

DISTORSIONES COGNITIVAS EN LOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL

IRENE POLO MARTÍNEZ,* JOSÉ AMAR AMAR**

RESUMEN

Este trabajo compara las distorsiones cognitivas en grupos de drogodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por sustancias o psicosis tóxica, trastorno afectivo bipolar (TAB) y esquizofrenia del Programa de Farmacodependencia del Centro de Atención y Rehabilitación Integral del departamento del Atlántico. Se administró el cuestionario de Pensamientos Automáticos a 77 sujetos masculinos entre 18 y 40 años, encontrándose dos pensamientos deformados: pensamiento de debería y recompensa divina. Además, se encontraron diferencias significativas en los pensamientos de visión catastrófica, falacia de cambio y tener razón, en los grupos de psicosis tóxica y TAB. En el grupo de psicosis tóxica y esquizofrenia, la diferencia significativa se halló en el pensamiento polarizado, generalización y etiqueta; mientras que, en el grupo de TAB y esquizofrenia, se encontraron diferencias significativas en casi todas las distorsiones cognitivas.

Palabras clave: Esquema cognitivo, distorsiones cognitivas, drogodependencia, diagnóstico dual.

ABSTRACT

This work compares the cognitive distortions in groups of drug-dependent people with diagnosis of psychosis, induced by substances or toxic psychosis, bipolar affective disorder (TAB) and schizophrenia of the pharmacodependence program at Centro de Atención y Rehabilitación Integral of

* ipolomartinez@yahoo.com, polod@uninorte.edu.co. Universidad del Norte.

** joseamaramar@yahoo.com, jamar@uninorte.edu.co. Universidad del Norte.

the departamento del Atlántico. The Automatic Thoughts Questionnaire was administered to 77 male subjects between 18 and 40 years; here, two deformed thoughts were found: thought of would have and divine reward. In addition, significant differences in the thoughts of catastrophic vision, change fallacy and to be right, were found in the groups of toxic psychosis and TAB. In the group of toxic psychosis and schizophrenia, the significant difference was in the polarized thought, generalization and labels; whereas, in the group of TAB and schizophrenia, important differences in almost all the cognitive distortions were found.

INTRODUCCIÓN

Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager (1992) sostienen la tesis que, en los alcohólicos y adictos a otras sustancias, los pensamientos autoderrotantes, así como los sentimientos y acciones que resultan de éstos, son los que principalmente entorpecen la recuperación de su adicción. Por eso, lo que estos pacientes se dicen a sí mismos, las emociones difíciles, displacenteras, que experimentan al intentar abordar su problema y el autodiálogo que mantienen por presentar éste son las creencias claves a las que la Terapia Racional Emotiva (TRE) se dirige para realizar el proceso de ayuda al cambio. Este pensamiento adictivo o esquema cognitivo, definido por Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager como la “serie de creencias, auto-afirmaciones y/o atribuciones que tiene el individuo alcohólico o drogodependiente, respecto a: a) sus problemas con el alcohol y/u otras sustancias, b) las muchas emociones perturbadoras que este problema engendra y los trastornos emocionales

producidos en sus intentos por cambiar y c) creencias y autoafirmaciones de sí mismos como personas” (p. 63), es el que se requiere identificar para realizar un abordaje cognitivo más eficaz.

Por ser ilógico y anticipatorio, el pensamiento alcohólico y adictivo realiza una errónea interpretación de su entorno. De manera que estos errores cognitivos suelen implicar inferencias arbitrarias, llevando a los afectados a conclusiones contradictorias, generalizaciones, magnificaciones o exageraciones del significado y razonamiento dicotómico (Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager, 1992). La baja tolerancia a la frustración y/o necesidades autodefinidas sobre elevados niveles de estimulación, gratificación y/o excitación, la ansiedad por el malestar, la indefensión y la autoculpabilidad son ideas irracionales que posee el adicto; y gran parte de las dificultades para afrontar el problema viene dada por estos tipos de pensamientos: la forma de pensar respecto a su valía y una exigencia estricta acerca de cómo debería ser se relacionan con sus recaídas. Estas afirmaciones se han analizado en muestras de alcohólicos y adictos a otras sustancias sin cronicidad del trastorno; sin embargo, no existe información disponible respecto a cómo es el pensamiento adictivo en las poblaciones con comorbilidad psiquiátrica —especialmente con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos mentales y del comportamiento— por el consumo de sustancias, y menos si existen diferencias o semejanzas entre éstos. Es así como en esta investigación se busca resolver el siguiente cuestionamiento: *¿Existen diferencias en las distorsiones cognitivas en grupos de drogodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por consumo de sustancias, afectivo bipolar y esquizofrenia?*

Para resolver este cuestionamiento, se realizó un estudio *ex-post-facto*, que pretende describir y comparar las distorsiones cognitivas en grupos de drogodependientes con diagnóstico dual, identificando pensamientos deformados en cada grupo de comorbilidad psiquiátrica perteneciente al estudio, así: esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar y trastorno psicótico inducido por SPA.

Los resultados de investigación llenarán el vacío científico o teórico de la problemática de los trastornos duales, cada vez más creciente en la realidad mundial, y proporcionarán bases conceptuales a los profesionales de la salud que abordan este problema para comprender las estructuras cognoscitivas pertenecientes a estas personas. Además, permitirán organizar una serie de estrategias de intervención o programa de modificación cognitiva de manera más eficaz, lo cual facilitará una intervención más directa y efectiva, respondiendo a la necesidad de abordar en menos tiempo, pero con calidad y efectividad, esta problemática en su esfera psicológica.

