son los valores de cada uno de los factores del cuestionario de creencias y la variable dependiente es el nivel de *craving* en el momento de la evaluación, muestra que los dos primeros factores son los únicos significativos en la predicción del *craving*: con $R^2=.319$ el primer factor muestra un $\beta=.440$, $p<.000$; el segundo $\beta=.184$, $p=.009$; el tercero $\beta=.013$, $p=.854$; y el cuarto $\beta=.090$, $p=.215$.

En el análisis de regresión múltiple en el que las variables criterio son los tres factores del apartado de creencias relacionadas con el deseo de consumo y la variable dependiente el nivel de deseo de consumo en el momento de la evaluación, se observa que el tercer factor, correspondiente a estados emocionales positivos, tiene más peso en la predicción en comparación a los otros dos ($R^2=.292$; primer factor $\beta=.182$; $p=.023$; segundo factor $\beta=.157$; $p=.045$; tercer factor $\beta=.291$; $p<.000$).

Relación días de abstinencia, tiempo en tratamiento y creencias

La correlación entre los días de abstinencia en el momento de la evaluación y el valor de la medida de la escala de creencias relacionadas con las drogas y la relacionada con el *craving* muestra que en ambos casos es negativa y estadísticamente significativa. Esto indica que en la medida en que aumenta el tiempo de abstinencia los pacientes parecen identificarse menos tanto con las creencias relacionadas con el consumo de drogas ($r=-.342$; $p<.000$) como con las creencias relacionadas con el *craving* ($r=-.37$; $p<.000$).

Las correlaciones de las creencias y el tiempo que lleva el paciente en tratamiento en el momento de la evaluación son también negativas y estadísticamente significativas en el caso de las creencias relacionadas con el consumo de drogas ($r=-.26$; $p=.006$) y las creencias relacionadas con el deseo de consumo ($r=-.22$; $p=.023$).

Los días de abstinencia predicen el nivel de deseo que presenta el paciente en el momento de la evaluación siendo esta relación negativa. Así, en la medida en que el paciente pasa más tiempo abstinentemente más disminuye el deseo de consumo ($R^2=.158$; $\beta=-.158$; $p=.024$).

Se realizó un análisis de regresión múltiple en el que las variables criterio fueron los días de abstinencia y la media del cuestionario de creencias nucleares relacionadas con la adicción, y la variable dependiente el nivel de deseo,

muestra que tienen más peso en la predicción del deseo las creencias nucleares en comparación al tiempo de abstinencia, siendo ambas variables significativas ($R^2=.214$; días de abstinencia $\beta=.005$; $p=.412$; creencias $\beta=.464$; $p<.000$).

Discusión

Este trabajo ha permitido diseñar un cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el *craving*, cuyos factores son esenciales (Beck, et al., 1999; Martínez-González, Verdejo y Becoña, 2012) en la evaluación de la drogadicción y en el proceso de recuperación. En general puede observarse que las puntuaciones de los pacientes no son muy elevadas, lo que puede explicarse por el hecho de que los pacientes ya se encuentran en tratamiento y con cierto tiempo de abstinencia en el momento de la evaluación. Los resultados del estudio indican que este cuestionario puede utilizarse con pacientes en tratamiento y no solo con personas que se encuentran en la fase activa del consumo, que presumiblemente se identifican más fácilmente con pensamientos como los descritos en el cuestionario.

El análisis de consistencia interna del cuestionario para cada grupo de pacientes en función del tipo de sustancia principal de consumo, muestra que este cuestionario puede utilizarse con pacientes consumidores de alcohol, cocaína y cannabis.

Se ha comprobado que el tiempo de abstinencia y el tiempo que llevan los pacientes en tratamiento se relacionan, como cabía esperar, de forma inversa con las creencias. Además, se constata que las creencias tienen más peso en la predicción del deseo que el tiempo transcurrido en abstinencia.

