



**Creencias nucleares y sus posibles repercusiones frente al craving en grupos de Alcohólicos
Anónimos de Medellín**

Nazlit Gómez Gómez
Andrés Felipe Vélez Ocampo

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogo

Tutor
Hiader Jaime López Parra, Magíster (MSc) en psicología

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Psicología
Medellín, Antioquia, Colombia
2021

| | |
|----------------------------|---|
| Cita | (Gómez Gómez & Velez Ocampo, 2021) |
| Referencia | Gómez Gómez, N. & Vélez Ocampo, A. F. (2021). <i>Creencias nucleares y sus posibles repercusiones frente al craving en grupos de alcohólicos anónimos de Medellín</i> . [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. |
| Estilo APA 7 (2020) | |



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/Director: John Mario Muñoz Lopera

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero.

Tabla de contenido

| | |
|---|----|
| Resumen | 7 |
| Introducción | 9 |
| 1 Planteamiento del problema..... | 11 |
| 2 Justificación..... | 17 |
| 3 Objetivos | 20 |
| 3.1 Objetivo general | 20 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 20 |
| 4 Problema de investigación | 21 |
| 5 Marco teórico | 22 |
| 5.1 Alcoholismo | 22 |
| 5.1.1. Definición e historia del alcoholismo en la actualidad | 22 |
| 5.1.2. Criterios para diagnosticar el alcoholismo..... | 24 |
| 5.1.3. Enfermedades asociadas al alcoholismo | 25 |
| 5.1.4. Problemas digestivos | 26 |
| 5.1.5. Problemas cardiovasculares | 26 |
| 5.1.6. Problemas en el sistema nervioso | 27 |
| 5.1.7. Trastornos mentales relacionados | 28 |
| 5.2. Tipos de tratamiento para el alcoholismo | 28 |
| 5.2.1. Programa de reducción de daño..... | 29 |
| 5.2.2. Programa de aproximación de reforzamiento comunitario..... | 29 |
| 5.2.3. Programa de entrenamiento en habilidades sociales..... | 30 |
| 5.2.4. Modelo de prevención en recaídas..... | 30 |

| | |
|---|----|
| 5.2.5. Terapia conductual familiar y en pareja..... | 30 |
| 5.2.6. Grupos doble AA..... | 31 |
| 5.3. Creencias nucleares frente al craving..... | 32 |
| 5.3.1 Definición y características de creencias nucleares..... | 32 |
| 5.3.2. Craving..... | 34 |
| 5.3.3. Tratamiento del craving..... | 35 |
| 5.3.4. Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Colaboradores..... | 36 |
| 5.3.4.1. Modelo psicobiológico..... | 36 |
| 5.3.5. Creencias nucleares relacionadas al craving..... | 37 |
| 6 Metodología..... | 39 |
| 7 Resultados..... | 40 |
| 8 Discusión..... | 45 |
| 9 Conclusiones..... | 49 |
| 10 Recomendaciones..... | 50 |
| 11 Referencias..... | 51 |
| 12 Anexos..... | 53 |

Lista de figuras

| | |
|---|----|
| Figura 1. Resultados gráficos de sexo y edad de los participantes | 42 |
| Figura 2. Resultados Rango de edad de los participantes | 42 |
| Figura 3. Resultados gráficos de la distribución de los participantes según su ubicación..... | 43 |
| Figura 4. Resultados de los estudios presentados por los participantes | 43 |
| Figura 5. Resultados del tiempo sin consumo de alcohol por parte de los participantes | 44 |
| Figura 6. Resultados de la presencia de consumo de otras sustancias de los participantes | 44 |

Siglas, acrónimos y abreviaturas

| | |
|-------------|--------------------------|
| AA | Alcohólicos Anónimos |
| UdeA | Universidad de Antioquia |