Vemos, entonces, así, que al problema de la dependencia se adiciona el de los pacientes con trastornos psiquiátricos, los cuales presentan numerosos problemas a los centros donde acuden y su diagnóstico es difícil. En términos generales, el pronóstico no es bueno y la intervención, compleja, siendo su tratamiento, además, mucho más costoso que en pacientes que solo presentan el trastorno psiquiátrico sin abuso de drogas (Alterman, McLellan & Shifman, 1993; Goti, 1999; Neeleman y Farrell, 1997, citado en Rubio y otros, 2002; Tellez, Taborda, Burgos, 2003).

Analizando este panorama es necesario abordar ambos trastornos. Comúnmente se acepta que el tratamiento de trastornos psiquiátricos asociado mejora la evolución del trastorno adictivo. Por otro lado, si no se trata la dependencia, ésta va a agravar sensiblemente el pronóstico del cuadro psiquiátrico.

En el estudio “Trastornos por uso de drogas y comorbilidad psiquiátrica en un servicio de salud para la toxicomanía (SERT) durante un período de seis años”, el análisis de datos permitió suponer que las diferencias observadas eran probablemente relacionables con un lento, aunque progresivo, cambio de la tipología del paciente que recurre al SERT. Un dato posterior de extremo interés concierne al aumento de los pacientes con diagnóstico en el eje II, pertenecientes al cláster C, respecto a una estabilidad sustancial de los otros perfiles psicopatológicos (Clerici, Rapolla, y Castiglioni, 1997). Otros estudios también evidencian el aumento y complejidad del trastorno (Epidemiological Catchment Area Study, ECA, (*Revista Colombiana de Psiquiatría*, Vol. XXVII, No. 1, 1998), (Dixon y Cols., 1991, citado en Rubio, López-Muñoz, Álamo y Santo-Domingo, 2002), (Lieberman y cols., 1990; Mueser y Cols., 1998; Ziedonis y D’avanzo, 1998; Satel y Lieberman, 1991; Rieger y Cols., 1990, citados en Rubio, López-Muñoz, Álamo y Santo-Domingo, 2002).

Existen diversos modelos psicológicos para intervenir esta problemática; no obstante, el modelo de la terapia cognitiva ha demostrado en diversos estudios su efectividad y eficacia para este tipo de problemática.

Al respecto, Ramírez-Baso y Thase

(1996), citados en *Psicoterapia Cognitiva de Urgencia*, exponen que, en el enfoque de la Psicoterapia Cognitiva de Urgencias, pueden ser abordados aspectos de adherencia al tratamiento farmacológico, identificando y manejando los síntomas subsindrómicos y los estresores psicosociales.

De manera concreta, la Terapia Cognitiva (T.C.) es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la psicopatología, el cual plantea que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo (estructura cognitiva) determinan sus sentimientos y conducta (Beck, 1976).

El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres, como el de “esquema cognitivo” y, en el ámbito clínico, el de “supuestos personales” (Beck, 1979). Equivale también a las “creencias”, según la concepción de Ellis (1989 y 1990).

De manera general, con todos estos términos equivalentes, se hace referencia a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los cuales conceptualizamos de forma ideosincrática nuestra experiencia. Se trata, con otras palabras, de una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos o no ser conscientes. Los esquemas pueden permanecer “inactivos a lo largo del tiempo” y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social) se activan y actúan a través de situaciones concretas, produciendo distorsiones cognitivas (procesamiento cognitivo de la información distorsionado) y cogniciones automáticas (o pensamientos negativos, que serían los contenidos de las distorsiones cognitivas).

Varios autores (Beck, 1979; Navas, 1998; Ruiz, 1991, citados en Canario y Báez, 2005) han enumerado distintos tipos de distorsiones cognitivas. A continuación presentamos las más mencionadas: abstracción selectiva o filtro mental, pensamiento polarizado o pensamiento de todo o nada, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, personalización, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiquetas globales, culpabilidad, los “deberías”, falacia de la razón y falacia de recompensa divina.

Ahora bien, los acontecimientos suelen ser valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto. Pero, esas metas podrán ser perseguidas de modo irracional, produciendo un “procesamiento de la información absolutista” y consecuencias psicológicas trastornantes o, bien, siguiendo un “procesamiento de la información preferencial” (Campell, 1990) y consecuencias emocionales saludables. El que predomine uno u otro “procesamiento de la información” hará que el perfil “salud psicológica / trastorno psicológico” varíe en cada caso.

Es importante, entonces, comprender el sistema psicopatológico de las drogodependencias. Alvarado (2002, citado en <http://www.adicciones.org/enfermedad/negacion.html>) expone que la negación, el autoengaño y las distorsiones del pensamiento típicas de la adicción conforman un sistema delusional bien nutrido, que atrapa al adicto en un círculo de deterioro progresivo.

