



Adicciones

ISSN: 0214-4840

secretaria@adicciones.es

Sociedad Científica Española de Estudios
sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras
Toxicomanías
España

Martínez González, José Miguel; Verdejo García, Antonio
Creencias básicas adictivas y craving
Adicciones, vol. 23, núm. 1, 2011, pp. 45-52
Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías
Palma de Mallorca, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289122829006>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

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.

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.

INTRODUCCIÓN

El interés por el estudio del *craving* como fenómeno que influyente en los procesos de deshabituación del consumo de drogas, ha generado numerosas investigaciones que han tenido como finalidad conocer fundamentalmente su etiología y modos de afrontarlo. Para identificar las variables bajo las que opera el *craving* se han propuesto desde diferentes modelos teóricos hipótesis que probablemente no sean incompatibles entre sí. En una revisión reciente sobre el término *craving* puede comprobarse que han sido varios los modelos teóricos que han tratado de explicarlo. Estas aproximaciones teóricas incluyen: 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); y 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 (Skinner y Aubin, 2010). Este trabajo pretende profundizar en el estudio del *craving* desde el modelo cognitivo, más específicamente desde el modelo de Beck, que concibe el *craving* como manifestación de la existencia de pensamientos y creencias disfuncionales inherentes al proceso adictivo.

El objeto de la intervención según el modelo cognitivo de drogodependencia (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999) 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). En esta línea, muchos trabajos han permitido que conozcamos la importancia de las expectativas de autoeficacia en el abandono del consumo de drogas (Blasco, Martínez-Raga, Carrasco y Attas, 2008; Llorente e Iraurgi-Castillo, 2008), porque ocupan un rol clave en el afrontamiento del *craving*. Una prueba de ello lo encontramos cuando los pacientes tienen expectativas negativas sobre el éxito del tratamiento antes de comenzar, porque 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). Tal es así que la creencia de que la abstinencia del consumo de drogas se asocia irremediamente 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 (Horvath, 1988, citado en Beck et al., 1999). Como se sabe la fuerza de voluntad necesaria para participar activamente en el tratamiento no se refiere exclusivamente a la capacidad del

cas que se pueden aprender y que le permitirán afrontar con éxito el deseo de consumo.

Para profundizar en ésta cuestión debemos diferenciar entre *craving* e impulso de consumo de drogas. 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 intervinientes 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. Esto es, 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).

Como las creencias básicas adictivas y las asociadas a la propia experiencia de *craving* adquieren gran relevancia en el tratamiento, una parte muy importante del mismo se centra en la modificación de estas creencias (Iraurgi y Corcuera, 2008; Merikle, 1999). 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 (Vázquez, 2003). Por otro lado, la identificación de estos pensamientos que están a la base conlleva cierto grado de dificultad porque los pensamientos irracionales suelen considerarse normales. Esto es, 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 (Vázquez, 2003).

En adicciones, las creencias más nucleares, esto es, las creencias básicas adictivas pueden dividirse en varios grupos: las que guardan relación con la idea de que uno necesita la sustancia si tiene que mantener el equilibrio psicológico y emocional; la expectativa de que la sustancia mejorará el funcionamiento social e intelectual; la creencia de que la droga energizará al individuo y le dará más fuerza y poder; la expectativa de que la droga calmará el dolor; el supuesto de que la droga aliviará el aburrimiento, la ansiedad, la ten-

nidamente, y con toda probabilidad, empeorará. Estas creencias que pueden permanecer inactivas se estimulan ante la presencia de algún estímulo condicionado con la droga, y tan pronto como se activan estas creencias la persona experimenta una exacerbación del *craving* (Beck et al. 1999). Por tanto, según el modelo existen creencias básicas relacionadas con el consumo de drogas denominadas creencias básicas adictivas. Un ejemplo de ellas son: "todo el mundo consume", "esto es lo mío", "si no consumo no seré feliz", etc., que están a la base del deseo de consumo, de modo que en la medida en que la persona que se identifica con estas creencias básicas se expone a estímulos condicionados con el consumo de drogas, el deseo aparecerá intensamente.