Resumen

El alcohol es una de las sustancias más consumidas a nivel mundial, según la información brindada por la OMS “el consumo nocivo de esta sustancia ocupa el tercer lugar entre los principales causantes de muerte prematura, se estima que anualmente mueren en todo el mundo unos 3,3 millones de personas por causas relacionadas con el alcohol además se considera es un factor causal en más de 200 tipos de enfermedades, lesiones y trastornos”; Debido a esto se ha generado varios planteamientos sobre las causas y mantenedores de la dependencia a dicha sustancia, por ello el objetivo del presente trabajo cuantitativo el cual tiene un alcance descriptivo-no experimental es describir la existencia de las ideas nucleares que pueden generar vulnerabilidad en el deseo de consumo (“craving”) en adictos al alcohol, que se encuentran en proceso de rehabilitación a partir del modelo de tratamiento del grupo de alcohólicos anónimos (doble AA). Aunque los resultados fueron no concluyentes debido a la imposibilidad de acceder a dicha población se espera incentivar a los investigadores y profesionales del área a consolidar proyectos de investigación más rigurosos sobre el tema.

Palabras clave: Craving, grupos doble AA, consumo de alcohol, dependencia

Abstract

Alcohol is one of the substances most consumed worldwide, according to the information provided by the OMS “the harmful use of this substance is in third place among the main causes of premature death, it is estimated that about 3 die annually around the world , 3 million people due to causes related to alcohol is also considered to be a causal factor in more than 200 types of diseases, injuries and disorders ”; Due to this, several approaches have been generated about the causes and maintainers of dependence on this substance, therefore the objective of this quantitative work which has a descriptive-not experimental scope is to describe the existence of nuclear ideas that can generate vulnerability in the desire to consume ("craving") in alcohol addicts, who are in the process of rehabilitation from the treatment model of the group of alcoholics anonymous (double AA). Although the results were inconclusive due to the impossibility of accessing said population, it is hoped to encourage researchers and professionals in the area to consolidate more rigorous research projects on the subject.

Keywords: Craving, double AA groups, alcohol consumption, dependence.

Introducción

El trabajo de investigación que a continuación se presenta tiene como objetivo principalmente describir la existencia de las ideas nucleares que pueden generar vulnerabilidad en el deseo de

consumo en adictos al alcohol que se encuentran en proceso de rehabilitación a partir del modelo de tratamiento del grupo de doble AA, esto con el fin de promover una línea investigación con más rigurosidad y alcance dentro del área, debido a que, actualmente las comunidades de Alcohólicos anónimos tienen una gran cobertura en el país; solo en Medellín se registran 22 de grupos, sin embargo cuando se pregunta por el tema no sale mayor bibliografía al respecto por eso el principal enfoque del presente texto es mostrar brevemente qué es el alcoholismo, cómo es la realidad de una persona que sufre trastorno por dependencia al alcohol e invitar a construir una realidad más predispuesta al cambio y a abrir un poco la conciencia con respecto al uso de alcohol y todo lo que conlleva esto mostrando una de las terapias más aceptadas para dicho tema.

El grupo doble AA es una comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo que como se se explicará en el texto el alcohol representa una de las principales causas de muertes en el mundo actual además de tener un alto índice de dependencia, sin mencionar las diferentes consecuencias y comorbilidades que presenta el consumo excesivo de ésta sustancia. Esta bebida embriagante tiene gran cantidad de investigaciones científicas debido a las consecuencias que trae a nivel biológico, psicológico, social, familiar y personal; Los bebedores tienen menos autocontrol y capacidad de procesar la información que reciben, por lo que es más probable que recurran a la violencia en las confrontaciones, y el hecho de que también sean menos capaces de reconocer los signos de alarma en situaciones potencialmente violentas los convierte en objetivos fáciles para los agresores.