Este sistema psicopatológico forma el núcleo de la enfermedad adictiva en su parte

psicológica. Se compone de una serie de creencias, mecanismos de defensa, y otras distorsiones del pensamiento, que, en conjunto, son conocidas como el Pensamiento Adictivo. Tales son:

- *Negación o autoengaño.* Su función es separar al adicto de la conciencia de las consecuencias que la adicción tiene en su vida. De esta manera, se reduce la ansiedad y no se percibe el peligro, por lo cual el adicto no elabora estrategias comportamentales adaptativas. Además, esta negación protege el sistema adictivo, estableciéndose, así, un equilibrio enfermo, en el cual, el adicto se mantiene atrapado, siendo, además, la razón por la que insiste en drogarse, incluso luego de una crisis. Ligadas a esta distorsión aparecen:

- *Minimización.*
- *Racionalización.*
- *Justificación.*
- *Proyección.*
- *Futurización.*

Estas cinco distorsiones del pensamiento también son generadas por las creencias adictivas. Su función consiste en producir sufrimiento, de modo que se justifique el uso de sustancias o conductas adictivas para “aliviar” ese dolor de manera enferma. Sumadas a la negación y el autoengaño, estas distorsiones tienden a facilitar el proceso adictivo y separan al adicto de la realidad de su enfermedad.

- *Catastrofización.* Consiste en asignarle una categoría de catástrofe aún al más leve inconveniente de la vida personal. Es una manera de sabotear el propio crecimiento, con el fin de justificar el uso de drogas. El adicto

desarrolla una visión catastrófica que lo coloca en una actitud de víctima frente al mundo. Es común encontrar pensamientos catastróficos en pacientes con abuso de drogas, no solo sobre su abuso de drogas sino acerca de ellos mismos y su futuro (Beck y Cols., 1991).

- *Mortificación.* Preocupación constante ante cualquier problema, que hace de la vida cotidiana una constante ansiedad y sufrimiento, usándose como justificación para continuar en la adicción. Al respecto, la idea de ansiedad por preocupación se observa en las apreciaciones realizadas por Karan y otros (1991), citado en Ellis, Wright, Newman y Liesse (1999). Ellos anotan que la disforia experimentada como rebote en el consumo de cocaína lleva a la reanudación del *craving* para poder contrarrestar este sentimiento negativo; la consecuencia de esta repetición de la angustia emocional que llevan al *craving*, al alivio temporal de la disforia es el desarrollo de creencias como “necesito drogarme para sentirme mejor” o “no soporto sentimientos desagradables”. La preocupación constante ante cualquier problema hace de la vida cotidiana una constante ansiedad y sufrimiento que justifican continuamente el uso de las drogas.

- *Rigidez.* Dificultad para abrir la mente y considerar otros puntos de vista. El adicto se aferra a sus percepciones, con una fuerza tal que puede hacer la comunicación muy difícil, sobre todo en el área del uso y el comportamiento adictivo. Gawin y Ellinwood (1998), citado en Beck, Wright, Newman y Liesse (1999), encontraron que en las creencias relacionadas con las drogas, tales como visión túnel o filtraje al activarse, se produce un “bloqueo cognitivo” que inhibe la conciencia y la atención hacia las

consecuencias negativas de la droga a largo plazo, incrementando, más bien, la tendencia a centrarse en las estrategias comportamentales e instrumentales para mantener el consumo.

- *Control*. El miedo es la emoción fundamental en la personalidad del adicto y, para manejar ese miedo, que muchas veces es desproporcionado, el adicto desarrolla relaciones basadas en el control interpersonal. Esto causa dolor en las relaciones y muchas veces lleva a la violencia. El sistema de atribución es externo al respecto, es decir, las personas consumidoras de drogas tienden a atribuir dicha conducta a factores externos. Así, atribuyen el consumo a eventos como discutir con su pareja, no tener dinero, tener deudas, los compañeros consumidores presionan para consumir (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

- *Pensamiento blanco y negro*. La incapacidad para ver los grises es muchas veces un fuerte componente de la mentalidad adictiva, lo cual dificulta la comprensión mutua y anima juicios severos.

- *Impaciencia e intolerancia*. El adicto desarrolla una intolerancia marcada por situaciones que involucran incomodidad y, más bien, actúa por impulsividad, siguiendo la regla de “quiero lo que quiero, cuando lo quiero y como lo quiero”.

- *Soberbia y grandiosidad*. La personalidad del adicto regresa en cierta manera a la adolescencia, aflorando muchas veces conflictos no resueltos con la autoridad y conducta de reto permanente. Esto se debe a una hipertrofia del ego como compensación al deterioro en la autoimagen que se produce por el impacto de la adicción en la vida de la persona.

Se observa, en síntesis, que estos errores cognitivos suelen implicar inferencias arbitrarias y llevar a conclusiones contradictorias: generalizaciones, magnificaciones o exageraciones del significado y razonamiento dicotómico (Ellis, McInerney, DiGiuseppe y Yeager, 1992). Como, también, que todas estas distorsiones provienen del sistema de creencias del adicto, las cuales conforman la raíz del desorden adictivo en el plano mental.

Para recuperarse de la adicción es necesario, entonces, detectar y cambiar dichas creencias adictivas, puesto que contribuyen a mantener la adicción y proporcionan el trasfondo de la recaída.

Investigaciones realizadas en pacientes con trastorno de personalidad, clasificados en el eje II (Regeir y otros, 1990), indican que estos trastornos presentan patrones cognitivos, afectivos y conductuales, además de duraderos, todo lo cual los hace rígidos, poco adaptables y propicia la resistencia al cambio (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999).

En cuanto a las implicaciones de las terapias cognoscitivas en el tratamiento de abuso de sustancias, éstas han sido claramente indicadas en la reciente investigación en salud realizada por Taylor, Kemeny, Bower, Gruenewald y Reed (2000), la cual demuestra que los conceptos cognitivos basados en el optimismo, autocontrol, autovaloración, significado a la vida, contribuyen positivamente cuando un individuo se enfrenta a una tensión por enfermedad. Así, los resultados positivos atribuidos a las creencias positivas respaldan la hipótesis de que éstas pueden afectar los estados emocionales, que, a su vez, afec-

tan el funcionamiento fisiológico. En el trabajo *Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving*, realizado por González Salazar (2003), se revisaron los aspectos generales del *craving* y se destacó su importancia para la adherencia al tratamiento en adicciones.