Un aspecto fundamental para la comprensión de la evolución e impacto del *craving* consiste en identificar las variables que hacen posible que el *craving* permanezca largo tiempo durante el tratamiento. La durabilidad de la presencia de el *craving* a lo largo del tratamiento varía de un paciente a otro, de modo que no parece depender exclusivamente de las claves contextuales. Mientras que algunos pacientes no presentan *craving* al poco tiempo de iniciar su abstinencia, otros los siguen padeciendo a pasar de llevar varios meses abstinentes.

En el modelo cognitivo de recaída (Beck et al., 1999) se visualiza una progresión que vincula las creencias básicas adictivas y las creencias facilitadoras que inducen al paciente a consumir. Tal es su impacto que en la medida en que permanecen intactas las creencias básicas adictivas persiste el *craving*, por lo que se evidencia que el *craving* no es causa directa de la situación sino que median las creencias sobre el consumo de drogas, esto es, las creencias básicas adictivas y las específicas sobre el *craving*. El objetivo central del modelo cognitivo es identificar y eliminar las creencias adictivas del paciente reemplazándolas con creencias control más adaptativas, porque si desaparecen las creencias básicas adictivas disminuye la probabilidad de que aparezca el *craving*.

Los objetivos de este estudio fueron: 1) investigar la relación entre las creencias básicas adictivas, las creencias sobre el *craving* y los niveles de *craving* experimentados por la persona; y 2) examinar las diferencias de intensidad de *craving* experimentado y de identificación con las creencias en función de diversas variables demográficas y clínicas, como el sexo, el género, el tiempo de abstinencia o la duración del tratamiento.

MÉTODO

Participantes

La muestra la componen 130 pacientes que siguen tratamiento por su dependencia a diferentes drogas, en el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada. Se trata de un centro público de atención a las drogodependencias. El acceso al servicio puede hacerse por iniciativa propia o derivación

todos los casos que voluntariamente querían responder a los cuestionarios utilizados en el estudio. No se utilizaron criterios de inclusión para conseguir una muestra lo suficientemente heterogénea que no asociara los resultados del estudio a un grupo específico de pacientes. El 49,2 % (n = 64) de los pacientes presentan dependencia al alcohol, el 21,5 % (n = 28) *speedball* y el 19,2 % (n = 25) cocaína. El 80 % (n = 104) eran hombres mientras que el 20 % (n = 26) eran mujeres. La edad media de los pacientes fue de 41,2 años. El tiempo medio de evolución de la dependencia fue de 14,2 años y la media de meses en tratamiento fue de 1,84 meses, con un rango de 0 meses completos a 17 meses. La media del tiempo de abstinencia en el consumo de drogas fue de 5,10 meses, con un rango que va de 0 a 80 meses.

Instrumentos de evaluación

Se utilizaron tres cuestionarios para conocer el nivel de *craving* experimentado en el momento de la evaluación, las creencias básicas adictivas y creencias sobre el *craving*.

Para el estudio del *craving* se adaptó el cuestionario *Craving Questionnaire* (Weiss, Griffin y Hufford, 1995; en Tejero y Trujol, 2003) para evaluar el nivel de *craving* con independencia del tipo de sustancias que consumiese el paciente. Consta de 5 ítems con respuesta "tipo Likert" de 5 valores y presenta un alpha de .87, lo que indica una alta consistencia interna del cuestionario. Los ítems hacen mención a la frecuencia, intensidad y circunstancias en que aparece el *craving*.

La evaluación de las creencias sobre el *craving* se realizó mediante el cuestionario CBQ (*Cuestionario de creencias sobre el craving*), que consta de 20 ítems, con un alpha de .87. Además se utilizó el "Cuestionario de creencias acerca del abuso de sustancias", de 20 ítems y presenta un alpha de .89. En adelante hablaremos de creencias básicas adictivas para denominar las creencias acerca del abuso de sustancias. Ambos cuestionarios son propuestas de Beck et al., (1999).

Procedimiento

Los participantes completan los cuestionarios a lo largo de una sesión en presencia de su terapeuta. Antes de comenzar se les dio a todos ellos una breve explicación sobre el significado del término "*craving*". En todos los casos se les indicó que el término *craving* hace referencia al deseo de consumo de droga, debiendo ser conscientes por tanto que es un deseo que se refiere particularmente al consumo de drogas. No se estableció tiempo máximo para contestar.

A todos los pacientes se les solicitó el consentimiento informado.

