

Categorías de creencias adictivas en pacientes de un programa de rehabilitación en farmacodependencia

Irene Polo Martínez¹, María Fernanda Restrepo Atuesta^{2 y 3}, Carlos Cerra Betancour³,
Marlon Parra Santander³, Virginia Medina Feris³ y Asbeldys Paez Giron³

1. Hospital Universitario Cari ESE de Barranquilla, Colombia.

2. Universidad de Berna, Suiza.

3. Universidad Simón Bolívar, Barranquilla, Colombia.

Recibido: 09/12/2009 · Aceptado: 24/09/2010

Resumen

El presente estudio muestra los resultados de la investigación realizada en el Hospital Universitario ESE CARI (Centro de Atención y Rehabilitación Integral) de la ciudad de Barranquilla (Colombia). La investigación se llevó a cabo en el Programa de Farmacodependencia en las modalidades de hospitalización, hospital día y ambulatorio. Participaron un total de 90 sujetos. El instrumento utilizado fue el cuestionario de Creencias acerca del abuso de sustancias de Beck, Wright, Newman y Liesse (1999). Según los resultados obtenidos las creencias más frecuentes son las relacionadas con el hecho de evitar sufrimiento, es decir, las creencias que hacen referencia al alivio que suministra la sustancia.

Palabras Clave

Abuso, sustancias psicoactivas, alivio, creencias adictivas.

El presente trabajo se realizó en el programa de farmacodependencia, atención y rehabilitación integral del Hospital Universitario Cari ESE de Barranquilla.

— Correspondencia a: _____
María Fernanda Restrepo
Vía praccio 32
6900 Massagno - Suiza
0041-774115343
mariarestrepo@hotmail.com



Abstract

The cognitive theories on the treatment of the psychoactive substance addiction emphasize how in addiction pathology there are auto-defeat thoughts, as well as feelings and actions resulting from these, as principal obstacle to overcome the craving and addiction. This research was done by the University Hospital CARI in Barranquilla (Colombia) at the recovery block for psychoactive substance addicts. 90 people participated in this study. According to the results, the most frequent beliefs are those related to relief. We found an important relation between the type of belief and the content of the beliefs among the three groups studied.

Key Words

Abuse, psychoactive substances, relief, addictive beliefs.

INTRODUCCIÓN

Las teorías cognitivas sobre el tratamiento de la adicción a las sustancias psicoactivas (SPA) enfatizan en la importancia que en la dinámica de la patología adictiva tienen los pensamientos autoderrotantes, así como los sentimientos y acciones que resultan de estos, como principales impedimentos para superar el craving y el consumo (Ellis, McInerney, DiGiuseppe & Yeager, 1992), (Beck, Wright, Newman & Liese, 2006). Estos pensamientos o creencias que pueden ser comunes a los distintos tipos de adicciones, además de contribuir al mantenimiento de la misma constituyen un factor de riesgo para la recaída (Beck et al., 2006).

El interés principal del estudio que se describe en el presente artículo fue identificar el tipo de creencias que con respecto al consumo de SPA tienen los pacientes que participan en el *Programa de farmacodependencia, atención y rehabilitación integral* del hospital universitario Cari ESE, de Barranquilla – Colombia.

La Costa Caribe Colombiana constituye el escenario donde se llevó a cabo nuestro estudio. Hoy en día, Colombia además de ser reconocido a nivel mundial como un país cultivador, procesador y exportador de drogas, comienza a presentar índices alarmantes de consumo según lo demuestran los estudios de salud mental y sustancias psicoactivas del Ministerio de la Protección Social (2005) de Colombia.

Una de las evidencias más importantes del consumo de drogas en Colombia lo constituye el incremento en las instituciones psiquiátricas de casos con diagnóstico de patologías asociadas al consumo de sustancias psicoactivas o diagnósticos duales. De acuerdo con los datos del departamento de estadísticas del CARI, en el 2004 asistieron por primera vez a consulta externa 119 pacientes con problemas de adicción; la farmacodependencia en el 2006 ocupó el tercer lugar de morbilidad en el servicio de hospitalización y el segundo en consulta externa, en el 2007 pasó al segundo lugar de morbilidad



en el servicio de hospitalización; en los últimos 4 años, cada vez es mayor el incremento de pacientes adictos con diagnóstico dual y la patología asociada complica más el cuadro en la intervención, su curso y pronóstico (Polo & Amar, 2006).