La principal duda que impulsa al trabajo investigativo son los mantenedores que hacen que la conducta de dependencia se presente y se perpetúe en el tiempo, por lo que la hipótesis expuesta es que una de las principales causas del deseo de consumo de alcohol son las creencias irracionales, las cuales se entienden “definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras

personas y de su mundo” (Beck, 1995 citado por Camerini, 2013), que el sujeto tenga frente a la bebida y cómo entre ésta esté más arraigada, el consumo de la bebida puede presentarse de manera más constante en el individuo. Sin embargo se reitera que la bibliografía encontrada sobre creencias irracionales del alcohol y su influencia en la aparición de craving o deseo de consumo es poca por lo que la mayoría de investigaciones no son concluyentes sino que invitan al crecimiento científico del área.

1 Planteamiento del problema

El alcohol ha estado presente en la sociedad desde tiempos históricos, el procesamiento de esta sustancia data alrededor del Siglo XIII en donde aparece con la destilación del vino, sin embargo solo toma fuerza en la edad media cuando Europa y principalmente Italia empieza con la producción y distribución de alcohol en grandes cantidades; pero solo hasta 1933 con el holocausto es que el consumo de esta sustancia se arraiga como una costumbre social, puesto que los Nazis consumían con gran regularidad bebidas alcohólicas después de realizar los holocaustos, este hecho de aceptación social de la bebidas en una las grandes causas de la difusión de la afición al alcohol (Organización Mundial de la Salud, 2003).

Actualmente esta afición al consumo del alcohol recibe el nombre de síndrome de dependencia alcohólica, término dado por la OMS en 1976 para describir “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”. La OMS recoge los criterios del CIE 10 (Organización Mundial de la Salud, 2003) para clasificar y diagnosticar este síndrome, dichos criterios son:

Presentar tres o más de las siguientes manifestaciones, las cuales deben haber estado presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol

Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.

Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas;

Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.

Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño.

El consumo de sustancias alcohólicas constantemente se ve asociado a una gran cantidad de perjuicios; dentro de los datos de la OMS “el consumo nocivo de esta sustancia ocupa el tercer lugar entre los principales causantes de muerte prematura, se estima que anualmente mueren en todo el mundo unos 3,3 millones de personas por causas relacionadas con el alcohol, además cuenta con una carga de morbilidad del 5.1 , ya que se considera es un factor causal en más de 200 tipos de enfermedades, lesiones y trastornos, sin contar el resto de problemáticas sociales en las que se ve implicado tales como la violencia, el abandono o el abuso infantil, y el ausentismo laboral” (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Los efectos del consumo excesivo de alcohol sobre el organismo, son ampliamente conocidos, y son, posiblemente, el motivo desencadenante de que las personas con un problema de adicción a este tóxico comiencen un tratamiento de desintoxicación y deshabituación, aunque el problema real de esta adicción, como en muchas otras, sea probablemente las consecuencias familiares, sociales y laborales, que en la mayor parte de las ocasiones resultan devastadoras. En este sentido, la familia, como contexto socializador primario del individuo, es el elemento central, más importante tanto a nivel de intervención, como preventivo, en relación al consumo de drogas. Está comprobado que el sistema familia desempeña un papel importante en el desencadenamiento de conductas de consumo, de abuso, y de adicción (Jacob & Johnson, 1999) De manera que dejando a un lado los factores genéticos, se puede afirmar que los procesos de socialización familiar destacan su importancia al ser la base de predisponentes tales como las actitudes, la personalidad, el autoconcepto, los valores, y en última instancia las habilidades de comunicación. La relación entre familia y consumo de alcohol no se limita a la causalidad ya establecida, hay otra vertiente no menos importante, que se refiere a la trascendencia de esta patología en las interacciones

familiares, y a las dinámicas de relación disfuncionales que se crean debido a este problema. (Irles, 2001).

Ahora si pasamos mirara un poco este fenómeno a nivel nacional, el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas realizado por el Ministerio de Protección Social en el 2008 mostró que el 86% de la población antioqueña consumía bebidas embriagantes, mientras el consumo problemático de dicha sustancia en la ciudad de Medellín y el área metropolitana es del 18,7% (Ministerio de la Proteccion Social & Direccion Nacional de Estupefacientes, 2008).