Las diecisiete creencias sobre las drogas se aglutinan en torno a cuatro factores: lo que la persona cree que no podrá hacer en ausencia del efecto de la sustancia, la falta de renuncia al consumo, las condiciones que deberían darse para que volviera a decidir consumir nuevamente y la idea de que el consumo es el único modo de sentirse bien consigo mismo y desarrollar sus potencialidades.

El primer factor aglutina creencias en torno a lo que la persona cree que no podrá hacer cuando deje de tomar drogas como por ejemplo manejar: la ira, el propio deseo de consumo, la tensión, las dificultades para relacionarse con otras personas, la ansiedad o el aburrimiento. Creemos que estas creencias responden a un concepto global sobre la idea de funcionamiento general de los pacientes.

El segundo factor que denominamos falta de renuncia al consumo, se refiere a las creencias que muestran el hecho de que la persona conserva la voluntad de volver a experimentar el efecto de la sustancia de la que ha sido dependiente. Según estudios previos, este factor se relaciona significativamente con el *craving*, comprobando que los pacientes que se identifican con este tipo de creencias nu-

cleares verbalizan tener deseo de consumo, con independencia del tiempo que hayan transcurrido en abstinencia (Martínez-González y Verdejo, 2012; Martínez-González, Verdejo y Becoña, 2012). Este vínculo evidencia el peso de estas creencias como factor de riesgo directo de recaídas.

El tercer factor que se refiere a las condiciones que deberían darse para que la persona volviese a consumir, esto es, la persona debe encontrarse física y psicológicamente bien. Como se aprecia son creencias que desestiman las consecuencias negativas de nuevos consumos, entre ellas la propia recaída. Las creencias sobre la recaída en sí misma parecen tener un papel central (Lavimer, Palmer y Marlatt, 1999). Este factor perpetúa de algún modo la idea de que la sustancia en sí misma no es tan perjudicial si la persona se encuentra bien, atribuyéndole a la mala gestión personal el impacto perjudicial del uso de la sustancia. Este concepto alimenta el deseo de experimentar reiteradamente con la intención de lograr un consumo controlado, esto es, la falacia de control. De estos esquemas, se desprende la idea de que un patrón de consumo no adictivo puede aprenderse y es precisamente eso lo que demandan algunos pacientes al iniciar el tratamiento.

El cuarto factor aglutina creencias en torno a la idea de que el uso de sustancias es el único camino para sentirse bien consigo mismo y desarrollar sus potencialidades, esto es, afrontar el malestar psicológico general o desarrollar su creatividad o productividad en la realización de tareas. Como ha demostrado Marlatt (1987), y Marlatt y Rosenhow (1980), las expectativas de las consecuencias positivas son el principal determinante del uso de alcohol y de otras formas de abuso de sustancias.

Constatamos una vez más el hecho de que las creencias relacionadas con el consumo de drogas predicen el nivel de deseo de los pacientes, de modo que en la medida en que se identifican más con estas creencias aumenta el deseo de consumo. Esta relación también se describe en relación a las creencias sobre el *craving* (Beck et al., 1999; Martínez-González y Verdejo, 2011).

Cabe esperar que el tiempo de abstinencia colabore en el descenso del deseo de consumo pero sabemos que las creencias influyen significativamente en el deseo. El análisis de regresión múltiple nos ha permitido comprobar que si bien las dos variables predicen el nivel de deseo, tienen más peso las creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas. Esta relación explica el hecho de que el solo paso del tiempo en abstinencia no diluye el reto de afrontar el deseo ni el conflicto que experimentan los pacientes cuando quieren afrontar el deseo de consumo solamente soportándolo pasivamente. Además, el solo paso del tiempo en abstinencia no garantiza que los pacientes dejen de tener este tipo de convicciones (Martínez-González y Verdejo, 2011). Lo esencial del proceso de cambio y en concreto la desaparición del deseo de consumo exige una intervención cognitiva dirigida a modificar las creen-

cias nucleares disfuncionales y sustituirlas por creencias control (Beck, et al., 1999; Becoña, et al., 2011).