El pensamiento Adictivo

Según Ellis et al. (1992), se refiere a la "serie de creencias, auto-afirmaciones y/o atribuciones que tiene el individuo alcohólico o farmacodependiente, respecto a sus problemas con el alcohol u otras sustancias; las muchas emociones perturbadoras que este problema engendra y las creencias y autoafirmaciones de sí mismos como personas".

El pensamiento adictivo, al igual que otras formas de pensamiento irracional, suele ser automático, no consciente, aprendido y practicado continuamente. Como tal suele ser resistente al cambio. Además, los adictos desconocen en gran parte las conexiones existentes entre sus pensamientos, sentimientos y acciones.

Los adictos, al igual que personas con otros desajustes psicológicos, sufren en sus interacciones consigo mismo y con los demás, debido a que realizan una errónea interpretación de su entorno que resulta ilógica y antiempírica. Estos errores cognitivos suelen indicar inferencias arbitrarias a partir de las cuales realizan conclusiones basándose en evidencias contradictorias, generalizaciones, magnificaciones o exageraciones del significado o importancia de cosas concretas, y razonamientos dicotómicos.

Algunas características del pensamiento adictivo descritas por Beck et al. (2006) son:

- Negación o Autoengaño cuya función es la de separar al adicto de la conciencia de las

consecuencias que la adicción tiene en su vida. De esta manera se reduce la ansiedad y, además, se protege el sistema adictivo, estableciéndose un equilibrio enfermo del cual el adicto se mantiene atrapado, y que además es la razón por la que el adicto insiste en volver a la sustancia adictiva aún después de una crisis.

La negación se manifiesta en: la minimización de los eventos relacionados con las consecuencias de la adicción; la racionalización del abuso de las sustancias; la justificación del uso en virtud de algo que ocurrió en el pasado o por cualquier otra condición existente en la vida del adicto; la proyección de su propia problemática en los demás; y la futurización como una manera de no estar en contacto con su realidad presente.

- Distorsiones del Pensamiento. La función de estas distorsiones es producir sufrimiento de modo que se justifique el uso de sustancias o conductas adictivas para "aliviar" ese dolor aunque sea de manera desadaptativa. Algunas manifestaciones son: la catastrofización aun del más leve inconveniente de la vida personal; la mortificación ante cualquier problema de la vida cotidiana; la rigidez y dificultad de abrir la mente y considerar otros puntos de vista. Gawin y Ellinwood (1998), citados en Beck et al. (2006), encontraron que las creencias relacionadas con las drogas, tal como visión túnel o filtraje, al activarse, producen un "bloqueo cognitivo" que inhibe la conciencia de las consecuencias negativas que a largo plazo tiene el uso de las drogas.

Todas estas distorsiones provienen del sistema de creencias del pensamiento adictivo



que conforma la raíz de este trastorno en el plano mental. Para poder recuperarse es necesario detectar y cambiar dichas creencias adictivas, puesto que, como señalamos anteriormente contribuyen a mantener la adicción y facilitan la recaída. En investigaciones realizadas sobre las creencias adictivas en pacientes con trastorno de personalidad, clasificados en el eje II, se ha encontrado que estos trastornos poseen patrones cognitivos, afectivos y conductuales, duraderos, que se caracterizan por ser rígidos, poco adaptables y se resisten a ser modificados (Sciacca, 2006).

Creencias acerca del abuso de sustancias psicoactivas

Las creencias se definen como estructuras cognitivas relativamente rígidas y duraderas, que no son fáciles de modificar por la experiencia. Beck et al. (1976, 1991, 2006), formularon una descripción de creencias que conducen a que la persona beba o utilice drogas. Según estos autores, en el corazón mismo del problema de la adicción se encuentra un conjunto de creencias centrales o nucleares del tipo: "estoy indefenso", "no soy querido", "soy muy vulnerable". Estas creencias nucleares interactúan con los estresores vitales para producir un exceso de ansiedad que conduce a la búsqueda de la sustancia para aliviarlas.