Aunque las cifras nos parecen alarmantes, no solo eso nos preocupa sino también el hecho de “Las altas posibilidades de una comorbilidad con dos o más trastornos mentales. Los pacientes con diagnóstico dual están más discapacitados y requieren más recursos terapéuticos que los que sólo tienen un diagnóstico por abuso de sustancias u otro tipo de trastorno psiquiátrico aislado. Además, tienen un mayor riesgo de suicidio, de quedarse sin hogar, de tener otros problemas legales o médicos y de hospitalizaciones más prolongadas y frecuentes. Las dificultades diagnósticas que plantean estos pacientes repercuten en que el tratamiento no llegue a ser completo. Además, los centros de tratamiento suelen estar especializados en psiquiatría o bien en drogodependencias, pero no en ambas disciplinas a la vez, con lo cual el paciente difícilmente obtiene la respuesta terapéutica apropiada e incluso puede quedar fuera del sistema asistencial” (Casas & Guardia, 2002).

Como podemos la afición al consumo del alcohol trae consigo una gran cantidad de situaciones problemáticas e incluso riesgosas, por lo que después de ver esta panorámica surgen diversas preguntas, una de las que nos causó más ruido fue ¿qué es lo que hace que el alcohol tome tanto empoderamiento sobre una persona y más aún qué hace que dicho empoderamiento se mantenga?

Pero cómo se podría pensar son muchos los factores individuales y/o sociales que pueden influir en la aparición y sostenimiento de una dependencia, además de que esta sustancia tiene una dinámica particularmente aceptada por la sociedad por lo que no se podría hablar de un factor determinante para ellos, sin embargo hay diversos componentes que permiten o facilitan la dependencia al alcohol, uno de ellos son las creencias nucleares que el sujeto desarrolla frente a su consumo; para entender esto, primero tendríamos que tener en cuenta que es una creencia nuclear,

Aaron Beck el fundador de esta teoría conceptualiza la creencia nuclear como “interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni siquiera a sí mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo,” además de esto Beck puntualiza que estas creencias pueden ser racionales e irracionales, y que las personas comúnmente presentan ambas creencias (CATREC INTERNACIONAL & Camerini, 2013, citando a Beck, 1962). En las dependencias es muy común observar las creencias irracionales en forma de pensamientos automáticos con razonamientos no válidos que justifican el consumo de la sustancia implicada de la dependencia, haciendo, por ende, que esta se mantenga.

Albert Ellis (1990) otro gran estudioso del tema se refiere a esto como una “serie de afirmaciones y/o atribuciones que tiene el individuo que el individuo constantemente se está haciendo, que además cuentan con una serie de características tales como: evaluaciones personales, absolutistas y expresadas como obligación” (Citado por Villa, s.f.)

Otro componente que recientemente está sonando mucho en las investigaciones de drogodependencia por ser un factor clave para sostenimiento de una dependencia es lo que se ha denominado como “Craving” el cual hace referencia a “un estado emocional y motivacional de sentimientos subjetivos de deseo o necesidad de consumir sustancias psicoactivas” (Castillo & Bilbao, 2008).

Después de tener claro algunos de los conceptos relacionados a nuestro tema de interés, pasamos hacer una revisión teórica sobre éste, y durante este proceso pudimos dar cuenta de que principalmente el eje del alcoholismo tiene fuertes líneas de investigación desde diversas perspectivas como se mencionara más adelante, y que si bien las creencias nucleares están muy biena bordadas a nivel general desde autores como Beck y Ellis, es pobre el abordaje de estas creencias frente al craving, que como dijimos es una característica propia de las adicciones, adicionalmente si se hace una pregunta por ambos factores la limitación se vuelve se vuelve mucho más evidente en especial en nuestro idioma.