El análisis factorial del conjunto de creencias relacionadas con el *craving* muestra que el conjunto de convicciones guardan relación con la imagen de la persona de la propia experiencia de deseo de consumo y de la dificultad asociada a su afrontamiento, aspecto central del tratamiento. En el estudio de Cano, Arque y Cándido (2011) se evidencia también la asociación entre la percepción que los pacientes tienen de la propia experiencia de deseo y la recaída, por lo que las creencias sobre el deseo pueden acercar o proteger al paciente ante la recaída. Se han identificado tres factores: precipitantes del deseo entre los que se encuentran los estados emocionales positivos, los estados negativos y la dificultad atribuida al afrontamiento del deseo de consumo. Se sabe que las creencias a las que nos referimos incrementan el deseo por un lado y dificultan el afrontamiento del mismo, operando en sentido contrario al de las creencias control. La identificación de creencias nucleares que ponen de relieve el peso de las emociones constituye por tanto una diana terapéutica esencial en los programas de prevención de recaídas tal y como postula el modelo de Hendershot, Witkiewitz, George y Marlatt (2011). Hay investigaciones que muestran el hecho de que son particularmente relevantes los estados emocionales negativos en pacientes alcohólicos con trastornos de la personalidad (Martínez-González, Graña y Trujillo, 2009), si bien cabe destacar que no son solo los estados emocionales negativos los que confieren riesgo de recaída, sino también los positivos (Marlatt, 1985; Marlatt, 1993; McCrady, Rodríguez y Otero-López, 1998). De los tres factores identificados como predictores del nivel de deseo, el factor que se refiere a los estados emocionales positivos tiene mayor peso, probablemente porque neutralizan de algún modo la percepción del riesgo.

Como pudimos comprobar en estudios previos, en esta investigación se vuelve a constatar la relación entre las creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y las referidas al *craving*, aumentando el grado en que se identifican los pacientes con uno de estos grupos en la medida en que se identifican más con el otro (Martínez-González y Verdejo, 2011). El hecho de que el paciente sea consciente de que el deseo y la conducta de consumo no están necesariamente unidos (Merkle, 1999), puede facilitarse si el paciente comprende el impacto de las creencias nucleares en torno al deseo y la imagen que el paciente tiene de su adicción. De lo contrario todo indica que perdura el deseo largo tiempo.

Este trabajo ha permitido elaborar un cuestionario con parámetros psicométricos aceptables. Es apropiado para la evaluación de creencias nucleares que son claves en el proceso de recuperación de las drogodependencias. Una limitación del estudio ha sido no disponer de datos relativos a la psicopatología de los pacientes, por lo que en futuros

estudios será una prioridad profundizar en la psicopatología para indagar en la relación de estas creencias con el fenómeno de la patología dual.

Reconocimientos

Este estudio ha sido financiado por el proyecto CO-PERNICO del Plan Nacional sobre Drogas (Convocatoria 2009) y la Red de Trastornos Adictivos (Convocatoria RE-TICS 2012, Instituto de Salud Carlos III), Grupo Universidad de Granada.

Agradecemos a Carmen Caballero, Gracia González, Miguel Ángel Ruiz, Remedios Gómez y Manuela Rivero, psicólogos del Centro Provincial de Drogodependencias de Granada y Centro Comarcal de Drogodependencias de Motril, su colaboración en esta investigación.