Existen distintos niveles en las creencias que subyacen a la conducta adictiva: la creencia básica de que se está "atrapado" en un ambiente nocivo; la creencia de que la única forma de escapar de su ambiente y sentimientos desagradables es tomando drogas; la creencia de que se "necesitan" las drogas para aliviar cualquier sentimiento desagradable.

En este sentido, las creencias adictivas parece que provienen sobre todo de una combinación de creencias nucleares (a veces llamadas esquemas nucleares). Que incluyen una visión negativa de uno mismo (indefensión, indeseabilidad), una perspectiva negativa del ambiente (opresivo, nocivo), visión negativa del futuro (desesperanza), y sentimientos de disgusto como la disforia o la ansiedad.

Usando una muestra representativa, el principal objetivo de este estudio fue identificar las creencias adictivas que acompañan la utilización de SPA, y describir cómo estas se organizan factorialmente en los pacientes que participan en el *Programa de Farmacodependencia*, del Hospital Universitario CARI.

MÉTODO

Participantes

A partir de estudios previos (Ministerio de la Protección Social, 2005; Comisión nacional para el estudio y la prevención de los delitos relacionados con la droga, 1999; Junta internacional de fiscalización de estupefacientes, 2006) que revelaron características sociodemográficas y algunos trastornos asociados al consumo y abuso de SPA en la región, además contando con los datos suministrados por el departamento de estadísticas del CARI, según los cuales en el 2006, asistieron por primera vez a consulta externa 119 pacientes con problemas de adicción, identificamos las características que incluimos en nuestra línea de base.

La muestra estuvo constituida por 90 pacientes que correspondieron a los criterios de la línea de base, todos de sexo masculino con edades comprendidas entre los 18 y los 50 años y policonsumidores de SPA.



Procedimiento

Establecida la muestra, se inició la recolección de la información una vez que los integrantes de la muestra estuvieran en la fase subaguda del trastorno con una estabilización de síntomas y después de la desintoxicación con el fin de garantizar una mejor intervención y participación en el estudio. La aplicación de cada cuestionario autorregistrado fue individual, y con la presencia del investigador con el fin de resolver dudas con respecto al cuestionario. Las evaluaciones se realizaron en la fase inicial del tratamiento, con el fin de garantizar que aún no se habían modificado las estructuras de las creencias.

El instrumento utilizado fue el cuestionario de creencias sobre abuso de sustancias, porque constituye una eficaz escala de medición de las creencias más frecuentes acerca de la utilización de SPA. El cuestionario contiene ítems relacionados con los tres tipos de creencias adictivas: creencia anticipadora, creencia de alivio y creencia permisiva, las cuales hemos descrito anteriormente. También evalúa las creencias nucleares (que les sirven de base a las creencias adictivas) con respecto a: visión del mundo, visión de sí mismo, visión del futuro, alivio del malestar. Informaciones detalladas del cuestionario se pueden obtener en Beck et al. (2006). El análisis de fiabilidad de las creencias con la prueba Alfa de Cronbach obtuvo un nivel general alto (0,84), lo cual confirmó la pertinencia del instrumento.

Análisis de datos

Se procesaron los datos con el programa estadístico SPSS 14. En un primer momento se analizaron las características específicas a la

muestra con respecto a la edad de consumo, la droga de inicio y la droga que genera el problema principal.

Posteriormente con el fin de analizar los distintos tipos de creencia se realizó el análisis factorial usando criterios de restricción para aceptar un factor como estable, estos criterios fueron: selección y eliminación de ítems que cargaban en dos o más factores, de existir ítems compartidos en dos ó más factores se aceptó el ítem como variable de saturación en el factor donde tenía más carga. También se eliminaron los ítems que cargando para un solo factor su carga fuera inferior a 0.40. Una vez realizado este procedimiento se hizo un análisis de factores con las variables seleccionadas por el modelo matemático, usando el método del componente principal y una matriz con rotación ortogonal de tipo varimax.

RESULTADOS

A continuación describimos algunas características de la población de nuestro estudio (Tabla 1). Con respecto a la edad, la mayoría de los sujetos participantes en el estudio oscilan entre 21 y 40 años de edad. La sustancia de uso más frecuente fue el alcohol, el cannabis y la cocaína. La edad de inicio del consumo, para el 84% se sitúa tempranamente, entre los 15 y 20 años, esta es una característica descrita frecuentemente como predictor de abuso de sustancias y desórdenes mentales (Sonntang et al., 2000; Breslau, Kilbey & Andresky, 1994; Wittchen, Stein & Kessler, 1999).