METODOLOGÍA

MUESTRA

En este trabajo se han descrito y comparado las distorsiones en drogodependientes con diagnóstico dual; para ello, se utilizaron tres grupos de drogodependientes:

DIAGNÓSTICO	n	%
Psicosis inducida por sustancia o psicosis tóxica	30	39
Trastorno afectivo bipolar	30	39
Esquizofrenia	17	22,1

La muestra, conformada por 77 sujetos, fue seleccionada por medio del método probabilístico estratificado y por racimos.

Las características de los sujetos indican que se trata de pacientes drogodependientes a sustancias psicoactivas, con diagnóstico psiquiátrico asociado, de sexo masculino, cuyas edades oscilan entre los 18 y 40 años. Los pacientes se encontraban en la fase subaguda del trastorno y fase inicial del tratamiento. Esto se hizo adrede y con el fin de garantizar una mejor intervención y participación en el momento de la aplicación de instrumentos, además de

garantizar que en esta fase de tratamiento aún no se han modificado las estructuras cognitivas.

INSTRUMENTOS

En cuanto a los instrumentos que se utilizaron se encuentran: A) El CAQ, Cuestionario de Análisis Clínico de S. Krug, que evalúa doce variables clínicas de la personalidad: hipocondriasis, depresión suicida, agitación, depresión ansiosa, culpabilidad, resentimiento, apatía-retirada, esquizofrenia, paranoia, psicastenia, desajuste psicológico. Esta prueba verificó el diagnóstico previo establecido por el equipo interdisciplinario. B) El Inventario de Pensamientos Automáticos de Ruiz y Luján, el cual evalúa distorsiones cognoscitivas, tales como: filtraje, pensamiento polarizado, sobregeneralización, interpretación del pensamiento, catastrofización, personalización, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiqueta, culpabilidad, “debería”, falacia de razón y de recompensa divina.

PROCEDIMIENTO

- La investigación se inició con la búsqueda de bibliografía reciente basada en la terapia cognitiva en drogodependientes y los teóricos fundadores de este modelo, Albert Ellis y Aaron Beck, cuidando especialmente que hiciera referencia a los términos de distorsiones cognitivas y drogodependientes con diagnóstico dual.
- Una vez determinada la muestra, se procedió a aplicar los instrumentos correspondientes, teniendo en cuenta, como se ha dicho,

que los sujetos se encontraban en la fase subaguda del trastorno, dado que esta fase de estabilización de síntomas permitiría una mejor ejecución en las respuestas de los cuestionarios.

- Posteriormente, se procedió al análisis de resultados para establecer la comparación de pensamientos distorsionados en cada grupo. Se establecieron, así, semejanzas y diferencias por medio del estadístico t de Student para pruebas de muestras independientes y se empleó una estimación para varianzas combinadas del programa SPSS para Window 14. Luego, se precisaron los grados de libertad con un nivel de significancia de 0.05 y se comparó el valor obtenido contra el valor que le correspondería en la tabla de distribución t de Student para probar la hipótesis de la investigación. En este sentido, se decidió aceptar la hipótesis de investigación si el valor calculado es igual o mayor al que aparece en la tabla; si es menor, en cambio, se acepta la hipótesis nula, permitiendo realizar la prueba de hipótesis para determinar si las dos medias poblacionales difieren o no. De este modo, cuando p es menor que 0.05, se rechaza H_0 ($p \leq 0,05$).

A partir de lo anterior se establecieron las siguientes hipótesis:

$$H_{01}: \mu_1 = \mu_2$$

No existe diferencia entre las medias de las distorsiones cognoscitivas de los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual.

$$H_{i1}: \mu_1 \neq \mu_2$$

Existe diferencia entre las medias de las distorsiones cognoscitivas de los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual.

RESULTADOS

ANÁLISIS DE FRECUENCIA DE LAS DISTORSIONES COGNITIVAS EN LOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES CON DIAGNÓSTICO DUAL

Tabla 1. Porcentaje de las ideas irracionales y distorsiones cognitivas

	Total	
Distorsión Cognitiva		
Debería	43	55.9%
Recompensa divina	46	59.7%

En general, los grupos poseen la distorsión de “debería” y recompensa divina, los cuales los llevan a interpretar situaciones en forma extrema, exigente e inflexible, y esperar una recompensa sin mayor esfuerzo de cambio por parte de sí mismos.

Con respecto a las distorsiones cognitivas entre grupos, el de esquizofrenia posee más el pensamiento automático de filtraje (64.7%), lo que indica que solo se ve un elemento de la situación, excluyendo el resto, los mecanismos de recuerdo son muy selectivos. De igual forma, este grupo posee el pensamiento polarizado (70.5%), lo cual significa que tienden a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios. También posee la distorsión cognitiva de interpretación de pensamiento (70.6%), por lo que tienden a realizar juicios repentinos sobre

los demás, hacen presunciones sobre cómo está reaccionando la gente a las cosas que la rodean y, en particular, cómo están reaccionando los demás ante ellos.