Diseño y análisis estadístico

Se ha realizado un muestreo consecutivo de acuerdo con las citas previstas de los pacientes con cada uno de los cinco

Los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 17.

Para examinar el objetivo principal del estudio se llevaron a cabo dos regresiones jerárquicas múltiples en las que la variable dependiente fue la Intensidad del *Craving* (medida por el cuestionario de Weiss et al., 1995) y en las que se introdujeron tres bloques consecutivos de variables predictoras: (1) Demográficas (Sexo y Edad), (2) Clínicas (Sustancia Principal de Consumo: *speedball*, cocaína, alcohol, cocaína o cannabis, Años de Evolución de la Dependencia y Duración de la Abstinencia), y (3) Creencias sobre el *Craving* (primer análisis de regresión) o Creencias Básicas Adictivas (segundo análisis de regresión). Se emplearon dos análisis de regresión diferenciados porque las puntuaciones de Creencias sobre el *Craving* y Creencias Básicas Adictivas estaban fuertemente correlacionadas ($Rho=0,58$, $p=0,001$) por lo que su inclusión simultánea hubiera generado problemas de colinealidad en el modelo de regresión. La variable predictora "Sustancia principal de consumo" fue recodificada en variables "dummies" para poder ser incluida en los modelos de regresión. La principal ventaja de los modelos de regresión jerárquica es que permiten estimar la magnitud y la significación del cambio producido por la inclusión de cada uno de los bloques de variables predictoras en la capacidad predictiva global del modelo sobre la variable dependiente. Por tanto, se obtuvo el estadístico de *cambio en R^2* (y su valor de p) asociado a la inclusión de cada uno de los tres bloques de variables predictoras. De este modo podemos estimar la capacidad predictiva de las Creencias sobre el *Craving* y las Creencias Básicas Adictivas una vez tenida en cuenta la varianza explicada por las variables Demográficas y Clínicas.

Asimismo, con objeto de determinar qué tipo de Creencias Básicas acerca del Abuso de Sustancias predicen de manera más robusta la Intensidad del *Craving* se llevó a cabo un tercer análisis de regresión en el que se incluyeron como variables predictoras los cinco componentes derivados del análisis factorial del cuestionario de Creencias Básicas: funcionalidad del consumo, autoetiquetación y sentimiento de culpabilidad, expectativas de autoeficacia, asumir la enfermedad y expectativas de resultados.

Dada su relevancia clínica, se realizaron también análisis específicos de contraste de medias para examinar el efecto de la duración de la abstinencia (en dos cortes transversales temporales a los 30 días y a los 60 días) sobre la identificación con las creencias y el *craving*. Para tal efecto se utilizó el estadístico *t*-Student, habiendo establecido un nivel de significación estadística de 0,05.

Finalmente, se realizaron correlaciones bivariadas entre las variables clínicas y las creencias básicas adictivas y sobre el *craving* para examinar la asociación entre las mismas.

RESULTADOS

Se ha realizado el análisis factorial exploratorio de componentes principales del cuestionario de creencias básicas adictivas, aplicando una rotación varimax y extrayendo aquellos factores con autovalores mayores que la unidad. La media de adecuación muestral KMO mostró un valor de 0.88, indicando que el análisis factorial es pertinente en los datos muestrales analizados. Se obtienen cinco componentes principales, de los que dos de ellos explican el 40,59 % de la varianza total. El primer componente lo integran creencias relativas a la funcionalidad del consumo y lo componen los ítems: 1, 2, 3, 4, 17, 19 y 20 (con un α de 0,88). El segundo componente, se refiere a la autoetiquetación y sentimiento de culpa. Los ítems que miden este factor son: 8, 9, 10, 12 y 18 ($\alpha = 0,84$). El tercer componente incluye creencias que guardan relación con las expectativas negativas de autoeficacia, a través de los ítems: 5, 6 y 11 ($\alpha = 0,60$). El cuarto componente se refiere al hecho de asumir la enfermedad, generando interpretaciones desde un sistema atribucional externo, y lo forman los ítems: 13 y 15 ($\alpha = 0,40$). El quinto componente se refiere a las expectativas de resultados a través de los ítems: 7, 14 y 16 ($\alpha = 0,47$) (Tabla 1).