Conflicto de intereses. Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carraco, E. y Attas, D. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20, 365-376. doi:10.20882/adicciones.259.
- Becoña, E., Cortés, M., Arias, F., Barreiro, C., Berdullas, J., Iraurgi, I., Llorente, J., ... Villanueva, A. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: Socidrogalcohol.
- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Cano, G., Araque, F. y Cándido, A. (2011). Adicción, impulsividad y curvas temporales de deseo. *Adicciones*, 23, 141-148.
- Graña, J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Hendershot, C., Witkiewitz, K., George, W. y Marlatt, A. (2011). Relapse prevention for addictive behaviors. *Substance Abuse Treatment, and Policy*, 6, 17. doi:10.1186/1747-597X-6-17.
- IBM Corp. (2011). *SPSS Statistics for Windows*, Version 20.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Lavimer, M.E., Palmer, R.S. y Marlatt, G.A. (1999). Relapse prevention: an overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research and Health*, 23, 151-160.
- Llorente, J.M. e Iraurgi-Castillo, J. (2008). Tratamiento cognitivo-conductual aplicado a la deshabituación en la deshabituación de cocaína. *Trastornos Adictivos*, 10, 254-274. doi:10.1016/S1575-0973(08)76374-8.
- McCrady, B., Rodríguez, R. y Otero-López, J.M. (1998). *Los problemas de la bebida: Un sistema de tratamiento paso a paso*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Marlatt, G.A. y Rohsenow, D.R. (1980). Cognitive processes in alcohol use: Expectancy and the balanced placebo design. En N.K. Mello (Ed.). *Advances in substance abuse* (pp. 159-199). Greenwich, CT: JAI Press.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En G.A. Marlatt y J.R. Gordon (Eds.). *Relapse prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1987). Alcohol, the magic elixir: Stress, expectancy, and the transformation of emotional states. En E. Gottheil, K.A., Druly, S. Pashko y S.P. Weinstein (Eds.). *Stress and addiction* (pp. 302-322). New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G.A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual. En M. Casas y M. Gossop (Comps.). *Recaída y prevención de recaídas* (pp. 137-160). Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Martínez-González, J. M., Graña, J. L. y Trujillo, H. M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones*, 21, 105-112. doi:10.20882/adicciones.237.
- Martínez-González, J.M. y Verdejo-García A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23, 339-352. doi:10.20882/adicciones.166.
- Martínez-González JM y Verdejo-García A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad. *Adicciones*, 24, 229-238. doi:10.20882/adicciones.94.
- Martínez-González, J.M., Verdejo, A. y Becoña, E. (2012). Estudio exploratorio del impacto de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en el consumo tras la abstinencia. *Trastornos Adictivos*, 14, 105-111. doi:10.1016/S1575-0973(12)70053-3.
- Merikle, E.P. (1999). The subjective experience of craving: an exploratory analysis. *Substance Use and Misuse*, 34, 1101-1115. doi:10.3109/10826089909039399.
- Vázquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.

Anexo

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

Trata de indicar el grado con el que te identificas con cada una de estas frases de acuerdo con la siguiente escala.

Apartado de creencias relacionadas con la adicción.

0 Totalmente en desacuerdo	1 Ligeramente en desacuerdo	2 Neutral	3 Ligeramente de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
Beber alcohol es la única forma de que pueda incrementar mi creatividad y productividad.			0 1 2 3 4	
No puedo funcionar sin beber alcohol.			0 1 2 3 4	
Bebiendo alcohol es la única forma de afrontar el dolor de mi vida.			0 1 2 3 4	
La única forma de manejar mi ira es bebiendo alcohol.			0 1 2 3 4	
No podría ser social sin tomar alcohol.			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 beber alcohol.			0 1 2 3 4	
No puedo controlar mi ansiedad sin beber alcohol.			0 1 2 3 4	
No puedo divertirme en esta vida a menos que beba alcohol.			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 beber alcohol de forma controlada.			0 1 2 3 4	
Cuando esté preparado podré tomar alcohol de forma controlada.			0 1 2 3 4	
Si me encuentro físicamente bien no tiene por qué pasarme nada si consumo.			0 1 2 3 4	
Si me encuentro psicológicamente bien no tiene por qué pasar nada si consumo.			0 1 2 3 4	
Esta enfermedad es transitoria. Cuando me encuentre bien podré beber alcohol sin abusar.			0 1 2 3 4	
Creo que tengo la capacidad necesaria para superar mi drogodependencia.			0 1 2 3 4	

Nota. * Estos ítems se refieren a la dependencia al alcohol. El tipo de droga varía en función del tipo de dependencia del paciente.

Apartado de creencias relacionadas con el deseo de consumo.

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	