Con respecto a la sustancia de inicio, el 70% de los sujetos iniciaron por cannabis. Pero cuando indagamos por la sustancia que les produce más conflicto, a la que han desarrollado



más adicción, el 30% responde patraseado (o crack), el 21% la cocaína y el 21% el bazuco. En resumen, la mayoría de la población comienza el consumo en una edad comprendida entre los 15 y 20 años de edad y las sustancias de iniciación son la marihuana y el alcohol. (Ver Tabla 1).

La Tabla 2 muestra algunas características biosociodemográficas de la población.

La Tabla 3 muestra los valores estadísticos generales para el conjunto de creencias.

La rotación varimax dio como resultado 6 factores con valores eigen superiores a 1 (ver Tabla 4) que acumularon el 62,55% de la varianza total (VE). El primer factor explica el 28,09% de la VE y los demás hasta un 5%. Estos factores se refieren a los siguientes contenidos:

Tabla 1. Características de la línea de base de los consumidores de sustancias psicoactivas con trastorno dual (N=90)

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

Las diferentes columnas especifican las características de la línea de base al frente de la cual se describen el porcentaje de la muestra que se encuentra en dicha categoría.

Tabla 2. Características biosociodemográficas de la población (N=90)

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Estado civil	Frecuencia	Porcentaje	Situación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Primaria incompleta	10	11.1	Soltero	42	46.7	Profesión fija	13	14
Primaria completa	17	18.9	Casado	12	13.3	Ninguna profesión definida	77	86
Bachillerato incompleto	28	31.1	Unión libre	32	35.6			
Bachillerato completo	30	33.3	Separado	4	4.4			
Estudios técnicos	4	4.4						
Universidad incompleta	1	1.1						
TOTAL	90	100.0		90	100.0		90	100

**Tabla 3.** Estadísticos descriptivos y fiabilidad de las creencias

	Media	Desv. st.	Alfa
La vida sin consumir es aburrida	3,24	2,329	,839
Consumir droga es la única forma de aumentar mi creatividad	2,67	1,836	,837
No puedo funcionar sin ellas	2,91	1,981	,835
Es la única forma de afrontar el dolor de mi vida	2,99	2,064	,830
No estoy preparado para dejar de consumir droga	3,60	2,192	,836
Los deseos y los impulsos hacen que tome drogas	4,73	1,953	,840
Mi vida no mejorará, incluso aunque deje de consumir droga	2,84	1,971	,834
La única forma de manejar mi ira es usando droga	3,17	2,158	,830
La vida sería deprimente si dejara las drogas	2,71	1,874	,831
No merezco recuperarme de las drogas	2,17	1,763	,841
No soy una persona lo suficientemente fuerte para poder dejarlo	3,19	2,135	,838
No podría ser social sin consumir drogas	2,90	1,966	,834
El consumo de sustancias no resulta un problema para mí	2,62	2,091	,847
Los deseos y los impulsos no desaparecerán a menos que tome droga	3,48	2,148	,837
Mi consumo de sustancias lo provoca otra persona (esposa, novio(a), o miembro de la familia)	3,33	2,125	,846
Si alguien tiene un problema de droga, eso es algo completamente genético	2,89	2,112	,858
Escape y alivio_no me puedo relajar sin la drogas	2,86	2,180	,835
Tener estos problemas con las drogas significa que básicamente soy una mala persona	2,78	2,166	,843
No puedo controlar mi ansiedad sin consumir drogas	3,47	2,209	,831
No puedo divertirme en esta vida a menos que consuma drogas	2,69	1,970	,832

Tabla 4. Composición de los factores

Factores	Valores eigen	% de la varianza	%acumulado
1	5,620	28,098	28,098
2	1,724	8,618	36,716
3	1,490	7,449	44,165
4	1,410	7,048	51,213
5	1,191	5,956	57,169
6	1,077	5,384	62,553

Extraction Method: Principal Component Analysis.