Capacidad predictiva de las Creencias sobre el Craving sobre la Intensidad del Craving:

Los resultados del primer análisis de regresión jerárquica (incluyendo las Creencias sobre el *Craving*) mostraron que la inclusión del primer bloque de Variables Demográficas no predice significativamente la Intensidad del *Craving* (*cambio en R^2* =0,03, $p=0,13$); la inclusión de las Variables Clínicas produce una mejora significativa de la capacidad de predicción de la Intensidad del *Craving* (*cambio en R^2* =0,12; $p=0,01$); y la inclusión de las Creencias sobre el *Craving* mejora significativamente la capacidad predictiva de los dos bloques anteriores sobre la Intensidad del *Craving* (*cambio en R^2* =0,03; $p=0,05$). La capacidad predictiva global del modelo es del 18,3% de la varianza explicada, resultando estadísticamente significativa ($F=2,94$; $g.l.=9,118$; $p=0,003$). La inspección detallada de los coeficientes *Beta* indica que las Creencias sobre el *Craving* y el consumo de *speedball* y alcohol como Sustancias Principales de Consumo son los predictores individuales estadísticamente significativos dentro del modelo global, todos ellos asociados con una mayor intensidad del *craving*. Asimismo, la duración de la abstinencia mostró una capacidad predictiva marginalmente significativa sobre la Intensidad del *Craving* ($p=0,08$) antes de la inclusión de las Creencias sobre el *Craving*: una mayor duración de la abstinencia se asocia a una menor Intensidad del *Craving*.

Capacidad predictiva de las Creencias Básicas Adictivas sobre la Intensidad del Craving:

En este caso sólo comentamos los resultados referentes a la inclusión en el modelo de las Creencias Básicas Adictivas, ya que los efectos de las variables clínicas y demográficas son idénticos a los obtenidos en el modelo anterior. Los

Tabla 1. Matriz de componentes rotados. Ítems del Cuestionario acerca del Abuso de Sustancias. Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax.

Ítems. Creencias básicas adictivas.	Componentes principales				
	1	2	3	4	5
N1 La vida sin tomar drogas es aburrida	,611				
N2 Tomar drogas es la única forma de que pueda incrementar mi creatividad y productividad	,882				
N3 No puedo funcionar sin ellas	,862				
N4 Es la única forma de afrontar el dolor en mi vida	,651				
N5 No estoy preparado para dejar de tomar drogas			,511		
N6 Los craving y los impulsos hacen que tome drogas			,773		
N7 Mi vida no mejorará, aunque deje de consumir drogas					,343
N8 La única forma de manejar mi ira es usando drogas		,723			
N9 La vida sería deprimente si dejara las drogas		,771			
N10 No merezco recuperarme de las drogas		,828			
N11 No soy una personas suficientemente fuerte para dejarlo			,562		
N12 No podría ser social sin tomar drogas		,812			
N13 El abuso de sustancias no resulta un problema para mí				,760	
N14 Los craving y los impulsos no desaparecerán a menos que tome drogas					,499
N15 Mi abuso de sustancias lo provoca otra persona (por ejemplo, mi esposa, novio/a, o un miembro de la familia)				,603	
N16 Si alguien tiene un problema con las drogas, eso es algo completamente genético					,834
N17 No me puedo relajar sin las drogas	,541				
N18 Tener estos problemas con las drogas significa que básicamente soy una mala persona		,508			
N19 No puedo controlar mi ansiedad sin tomar drogas	,621				
N20 No puedo divertirme en esta vida a menos que tome drogas	,621				

vas mejora significativamente la capacidad de predicción de los dos bloques anteriores (Variables Demográficas y Clínicas) sobre la Intensidad del *Craving* (cambio en $R^2=0,12$; $p=0,001$). La capacidad predictiva global del modelo es del 27,5% de la varianza explicada, resultando estadísticamente significativa ($F=4,93$; $g.l.=9,118$; $p=0,001$). La inspección detallada de los coeficientes *Beta* indica que las Creencias Básicas Adictivas y el consumo de *speedball* y alcohol como Sustancias Principales de Consumo son los predictores individuales estadísticamente significativos dentro del modelo, todos ellos asociados con una mayor intensidad del *craving*.