Utilizan la personalización (70.6%), es decir, relacionan algo del ambiente consigo mismo y prueban su valor midiéndose en relación con los demás. Igualmente, poseen la idea de falacia de control (64.7%), tendiendo a distorsionar el sentido de poder y control de una persona, así como el pensamiento de razonamiento emocional (64.7%). Debido a este último, tienden a aplicar las normas legales y contractuales a los caprichos de relaciones interpersonales. En cuanto al pensamiento automático de etiqueta (64.7%), generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global, percibiendo el mundo en forma estereotipada y unidimensional. Emplean, asimismo, el pensamiento automático de culpabilidad (64.7%), por el que tienden a percibir que los demás son los responsables de su sufrimiento. De igual forma, poseen el pensamiento automático de “debería” (70.5%), esto es, tienden a comportarse según reglas inflexibles. Además, estos sujetos presentan el pensamiento de tener razón (70.6%), tendiendo, así, a probar que sus opiniones y acciones son correctas y es

imposible equivocarse, en consecuencia, harán cualquier cosa para demostrar que tienen razón (McKay, Davis y Fanning, 1988). Poseen, por último, el pensamiento de falacia de recompensa divina (64.7%), por el cual tienden a comportarse correctamente, con sacrificios y en espera de una recompensa. Este último pensamiento distorsionado, también se observa en el grupo de psicosis tóxica.

PRUEBA DE HIPÓTESIS ENTRE LOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES CON PSICOSIS INDUCIDA POR DROGAS Y TRASTORNO EFECTIVO BIPOLAR

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

No existe diferencia entre las medias de las ideas irracionales de los grupos de drogodependientes con psicosis tóxica y trastorno afectivo bipolar.

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

No existe diferencia entre las medias de las distorsiones cognoscitivas de los grupos de drogodependientes con psicosis tóxica y trastorno afectivo bipolar.

Tabla 2. Prueba de muestras independientes

Esquemas cognitivos	F	Sig	t	gl	Sig(bilateral)
Distorsión cognitiva visión catastrófica	1.529	0.221	2.326	58	0.024
Distorsión cognitiva falacia de cambio	0.592	0.445	2.312	58	0.024
Distorsión cognitiva tener razón	0.672	0.416	2.548	58	0.013

En relación a la hipótesis de trabajo de las distorsiones cognoscitivas, se observa que existe diferencia significativa entre las medias de las distorsiones cognoscitivas de visión catastrófica ($t = 2.326$, $p \leq 0.05$), falacia de cambio ($t = 2.312$, $p \leq 0.05$), falacia de tener razón ($t = 2.548$, $p \leq 0.05$).

PRUEBA DE HIPÓTESIS ENTRE LOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES CON PSICOSIS INDUCIDA POR DROGAS Y ESQUIZOFRENIA

En relación con la hipótesis de trabajo de las distorsiones cognoscitivas, se observa que existe diferencia significativa entre las medias de las distorsiones cognoscitivas o pensamientos automáticos de pensamiento polarizado ($t = -2.290$, $p \leq 0.05$), generalización, ($t = -2.390$, $p \leq 0.05$) y etiqueta global ($t = -2.734$, $p \leq 0.05$):

Tabla 3. Prueba de muestras independientes

Esquemas cognitivos	F	Sig	t	Gl	Sig(bilateral)
Distorsión cognitiva Pensamiento polarizado	1.686	0.201	-2.290	45	0.027
Distorsión cognitiva Generalización	0.417	0.522	-2.390	45	0.021
Distorsión cognitiva Etiqueta global	0.027	0.870	-2.734	45	0.009

PRUEBA DE HIPÓTESIS ENTRE LOS GRUPOS DE DROGODEPENDIENTES CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR Y ESQUIZOFRENIA

Los datos de la Tabla 4, que aparecen a continuación, indican que según la hipótesis de trabajo de las distorsiones cognoscitivas, existe

diferencia significativa entre las medias de las distorsiones cognoscitivas o pensamientos automáticos de: filtraje, pensamiento polarizado, generalización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiqueta, culpa y tener razón.

Tabla 4. Prueba de hipótesis entre los grupo de drogodependientes con trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia

		t	gl	Sig (bilateral)
TAB ESQUIZOFRENIA	Filtraje	-2.155	45	0.037
TAB ESQUIZOFRENIA	Pto polarizado	-2.588	45	0.013
TAB ESQUIZOFRENIA	Generalización	-3.412	45	0.001
TAB ESQUIZOFRENIA	Interpretación del pensamiento	-3.681	45	0.001
TAB ESQUIZOFRENIA	Visión catastrófica	-3.277	45	0.002
TAB ESQUIZOFRENIA	Falacia de control	-2.345	45	0.023
TAB ESQUIZOFRENIA	Falacia de justicia	-2.242	45	0.030
TAB ESQUIZOFRENIA	Razonamiento emocional	-2.384	45	0.021
TAB ESQUIZOFRENIA	Falacia de cambio	-2.127	45	0.039
TAB ESQUIZOFRENIA	Etiqueta	-3.835	45	0.000
TAB ESQUIZOFRENIA	Culpa	-3.369	45	0.002
TAB ESQUIZOFRENIA	Tener razón	-2.963	45	0.005
TAB ESQUIZOFRENIA				
TAB ESQUIZOFRENIA				

DISCUSIÓN

1. De cara a las hipótesis y resolución del problema planteado, se puede observar que se cumplen parcialmente. Es así como los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual poseen diversas estructuras cognitivas comunes. Estos resultados coinciden con los reportados en investigaciones realizadas por Beck y Cols. (1999), Heatherton y Baumeister (1991), Lingswiler, Crowther y Stephens (1989), Zotter y Crowther (1991) (citados en Beck y Cols., 1999), en las que se han encontrado similitudes en ciertas creencias presentes en distintos tipos de adicciones (cocaína, alcohol, nicotina, opiáceos), las cuales contribuyen al mantenimiento de la adicción y son la base para la recaída.