Como ya se mencionó, el alcohol se ha visto abordado desde varias perspectivas, una de estas líneas ha sido la estadística, como se presenta en los párrafos anteriores la OMS y el ministerio de salud y protección social se han encargado de realizar diversos estudios estadísticos sobre el

consumo y abuso de esta sustancia, tanto a nivel mundial como a nivel nacional; otra vía fuertemente estudiada de este tema son los daños físicos y/o sociales (aunque se encuentran más estudios de los primeros que los segundos) que causa el licor, en esta dirección se han pronunciado mucho lo que son las revistas y organizaciones de salud pública o algunas entidades clínicas, tales como la revista Española de Salud Pública que explica cómo “el consumo de alcohol se relaciona con numerosos problemas de salud, incluyendo enfermedades infecciosas, cáncer, enfermedades endocrinas y metabólicas, mentales, neurológicas, cardiovasculares, digestivas, maternas y perinatales y lesiones intencionales y no intencionadas” (Sarasa-Renedo et al., 2014) o Mayo Clinic, una entidad estadounidense sin ánimo de lucro dedicada a la práctica clínica que tiene algunas publicaciones en su página web sobre el trastorno por consumo de alcohol, y cuáles pueden ser sus síntomas, sus causas, algunos factores de riesgo y algunas implicaciones en la salud tales como: enfermedades hepáticas, problemas digestivos y cardíacos, complicaciones en la diabetes, etc. (Mayo Clinic, 2019). Y una tercera perspectiva aunque no está ampliamente investigada vale la pena mencionarla, iría referente al marco legal que regula la distribución de bebidas alcohólicas en Colombia; La ley 30 de 1986 la cual cuenta con nueve apartados, que por motivo de extinción y relevancia sólo mencionaremos los nombres: Principios generales, Campañas de prevención y programas educativos, Campañas de prevención contra el consumo del alcohol y del tabaco, Control de la importación, fabricación y distribución de sustancias que producen dependencias, De los delitos, De las contravenciones, Procedimiento para la destrucción de plantaciones y sustancias incautadas, Tratamiento y rehabilitación y Consejo Nacional de Estupefacientes. Otro factor regulador son los impuestos los cuales están explicados en el Estatuto Tributario de los Impuestos Administrados por la Dirección General de Impuestos Nacionales (*Estatuto Nacional de Estupefacientes (Ley 30 de 1986)*, 1986)

Ahora bien si miramos nuestro segundo eje temático, es decir las creencias nucleares dirigidas al craving pero ya centrándonos de una vez en el alcoholismo damos cuenta que la predominancia son investigaciones en poblaciones puntuales o creaciones de pruebas; Algunos estudios que abordan que este tema y que nos sirvieron como referente fueron el Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída de (Martínez-González et al., 2017) Cuyo objetivo era diseñar un cuestionario que les permitiera evaluar las creencias nucleares en torno al consumo de drogas tales como el alcohol, la cocaína y el cannabis y el craving que experimentan los adicto, este estudio se hizo con

un muestra de 215 pacientes, de los que el 85.8% eran hombres y el 14.2% mujeres en tratamiento por su adicción.

En esta misma línea González y García (2011) plantean que:

Las creencias básicas adictivas, junto con otras variables clínicas tales 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 la 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, es decir, 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. 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.

Además Newman y Ratto (1999) plantean que “Los contenidos de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en pacientes drogodependientes hacen referencia tanto a la funcionalidad del consumo –pensamientos permisivos hacia el mismo, como a otras atribuciones sobre la propia capacidad de recuperación o sobre la utilidad del tratamiento y del soporte recibido. Las bajas expectativas de autoeficacia y de resultados tienen gran impacto sobre la aparición del craving y, consecuentemente, sobre la efectividad del tratamiento asimismo, el hecho de que los pacientes perciban el tratamiento como útil incrementa significativamente la eficacia del mismo.