¿Qué tipo de Creencias Básicas Adictivas predicen mejor la Intensidad del Craving?:

Dada la relevancia de las Creencias Básicas Adictivas sobre la Intensidad del *Craving*, en un tercer análisis incluimos las puntuaciones derivadas de los cinco factores obtenidos en el Análisis de Componentes Principales de este

(expectativas de autoeficacia), $Beta=0,24$; $p=0,003$, son los que predicen de manera significativa la Intensidad del *Craving*. El modelo global incluyendo estas cinco variables predice el 25,2% de la varianza explicada, resultando estadísticamente significativo, ($F=8,21$; $g.l.=5,122$; $p=0,001$) (Tabla 2).

Influencia de la Duración de la Abstinencia en la robustez de las Creencias y la Intensidad del Craving: Contrastes bivariados transversales entre individuos con más vs. menos de 60 y 90 días de abstinencia:

A la luz de los resultados de la regresión jerárquica se quiso analizar más detalladamente la relación entre el tiempo de abstinencia y las creencias básicas adictivas y sobre el *craving*, teniendo en cuenta puntos de corte temporales que son relevantes en la práctica clínica. Para abordar este objetivo, se dividió la muestra en dos subgrupos: los que llevaban más o menos de 60 días abstinentes. Se encontra-

Tabla 2. Resumen de los tres modelos de regresión aplicados: (1) Modelo de regresión jerárquica analizando la contribución diferencial y conjunta de variables demográficas, clínicas y de creencias acerca del *craving* sobre la intensidad del *craving*. (2) Modelo de regresión jerárquica analizando la contribución diferencial y conjunta de variables demográficas, clínicas y de creencias básicas acerca de la adicción sobre la intensidad del *craving*. (3) Modelo de regresión múltiple (Método: Introducir) analizando la contribución de los distintos componentes de las creencias básicas sobre la drogodependencia sobre la intensidad del *craving*.

Modelo	Cambio en R^2 (Demográficas)	Cambio en R^2 (Clínicas)	Cambio en R^2 (Creencias)	R^2 , F y p del Modelo completo	Variables que contribuyen significativamente
1. Creencias sobre el <i>Craving</i>	0,03 (p=0,13)	0,12 (p=0,01)	0,03 (p=0,05)	$R^2=0,18$, $F(9,117)=2,94$, $p=0,003$	-Consumo de alcohol ($Beta=2,52$; $p=0,01$) y <i>speedball</i> ($Beta=2,23$; $p=0,03$) -Creencias <i>craving</i> ($Beta=1,98$; $p=0,05$)
2. Creencias básicas adictivas.	0,03 (p=0,13)	0,12 (p=0,01)	0,12 (p=0,000)	$R^2=0,28$, $F(9,117)=4,93$; $p=0,000$	-Consumo de alcohol ($Beta=0,41$; $p=0,01$) y <i>speedball</i> ($Beta=0,39$; $p=0,05$) -Creencias básicas ($Beta=0,37$; $p=0,000$)
3. Componentes de las Creencias básicas adictivas.				$R^2=0,25$, $F(5,122)=8,21$; $p=0,000$	-Funcionalidad del consumo ($Beta=0,42$, $p=0,000$) -Expectativas negativas de autoeficacia ($Beta=0,24$; $p=0,003$)

Tabla 3. Diferencias estadísticamente significativas de los niveles de *craving* y creencias básicas acerca de la drogodependencia en función del tiempo de abstinencia.

	Grupo de comparación	Media	Desviación típica	t	p
Media de <i>craving</i>	Menos de 60 días de abstinencia	2,46	2,54	5,773	0,001
	Más de 60 días de abstinencia	0,78	1,13		
Media de creencias básicas acerca de la drogodependencia	Menos de 60 días de abstinencia	1,95	0,82	2,315	0,022
	Más de 60 días de abstinencia	1,61	0,80		

$p = 0,001$), el nivel de *craving* era menor en las personas que llevaban más de 60 días abstinentes, y (ii) en la medida en que los pacientes se identifican con las creencias básicas adictivas ($t = -2,315$; $p = 0,022$), la identificación era menor en el grupo de pacientes con más tiempo de abstinencia (Tabla 3). Sin embargo no se obtienen diferencias estadísticamente significativas cuando el criterio de comparación se eleva a 90 días de abstinencia.