Factor 1: Evitar el sufrimiento (4 ítems; VE= 28,09%)

Factor 2: Búsqueda de fortaleza y expansión (3 ítems; VE= 8,61%)

Factor 3: Desconfianza en las propias capacidades (3 ítems; VE= 7,44%)

Factor 4: Visión negativa del propio self (3 ítems; VE= 7,04%)

Factor 5: Consumo puntual, no problemático (3 ítems; VE= 5,95%)

Factor 6: Causas genéticas (1 ítem; VE= 5,38%)

En la Tabla 5 se muestran los diferentes factores y la composición de cada uno, así como la saturación alcanzada por cada uno de los ítems.

Tabla 5. Factores con los reactivos que los componen y sus cargas

	Factores					
	1	2	3	4	5	6
La vida sin consumir es aburrida					,466	
Consumir droga es la única forma de aumentar mi creatividad		,748				
No puedo funcionar sin ellas					,640	
Es la única forma de afrontar el dolor de mi vida		,585				
No estoy preparado para dejar de consumir droga			,702			
Los deseos y los impulsos hacen que tome drogas	,682					
La vida sería deprimente si dejara las drogas	,593					
No merezco recuperarme de las drogas				,652		
No soy una persona lo suficientemente fuerte para poder dejarlo			,648			
No podría ser social sin consumir drogas				,537		
El consumo de sustancias no resulta un problema para mí					,699	
Los deseos y los impulsos no desaparecerán a menos que tome droga	,727					
Mi consumo de sustancias lo provoca otra persona (esposa, novio(a), o miembro de la familia)			,694			
Si alguien tiene un problema de droga, eso es algo completamente genético						,809
Tener estos problemas con las drogas significa que básicamente soy una mala persona				,723		
No puedo controlar mi ansiedad sin consumir drogas	,750					
No puedo divertirme en esta vida a menos que consuma drogas		,460				

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.



DISCUSIÓN

El primer factor que hemos agrupado bajo la denominación de *evitar el sufrimiento*, explica el 28,09% de la VE, lo que lo constituye en el factor más importante y puede decirse que la población estudiada tiene fuertes creencias relacionadas con este esquema.

Las creencias asociadas a este contenido se expresan de la siguiente manera: "los deseos y los impulsos hacen que tome drogas", "la vida sería deprimente si dejara las drogas", "no puedo controlar mi ansiedad sin consumir drogas", "Los deseos y los impulsos no desaparecerán a menos que tome droga".

Todos los items tienen en común la capacidad de alivio que para estos pacientes tiene el producto adictivo. El consumo busca evitar un sufrimiento que el paciente percibe amenazador o aliviar un estado de adversidad actual. Los principales focos de sufrimiento que el paciente busca evitar son los deseos (que el paciente percibe como desagradables, aquí sería interesante abordar la cuestión más a fondo para entender si el paciente busca frenarlos porque no son socialmente aceptados o porque algunas características del medio circundante le impiden su realización ocasionando frustración, en tal caso sería la frustración más que el deseo en sí mismo que el paciente intentaría refrenar) e impulsos, la depresión y la ansiedad.

Nos parece importante resaltar que el reactivo "los deseos y los impulsos no desaparecerán a menos que tome droga", fue el reactivo que estuvo más presente en general en todos los pacientes, este reactivo junto con "los deseos y los impulsos hacen que

tome drogas" son los dos reactivos que hacen alusión al *craving*.

De tal manera, no es una sorpresa encontrar una presencia importante de estos reactivos, ya que plantean quizás una de las problemáticas más importantes en el trastorno adictivo: el *craving*, y todo el dolor y sufrimiento asociado a él. Los pacientes se aferran a la idea de que solo el producto podrá librarlos del sufrimiento engendrado por su falta y allí nace el círculo vicioso que caracteriza el pensamiento adictivo.

La presencia de las creencias de evitar el sufrimiento está relacionada con el hecho de evitar el *craving* y aliviar la angustia frente a la ausencia del consumo; su elevada presencia puede explicarse porque ellas se asocian con la baja tolerancia a la frustración como lo plantean Beck et al. (2006), Abrahms & Ellis (1986), Polo & Amar (2006).