De igual manera, dichas creencias se han encontrado en investigaciones con pacientes con trastorno de personalidad clasificados en el eje II (Regeir y otros, 1990, en Beck y Cols., 1999). Estos trastornos poseen patrones cognitivos, afectivos y conductuales duraderos, que se caracterizan por ser rígidos y poco adaptables (Beck, Wright, Newman y Liesse, 1999). De ahí que Beck y Cols. (1999) afirmen que los drogodependientes poseen una visión peculiar de sí mismos, del mundo y del futuro.

De otro lado, las personas con trastornos duales no constituyen una categoría clínica homogénea, por lo que no existe una única forma de realizar un tratamiento (Hein, 1996, en Rubio y Cols., 2001). Lo anterior se observa

en los tres grupos participantes, en los que se rechazaron hipótesis nulas, evidenciando que existen diferencias en las distorsiones cognitivas. Éstas también variaban en cada grupo, siendo el grupo de drogodependientes con esquizofrenia el que presentó mayores pensamientos distorsionados. Al respecto, en un estudio con trastornos de personalidad esquizoide, paranoide y esquizotípico, se encontró que las creencias de estos pacientes potencian la utilización de drogas, ya que estas personas suelen buscar experiencias que puedan gozar en solitario (Beck, Wright, Newman y Liesse, 1999). Además, en los esquizofrénicos, el uso de drogas facilita una identidad más aceptable, lo cual les proporciona interacción social y una integración en ciertas subculturas (Test y Cols., 1991, en Rubio y Cols., 2001).

2. Se observa que algunas distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos encontrados, tales como filtraje, interpretación del pensamiento, pensamiento polarizado, generalización, visión catastrófica, presentados más frecuentemente en el grupo de drogodependientes con esquizofrenia, se asemejan a los descritos por Ellis (1987) en personas con problemas de abuso de drogas. De manera específica, entre estos se encuentran: extrapolar (por ejemplo: “o todo o nada”, “no debo sentir nada de *craving* porque si no significa que soy un perdedor”), “adivinar” el pensamiento de otros (por ejemplo: “como caí en las drogas, todos piensan que soy un tonto”, “ese señor que está ahí me está viendo porque sabe que yo usaba drogas”), predicciones negativas (por ejemplo: “nunca voy a cambiar”, “siempre voy a estar sintiéndome mal si no uso la droga”, “me voy a encontrar en la calle a todos mis amigos que usan

droga y voy a recaer”), exacerbar lo negativo (por ejemplo: “todo me sale mal, no hay nada bueno en mi vida”, “¡me siento horrible!, ¡si no uso la droga, me voy a morir!”).

En otras investigaciones se ha hallado que es común encontrar pensamientos catastróficos en pacientes con abuso de drogas, lo cual se extiende más allá del problema, comprendiendo la totalidad de ellos mismos y su futuro (Beck, 1991). Pero, tales resultados contrastan con lo encontrado en esta investigación. Así, se encuentran diferencias significativas entre el grupo de psicosis inducida por sustancia y TAB, aunque en este último fue menor su presencia. Esta idea se ha encontrado en pacientes depresivos, trastorno clasificado entre los afectivos. Sin embargo, coincide en el grupo de drogodependencia con esquizofrenia. Alvarado (2002) anota que este tipo de pensamiento constituye una forma de autosabotearse el crecimiento para justificar el uso de las drogas, al desarrollar una visión catastrófica que deja al afectado en una actitud de víctima frente al mundo.

Asimismo, el pensamiento de falacia de control, presente en el grupo drogodependencia con esquizofrenia, se asemeja al encontrado en abusadores de drogas que achacan ese abuso a factores extrínsecos (Beck, Wright, Newman y Liese, 1999). Al respecto, Alvarado (2002) explica que el miedo es una emoción fundamental en los drogodependientes y, para manejar ese miedo, desarrollan un estilo interpersonal de control. Además, se debe tomar en cuenta que los pensamientos interpretativos con contenido referencial o persecutorio son característicos de la esquizofrenia.

El pensamiento de filtraje está presente en

el grupo drogodependencia con esquizofrenia. Alvarado (2002) lo denomina rigidez, y se refiere a la dificultad para abrir la mente y considerar otros puntos de vista. El adicto se aferra a sus percepciones con una fuerza tal que puede hacer muy difícil la comunicación, sobre todo en el área pertinente del uso y el comportamiento adictivo.

El pensamiento polarizado, observado frecuentemente en adictos, se encontró en el grupo de esquizofrenia. Este tipo de pensamientos los vulnerabiliza particularmente ante la recaída, ya que, mientras se abstienen, se muestran supremamente rígidos al respecto, pero, una vez emplean la sustancias, se convierten en personas que abusan de ésta, incapaces de detener el consumo *per se* (Ellis, 1992).

En el grupo de drogodependientes con diagnóstico de psicosis inducida por sustancias y drogodependientes con esquizofrenia se encontró la distorsión cognitiva de tener razón, descrita por Álvarez (1997) como la tendencia a probar de manera frecuente que el punto de vista de uno es el correcto y verdadero ante un desacuerdo con otra persona, desdeñándose los argumentos del otro. Esta distorsión refuerza la rigidez y poca capacidad de solucionar problemas.