Correlaciones bivariadas entre las variables clínicas y las creencias:

Se ha calculado la correlación de Pearson entre los años de evolución y la media de las creencias adictivas obteniendo una correlación estadísticamente significativa ($r = ,195$; $p = 0,028$), mostrando que conforme aumenta la evolución de su drogadicción más se identifican los pacientes con estas creencias básicas adictivas. Por el contrario, la evolución no correlaciona con las creencias sobre el *craving*.

También se ha comprobado que las creencias básicas adictivas predicen el grado con el que las personas se identifican con las creencias sobre el *craving* ($Beta = ,449$; $p = 0,000$).

DISCUSIÓN

Los resultados mostraron que las creencias básicas adictivas, particularmente las relacionadas con la funcionalidad del consumo y las expectativas negativas de autoeficacia, constituyen el mejor predictor de la intensidad del *craving* en esta muestra de pacientes drogodependientes en tratamiento. Otras variables predictoras fueron (por orden de mayor a menor magnitud) las creencias específicas sobre el *craving*, el tipo de sustancia principal y la duración de la abstinencia. Los análisis de contraste realizados comparando a los pacientes con abstinencia superior vs. inferior a 60 días demostraron que una duración superior de la abstinencia está asociada con menor identificación con las creencias y menor nivel de *craving*. Asimismo, se demostró que

con una mayor robustez en las creencias sobre el *craving*. En conjunto, estos hallazgos resaltan el importante valor pronóstico de las creencias básicas adictivas y la relevancia de aplicar intervenciones específicas sobre esas creencias, contribuyendo así a reducir la intensidad de la experiencia de *craving*.

En conjunto, estos resultados pueden sugerir que los pacientes describen niveles más bajos de deseo de consumo cuando se modifican las creencias básicas adictivas y las creencias sobre el propio deseo. Esto podría explicar el hecho por el que el deseo de consumo permanezca largo tiempo incluso sin la presencia de estímulos condicionados, al menos después de dos meses de abstinencia. Todo apunta a que si un paciente, expuesto a estímulos condicionados con el consumo de drogas, se identifica con las creencias básicas adictivas se incrementa la posibilidad de presentar *craving* aunque hayan transcurrido varios meses en abstinencia. Los resultados indican por tanto que existe la posibilidad de acelerar la disminución del deseo con intervenciones cognitivas para la modificación de estas creencias. Con ese fin se han desarrollado las técnicas de distracción, discusión de ideas irracionales o autoinstrucciones y autoafirmaciones (González, 2004). Por otro lado, el hecho de que las creencias sobre el *craving* también tengan la capacidad de predecir el nivel de *craving* demuestra el feedback entre el *craving* y las creencias sobre el *craving* (Beck et al., 1999).

No obstante, el análisis del peso de las creencias básicas adictivas y las creencias sobre el *craving* sobre del deseo de consumo, muestra que las creencias básicas adictivas tiene más peso en la predicción del deseo, lo que implica que la intervención debe ocuparse especialmente de las creencias básicas adictivas tal y como postula el modelo de recaída de Beck. La relación entre las creencias sobre el *craving* y las creencias básicas adictivas puede influir negativamente en la evolución del tratamiento. Esto es, si el paciente se identifica con las creencias básicas adictivas cuando se expone a estímulos condicionados con el consumo de drogas es probable que aparezca el deseo de consumo de drogas.

La modificación de las creencias básicas adictivas se constituye por tanto en un objetivo prioritario del tratamiento cognitivo de la drogodependencia, toda vez que este cambio facilita no solo la modificación del estilo de vida sino también la reducción de los niveles de *craving*. Los hallazgos de este trabajo son compatibles con la observación clínica porque tras meses de abstinencia los pacientes que han neutralizado estas creencias adictivas verbalizan que no presentan *craving* ante los mismos estímulos condicionados que con anterioridad provocaban el deseo intenso de consumo de drogas.

Con respecto al estudio exploratorio de los cinco factores del cuestionario de creencias básicas, se observa que tienen capacidad predictiva los factores denominados funcionalidad del consumo y expectativas de autoeficacia. De ahí que el aprendizaje de estrategias para disminuir el *craving* implica la modificación de creencias adictivas relacionadas con estos dos factores, en lugar de utilizar estrategias confronta-

tivas de autoeficacia y resultados tienen gran impacto sobre la aparición del *craving* confirmando estudios que han vinculado la efectividad del tratamiento con esta variable, porque el hecho de que el paciente perciba el tratamiento como útil incrementa la eficacia del mismo (Long, Williams, y Hollin, 1999; Tiffany, 1990).