Con lo visto hasta ahora podemos dar cuenta de que el alcoholismo es una problemática de una afectación a gran escala, puesto que aparte de traer perjuicios para el sujeto, trae otras dinámicas que afectan el entorno social y público, y que uno de los factores influyentes para la aparición y principalmente para el sostenimiento de la adicción a esta sustancia son las creencias que al adicto desarrolla frente a sus ganas de consumir, por lo que nos aparece la pregunta de ¿Cuáles son las ideas nucleares frente al craving que aparecen en personas adictas al alcohol que están al inicio del tratamiento de rehabilitación con el modelo de tratamiento grupo doble AA en comparación a personas adictas al alcohol que llevan más de un año en tratamiento en este mismo modelo de tratamiento? ya que si el tratamiento, y en especial el modelo de grupo doble AA que es uno de los más utilizados aquí en Colombia, es la principal fuente de ayuda para que el adicto deje de consumir, debe ser el principal factor para que las creencias de dicho adicto cambien.

2 Justificación

La siguiente investigación tiene una base sólida los antecedentes en donde se muestra la importancia de centrarnos en una realidad más predispuesta al cambio y a abrir un poco la conciencia con respecto al uso de alcohol y todo lo que conlleva esto, empezaremos situando y mostrando los daños a nivel biológicos que trae el uso de las bebidas embriagantes y mostrando así la significación de nuestra investigación.

El estudio del déficit neuropsicológicos en los sujetos alcohólicos ha cobrado una especial relevancia en las últimas décadas. Esto se debe fundamentalmente a sus implicaciones en aspectos tan importantes como son el pronóstico terapéutico y el diseño de estrategias adecuadas de intervención. Este artículo presenta una revisión de los principales estudios sobre la afectación de la memoria y de las funciones ejecutivas en alcohólicos. Los resultados, aunque con ciertas discrepancias, sugieren la existencia de una alteración en la capacidad mnémica, que afecta sobre todo a la memoria de trabajo y a estrategias de aprendizaje. Asimismo se constata la presencia de un déficit en las funciones ejecutivas en los sujetos alcohólicos. Por otro lado, se valora la posibilidad de que esté déficit en las funciones ejecutivas actúe como un factor de vulnerabilidad a desarrollar alcoholismo (Landa et al., 2004).

Además, el consumo excesivo de alcohol o su abstinencia contribuyen al desarrollo de síntomas psiquiátricos, como el deterioro de la expresión emocional, síntomas de ansiedad, depresión y trastornos de conducta que producen desadaptación social. Por lo tanto los síntomas de ansiedad y depresión aparecen asociados con frecuencia al alcoholismo, donde interaccionan causa con consecuencia. Esta comorbilidad entre alcoholismo y trastorno de ansiedad prevalece más entre los dependientes que entre los no dependientes ansiedad y alcoholismo abusadores de alcohol. En general se podría decir que si bien el consumo de alcohol a corto plazo disminuye la ansiedad, tomándolo a largo plazo, la aumenta. (Kamenetzky & Mustaca, 2006).

La envergadura de este estudio no solo va en aras de mostrar la importancia biológica, sino también la importancia a nivel familiar, social que conlleva esto mismo, esto no es solo un problema del sujeto, si no también es un problema de contexto, donde cada vez más personas salen lastimadas o vulneradas por el mismo hecho.

Los mecanismos que relacionan el alcohol y la violencia interpersonal son múltiples. El consumo nocivo de alcohol afecta directamente a las funciones físicas y cognitivas. Los bebedores tienen menos autocontrol y capacidad de procesar la información que reciben, por lo que es más probable que recurran a la violencia en las confrontaciones, y el hecho de que también sean menos capaces de reconocer los signos de alarma en situaciones potencialmente violentas los convierte en objetivos fáciles para los agresores. La creencia individual y social de que el alcohol es causa de comportamientos agresivos pueden inducir a usarlo como preparación a la participación en actos violentos o como disculpa por haberlos cometido, violencia interpersonal es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra otra persona, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. El abuso del alcohol y la violencia interpersonal funcionan como los catalizadores para cada uno. La dependencia del alcohol puede suponer que las personas no cumplan sus obligaciones de cuidado de otras personas o que coaccionen a familiares para que les den dinero con el que comprar alcohol o cubrir los gastos que su consumo lleva aparejados (OMS, 2006).