El segundo factor está compuesto por los reactivos pertenecientes al esquema de *búsqueda de fortaleza y expansión*. Este factor explica el 8,61% de la VE, lo cual representa una presencia importante de este tipo de ideas en los pacientes estudiados. Está compuesto de los items: "consumir droga es la única forma de aumentar mi creatividad", "es la única forma de afrontar el dolor de mi vida", "no puedo divertirme en esta vida a menos que consuma drogas".

El paciente atribuye al producto propiedades creativas; gracias a él, el paciente es capaz no solamente de sobremontar las dificultades sino de procurarse diversión, las ideas que incluyen este factor tiene características de tipo anticipatorias.



Primero aparecen las creencias anticipadoras, relacionadas con la obtención de placer mediante la utilización de drogas o alcohol. Como su nombre indica son las que anticipan el incremento de eficacia o de socialización: "lo haré mejor", "seré más divertido y me aceptarán más en el grupo". También pueden tener características de creencias románticas, que predicen la satisfacción o el escape: "me sentiré menos triste", "será una forma dulce de olvidar".

Estas creencias anticipadoras normalmente progresan hacia creencias sobre el alivio que definen la utilización de SPA como una necesidad fatal e indican que el craving es incontrolable y debe ser satisfecho. Se manifiestan cuando la persona empieza a confiar en la droga para contrarrestar sus sentimientos de angustia. "necesito cocaína para poder funcionar", "me sentiré de nuevo bien si la utilizo".

La anticipación del placer o el alivio lleva a la activación del craving y a las creencias facilitadoras o permisivas que legitiman la utilización de las drogas. Las creencias facilitadoras, son las creencias que justifican el consumo de droga, el cual consideran aceptable a pesar de las consecuencias: "las personas débiles tienen problemas con las drogas, esto no me ocurrirá a mí".

El tercer factor lo hemos denominado *desconfianza en la propia capacidad* y explica el 7,44% de VE, lo que constituye una prevalencia media. Este factor está conformado por los siguientes reactivos: "no estoy preparado para dejar de consumir droga", "no soy una persona lo suficientemente fuerte para poder dejarlo", "mi consumo de sustancias lo provoca otra persona (esposa, novio(a), o miembro de la familia)".

Este factor, así como como el siguiente, tiene la particularidad de describir la visión que los pacientes tienen de sí mismos. La visión negativa de uno mismo en este factor tiene las características de indefensión; describe la desconfianza en las propias capacidades y al mismo tiempo por una atribución externa de las causas de sus problemas. El paciente atribuye su consumo a terceras personas, que reconoce que forman parte de su círculo cercano. El hecho de que las causas de la adicción sean externas dificulta la confianza en las propias capacidades para resolverla; esta incapacidad de confiar en sus propias habilidades para hacerle frente al consumo dificulta la intervención.

El cuarto factor denominado *visión negativa del propio self*, explica el 7,04% de VE lo cual lo hace un factor con una presencia moderada. Este factor, como mencionamos anteriormente, está relacionado con la visión negativa de sí mismo (Beck et al., 2006), pero en este factor el énfasis es puesto en la propia percepción como alguien indeseable o no meritador de estima o perdón. Los siguientes ítems forman parte de este factor: "no merezco recuperarme de las drogas", "no podría ser social sin consumir drogas", "tener estos problemas con las drogas significa que básicamente soy una mala persona".

Este tipo de creencias facilitan el consumo, ya que el individuo se reconoce como ya de por sí malo y poco merecedor de bienestar. Entonces, la búsqueda de rehabilitación es más difícil, porque los pacientes sienten no merecerla o no ser capaces de lograrla. El hecho de que este factor no tiene una presencia muy elevada, puede ser un buen predictor para los pacientes que hemos estudiado.



El quinto factor hace referencia al *consumo puntual, no problemático*, es decir, el paciente piensa que el producto se restringe a una función específica y bien diferenciada, la consume para suplir esa función pero su consumo no representa un peligro para él. El factor está compuesto por 3 ítems: "la vida sin consumir es aburrida", "no puedo funcionar sin ellas", "el consumo de sustancias no resulta un problema para mí". Su presencia en la VE es de 5,95%, lo cual representa una frecuencia media-baja.