Asimismo, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en *craving* en función del tiempo de abstinencia cuando se establece el criterio de comparación entorno a los 60 días, algo más del empleado en el estudio de López y Becoña (2006) en el que también encontraron diferencias estadísticamente significativas en función del tiempo de abstinencia. Al parecer el deseo de consumo disminuye conforme aumenta el tiempo de abstinencia en los dos primeros meses del tratamiento, porque a partir de los tres meses las diferencias en los niveles de deseo de consumo no se pueden atribuir al tiempo de abstinencia. Estos resultados muestran por tanto que la abstinencia puede ser una variable influyente en el nivel de *craving* a lo largo de los dos primeros meses de abstinencia, pero no cuando lleva más tiempo, porque el solo paso del tiempo en tratamiento no garantiza la disminución del nivel de *craving*. Por otro lado, las personas que llevan más de dos meses abstinentes se identifican significativamente menos con las creencias básicas adictivas, lo que indica que el tiempo de abstinencia influye en el modo en que los pacientes perciben su dependencia. Los resultados demuestran la importancia que tiene que el paciente logre superar los dos primeros meses de abstinencia, porque se ha comprobado que a partir de ese momento no solo disminuye significativamente el nivel de deseo de consumo sino también el grado en el que se identifican los pacientes con las creencias básicas adictivas.

También se ha visto que la evolución de la drogadicción se relaciona con las creencias básicas adictivas porque cuantos más años de evolución presente la persona, más arraigadas están estas creencias. El hecho de que los pacientes con mayor evolución se identifiquen más con estas creencias indica que presentan un perfil cognitivo-adictivo más arraigado, lo que puede influir negativamente en el tratamiento como consecuencia de su impacto en las expectativas de autoeficacia, y tratamiento en general (Beck et al., 1999).

Este trabajo ha permitido responder a los objetivos propuestos toda vez que se ha comprobado el peso que tienen en la predicción del *craving* las creencias básicas adictivas y las relacionadas con el *craving*. Esto implica fundamentalmente que las creencias básicas adictivas influyen sobre la duración del *craving* y por tanto también sobre la dificultad para afrontarlo, tal y como postula el modelo de recaída de Beck. De este modo podría explicarse el hecho de que algunos pacientes tengan deseo de consumo tras un largo periodo de abstinencia en el que cabe esperar la inapetencia de drogas.

Una de las limitaciones del estudio fue no contemplar información relativa a la toma de medicación y diagnóstico dual de cada caso, por lo que futuras investigaciones deberán incorporar estas variables. Asimismo, este estudio se ha

es necesario que futuras investigaciones traten de integrar distintas aproximaciones (incluyendo medidas cognitivas, motivacionales y neuropsicológicas) con objeto de explorar distintas facetas de este complejo fenómeno.

AGRADECIMIENTOS.

Deseamos agradecer a María Sánchez, Guadalupe Sánchez, Antonio Arenas y Oscar Andrés, psicólogos del Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, su colaboración en la pasación de los cuestionarios.

REFERENCIAS

- Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F. y Liese, B.L. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- 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.
- González, I. (2004). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *RET Revista de Toxicomanías*, 42, 27-32.
- Graña, J.L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Iraurgi, I. y Corcuera, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 32, 9-22.
- 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.
- Long, C.G., Williams, M. y Hollin, C.R. (1999). Within treatment factors as predictors of drinking outcome following cognitive-behavioral treatment. *Addiction Biology*, 4, 238-239.
- López, A. y Becoña, E. (2006). El craving en personas dependientes de cocaína. *Anales de Psicología*, 22, 205-211.
- Merikle, E.P. (1999). The subjective experience of craving: an exploratory analysis. *Substance Use and Misuse*, 34, 1101-1115.
- Sánchez-Hervas, E., Molina, N., del Olmo, R., Tomas, V. y Morales, E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 31, 237-243.
- Skinner, M.D. y Aubin, H.J. (2010). Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 606-623.
- Tejero, A. y Trujols, J. (2003). *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de cocaína*. Barcelona: Ars Médica.
- Tiffany, S.A. (1990). Cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.
- Vázquez, C. (2003). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. Madrid: Síntesis.