Por último, en los tres grupos participantes se encontraron las distorsiones cognitivas de “deberías” y la de falacia de recompensa divina. Las primeras son automandatos imperiosos, que representan requerimientos normativos excesivos (a menudo perfeccionistas), así como actitudes irrealistas sobre el comportamiento humano y/o eventos del diario vivir (Navas,

1998). La segunda se manifiesta con la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales, suponiendo que la situación mejorará en el futuro o que se tendrá una recompensa si se deja tal cual. El efecto, sin embargo, suele ser la acumulación innecesaria de un gran malestar, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad (Álvarez, 1997). Ambas distorsiones cognitivas vulnerabilizan al drogodependiente ante el consumo.

CONCLUSIONES

1. Esta investigación permitió identificar y comparar el esquema cognitivo entre los drogodependientes con diagnóstico dual, facilitándole al profesional de la salud conceptualizar los problemas del paciente en función de su estructura cognitiva para abordar de manera más eficaz su problemática.
2. Los tres grupos de drogodependientes, esto es, psicosis inducida por sustancia, drogodependientes con esquizofrenia y drogodependientes con trastorno afectivo bipolar, poseen distorsiones cognitivas tales como el pensamiento de “debería” y recompensa divina.
3. En cuanto a las diferencias significativas entre el grupo de drogodependientes con psicosis inducida por sustancia y TAB, se encontraron en pensamientos de visión catastrófica, falacia de cambio y tener razón. Este último pensamiento deformado podría explicarse mejor por la presencia

de cogniciones hiperpositivas como la creencia en la propia superioridad y las expectativas de éxito exageradas de los proyectos o deseos personales manifestados o detectados en pacientes bipolares (<http://www.psicologia-online.com/ESMUbeda/Libros/Urgencia/urgencia8.htm#1>).

4. Entre el grupo de psicosis inducida por sustancia y esquizofrenia, la diferencia significativa se observó en el pensamiento polarizado, además de la generalización y etiqueta. En el grupo de TAB y esquizofrenia se encontraron más diferencias significativas en los pensamientos de filtraje, pensamiento polarizado, generalización, interpretación del pensamiento, visión catastrófica, falacia de control, falacia de justicia, razonamiento emocional, falacia de cambio, etiqueta, culpa y tener razón.
5. Se observa que el grupo de mayor compromiso en su estructura cognitiva es el grupo de drogodependientes con esquizofrenia. En otros estudios se demuestra cómo la condición de dependencia exacerba el cuadro psiquiátrico tanto en pacientes con trastorno bipolar como en esquizofrénicos; pero, con respecto a este último grupo, se presenta mayor severidad psicopatológica y un mayor riesgo de suicidio. Por demás, estos pacientes cumplen menos con el tratamiento prescrito, requieren mayor número de hospitalizaciones, utilizan más los recursos sociales y asistenciales (Neelman y Farrell, 1997, citados en Rubio y cols., 2001), presentan más conductas peligrosas y más recaídas (Arias y Cols., 1997; Martínez y Cols., 1995, citados en Rubio y Cols., 2001).

RECOMENDACIONES

El tratamiento de los trastornos psicóticos en sujetos con trastorno por consumo de sustancias es uno de los retos planteados a los organismos de salud mental, siendo necesaria la búsqueda de soluciones eficaces, como anota Johnson (1997, citado en Rubio y Cols., 2001). El modelo integral es el más apropiado para el abordaje de esta problemática, dado que el equipo de salud debe poseer manejo de ambos trastornos, esto es: el trastorno por consumo y el trastorno psiquiátrico.

Por otro lado, se debe abordar el trastorno con una visión holística del ser humano, en el que el control de la adicción es imprescindible, incluyendo, por tanto, la abstinencia completa, aun cuando la APA (1997) sugiere también ser suficiente una abstinencia parcial y la retención en el programa, dado que la mera permanencia en el programa se asocia a menor consumo y complicaciones médicas. En todo caso, el primer paso necesario para la recuperación es la abstinencia, que, además debe acompañarse de cambios en el estilo de vida; por eso, en últimas, los programas están orientados a promover y mantener la abstinencia y una mejor calidad de vida, haciéndose necesario un trabajo rehabilitador y social.

Para avanzar en la recuperación, es necesario que la persona drogodependiente con patología dual realice cambios en su forma de pensar y actuar. En este sentido, el aporte de esta investigación, centrado en la identificación y comparación del esquema cognitivo en drogodependientes con diagnóstico dual, facilita al terapeuta cognitivo elaborar una propuesta que permita contar con un modelo comprensivo de las cogniciones en este tipo de

poblaciones y las estrategias de intervención que optimicen los resultados en el quehacer profesional, así como cambios en los estilos y patrones de vida de los drogodependientes con comorbilidad psiquiátrica que acuden a los centros asistenciales.

La calidad de vida de estos sujetos ha sido poco estudiada; se requiere de estudios en los cuales se delimiten las barreras encontradas y las áreas pertinentes en este campo para comprender la calidad de vida.

Si bien esta investigación estableció la descripción y comparación del esquema cognitivo en drogodependientes con diagnóstico dual, ésta sirve de base para la realización de futuras investigaciones, tales como comparar las creencias propias del consumo sobre el abuso de drogas y esquemas maladaptativos tempranos en este tipo de población. Esto permitiría establecer un nuevo planteamiento teórico y comprensión de esta problemática de salud pública en drogodependientes con diagnóstico dual.