Analizando delicadamente los tres ítems que componen este factor, que a primera vista pueden parecer contradictorios, vemos que el paciente considera el producto como fundamental en su funcionamiento, no podría estar sin él porque le da sabor a la vida, la vida sin él sería aburrida. Esta apreciación está asociada a las atribuciones positivas que describimos en el factor 2, con la particularidad de que como el consumo a su conocimiento tiene un fin específico, no representa un peligro como tal para ellos.

Este factor está poco presente en esta población porque en realidad para nuestros pacientes el consumo sí representa una dificultad mayor, como lo demuestra su participación en el *programa de Rehabilitación del CARI*.

El sexto factor contiene un solo reactivo y por lo tanto lo hemos denominado teniendo en cuenta la característica evaluada, es decir, las *causas genéticas*, este factor explica el 5,38% de la VE, lo cual indica una presencia media-baja del mismo.

El reactivo "si alguien tiene un problema de droga, eso es algo completamente genético", hace referencia a las causas genéticas como origen principal de la adicción. Este factor está poco presente en nuestra población. Tal vez por

el hecho de participar, aunque da poco tiempo, en el programa de farmacodependencia del CARI, donde por parte del equipo ellos reciben una información detallada de la adicción y de su etiología; no reconocen la genética como la única causa del consumo.

Para concluir, nos parece importante anotar que teniendo en cuenta que las creencias de *evitar el sufrimiento*, las cuales fueron las más prevalentes en este estudio, se desarrollan cuando la persona comienza a confiar en la droga para contrarrestar sus sentimientos de angustia y que inducen al consumidor a creer que estará mejor después del consumo, podemos afirmar que son las que con más énfasis contribuyen a perpetuar el consumo.

Así mismo, son las más difíciles de erradicar porque prometen el acceso a un estado de tranquilidad, lo cual indica que la persona "necesita" la droga para contrarrestar sus sentimientos de angustia porque de otra manera no los puede manejar.

Entonces, podemos decir que son las ideas a las que con más énfasis debe apuntar una intervención de tipo cognitivo, neutralizando este tipo de creencias con la estimulación de ideas de control que indiquen al paciente que el alivio producido por el consumo es relativo y paradójico porque puede estar acompañado de una gran dosis de malestar y sufrimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abrahms, E. & Ellis, A. (1986). *Teoría ABC de la terapia racional emotiva*. México: Editorial Pax.

Beck, A. (1976). *Cognitive therapies and emotional disorders*. New York: International Universities Press.



- Beck, A. (1991). Cognitive therapy: a 30 year retrospective. *American psychologist*, 46, 368-375.
- Beck, A., Wright, C., Newman C. & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A., Wright, C., Newman, C. & Liese, B. (2006). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford press.
- Breslau, N., Kilbey, M. & Andresky (1994). Nicotine dependence in young adults : prevalence in young adults, correlates and associated psychiatric disorders. *Addictions*, 89, 734-754.
- Comisión nacional para el estudio y la prevención de los delitos relacionados con la droga (1999). *Informe anual sobre la prevención y la comisión de los delitos relacionados con la droga*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Ellis, A., McInerney, J., DiGiuseppe, R. & Yeager, R. (1992). *Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gawin, F.H. & Ellinwood, E.H. (1988). Cocaine and other stimulants. Actions, abuse, and treatment. *N Engl J Med*, 318, (18):1173-1182.
- Junta internacional de fiscalización de estupefacientes (2006). *Informe sobre la fiscalización de estupefacientes*. Bogotá: Presidencia de la república.
- Ministerio de Protección Social (2005). *Consulta nacional sobre la situación del país en materia del uso indebido de drogas. Problemática y alternativas*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Polo, I. & Amar, J. (2006). Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual. *Revista psicogente*, 15, 119-134.
- Sciacca, K. (2006). *Dual Diagnosis treatment and motivational interviewing*. London: Hussein Rassol.
- Sonntang, H., Wittchen, H., Hofler, M., Kessler, R. & Stein, M. (2000). Are social fears and DSMIV social anxiety disorders associated with smoking and nicotine dependence in adolescents and young adults? *Euro Psychiatry*, 15, 67-74.
- Wittchen, H., Stein, M. & Kessler, R. (1999). Social fears and social phobia in a community sample of adolescents and young adults; prevalence, risk factors and co-morbidity. *Psychol Med*, 29, 309-323.