Existen unos datos relativos al perfil del consumo de la población participante, los cuales arrojarían información valiosa para establecer comparaciones y relaciones entre el consumo y su patología, contribuyendo al mundo científico; tales no se han establecido en esta investigación por no concernir al tema central de la misma.

REFERENCIAS

- Alterman, A. I., McLellan, A. T. & Shifman, R. B. (1993). Do substance abuse patients with more psychopathology receive more treatment? *Journal of Nervous & Mental Disease*, 181(9), 576-582.
- Alvarado (2002), citado en <http://www.adicciones.org/enfermedad/negacion.html>).
- Barriga, L. (1994). Comorbilidad psiquiátrica y adicciones, http://www.cese/med.com/shop/dibllend.asp?notid=9140_42k
- Beck, A. (1967 - 1976). Citado en: *Manual de psicoterapia cognitiva*, <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>
- Beck, A., Rush, J., Saw, B. & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Beck, A., Wright, C., Newman C. & Liese, B. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Behavioral analysis and treatment of substance abuse* (1979). /pdf/monographs/25.pdf. NIDA. Research 25 monographseries.
- Bolívar, T., Borja, & Polo, I. (2001). *Ideas irracionales en pacientes consumidores de sustancias psicoactivas que se encuentran institucionalizados en el departamento del Atlántico*. Tesis. Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.
- Cabrera García, J. & Richart Martínez, M. (2000). *Metodología de la investigación I*. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_metod_investigac4_8.htm
- Canario, J. & Báez, Ma. E. (2003). *Distorsiones cognitivas en personas que viven con VIH*. Tesis de grado. Universidad Autónoma de Santo Domingo. 2003 <http://www.monografias.com/trabajos20/distorsiones-cognitivas-vih/distorsiones-cognitivas-vih.shtml>
- CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento* (1993). OMS. Madrid: Meditor.
- Clerici, M, Rapolla & M, Castiglioni, N. (1997). Trastorno por uso de drogas y comorbilidad psiquiátrica en un servicio para la toxicodependencia durante un período de

- seis años. *Adicciones*, 9 (3), 467-481.
- Costa, A. Ma. (2004). Drogas: el tratamiento funciona. Boletín, 26 junio.
- Datos del Epidemiological Catchment Area Study (ECA) (1998). *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXVII, (1).
- Ellis, A. & Abrahms E. (1986). *Teoría ABC de la TRE*. (2ª Ed.). México: Editorial Pax México.
- Ellis, A. & Bernard M, R. (1990). ¿Qué es la terapia racional emotiva? En: A. Ellis & Grieger, R (Eds.), *Manual de la terapia racional-emotiva*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Ellis, A., McInerney, J., DiGiuseppe, R & Yeager, R. (1992). *Terapia racional emotiva con alcohólicos y toxicómanos*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Ellis, A. & Rusell (1999). *Manual de terapia racional-emotiva*. (Vol. 2). Bilbao: Descleé Brouwer.
- Fernández, C., Llorente, J., Gutiérrez, M. & Onaindía, E. (1996) Evaluación cognitivo-conductual de heroinómanos en comunidad terapéutica. *Adicciones*, 8, 161-175.
- González Salazar, I. D. (2003). Estrategia cognitivo conductual para el manejo del craving. Citado en: http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art3b001
- Goti, E. (1999). Aportes de las ciencias psicológicas y del comportamiento a las comunidades terapéuticas. *Revista Ero Adicciones*. Htm.www.libreriaalerner.com.co/downloads/psicological/xls.
- Hernández Sampieri, R., Collado, C. & Baptista, I., (1998). *Metodología de la investigación*. México: McGraw-Hill.
- <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia8.htm#1>.
- Krug, S. (1990). Cuestionario de Análisis Clínico- CAQ. TEA.
- Manual de psicoterapia cognitiva*. En: <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual2.htm>
- MaKay, M. Davis M. & Fanning P. (1985). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Biblioteca de psicología, psiquiatría y salud. Barcelona: Martínez Roca.
- Ministerio de Protección Social. Consulta Nacional sobre la situación del país en materia de uso indebido de drogas: problemática y alternativas. Bogotá, 2004.
- Organización Mundial de la Salud (1994). CIE 10. *Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*.
- Polo, I. (2000-20004). *Efectos del programa de farmacodependencia en la reincidencia del consumo de spa y reinserción social en pacientes con diagnóstico dual que asisten al CARI*.
- Ramírez-Baso y Thase (1996). Citado en: *Psicoterapia cognitiva de urgencia*. <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Urgencia/urgencia8.htm#1>
- Rubio, G., López-Muñoz, Álamo, C. & Santo-Domingo, J. (2002). *Trastornos psiquiátricos y abuso de sustancias*. Madrid: Panamericana.
- Sonne, S. (1996). Abuso de sustancias y trastorno afectivo bipolar. En: *Revista RET*, 7, 4-8.
- Tamayo, J. (1998). Marihuana y esquizofrenia. En: *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXVII, 19-28.
- Taylor, F. (1992). *Alcoholaddiction: evaluation of alcohol abstinence after a year*. Disponible en Taylorandfrancis.metapress.com/index/VTXETN1141M74438.pdf.
- Téllez, J., Taborda, L. & Burgos, C. (2003). *Psicopatología clínica*. Bogotá: Nuevo Milenio Editores.