Aunque las cantidades de alcohol consumido, los patrones de consumo y las tasas de violencia interpersonal difieren ampliamente de unos países a otros, en todas las culturas se observa una estrecha relación entre alcohol y violencia. El uno agrava los efectos del otro, y el consumo de alcohol está muy ligado al riesgo de que un individuo perpetrar actos violentos o sea víctima de ellos.

los estudios realizados anteriormente se centran en los daños causados por el alcohol este en cambio busca mostrar los daños y las repercusiones que tienen las bebidas con el fin de argumentar la importancia de sensibilizar a quienes consumen alcohol, pero además también de formar prevalencia de sobriedad en aquellos que han optado por una vida sin la bebida, la terapia cognitiva conductual dirigida a la prevención de recaídas en pacientes alcohólicos es una de las opciones planteadas en nuestro proyecto, debido a esto desarrollaremos y explicaremos el concepto de craving y el de creencias nucleares donde mostraremos la importancia de estos dos conceptos en alcohólicos y abstemios esto ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento, que es un tema crucial en el campo de las adicciones, ya que favorece la recuperación terapéutica al evitar abandonos prematuros de la terapia y posibilita que los pacientes puedan completar los programas de intervención dirigidos a superar el alcoholismo, por otro lado considerar este tipo de población nos

hace pensar que tanto influye la motivación del paciente hacia el tratamiento y su decisión, es por eso que compararemos el craving y sus creencias frente al alcohol para formar estrategias de aprendizaje más eficaces para superar con éxito la dependencia y esta se mantenga, aunque ya es un reto para la salud, las ciencias sociales etc. Lograr que un adicto deje de consumir por un tiempo, es mayor el reto de hacer que este siga por el camino de la sobriedad y aumente los mecanismo eficaces para pelear y combatir con aquellas creencias que aparecen.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

Describir la existencia de las ideas nucleares que pueden generar vulnerabilidad en el deseo de consumo (“craving”) en adictos al alcohol, que se encuentran en proceso de rehabilitación a partir del modelo de tratamiento del “grupo de doble AA.

3.2 Objetivos específicos

- Evaluar si los participantes cumplen con todos los criterios para el diagnóstico de trastorno por dependencia al alcohol (alcoholismo)
- Explorar las creencias nucleares más recurrentes de cada participante de la investigación.
- Identificar las creencias nucleares que actúan como un factor de vulnerabilidad para el deseo de consumo (Craving) en los participantes evaluados.
- Explorar la existencia del deseo de consumo (Craving) en los participantes.

4 Problema de investigación

¿Cuáles son las ideas nucleares frente al craving que aparecen en personas adictas al alcohol que están al inicio del tratamiento de rehabilitación con el modelo de tratamiento grupo doble AA en comparación a personas adictas al alcohol que llevan más de un año en tratamiento en este mismo modelo de tratamiento.

5 Marco teórico

La construcción del piso teórico de la investigación se ha consolidado en dos grandes ejes temáticos. El primer eje consta sobre el alcoholismo y sus respectivas variantes como: definición, criterios diagnósticos, tipos de tratamiento (centrado principalmente en el formato de los grupos doble AA, el cual es el tratamiento que está contemplado dentro de la pregunta de investigación). El segundo eje es el de creencias nucleares frente al craving, este eje, a su vez se subdivide en otros dos, uno es la parte de creencias, su conceptualización y características, y el otro es el fenómeno del craving en donde se especifica sus respectivos síntomas y las creencias que se forjan debido a éste.

5.1 Alcoholismo

5.1.1. Definición e historia del alcoholismo en la actualidad

El consumo de alcohol está inmerso en la sociedad humana desde hace millones de años, existe evidencia de una bebida alcohólica primitiva en China, llamada sura, la cual era destilada con arroz alrededor del año 7000 a. de C. (Fundación por un Mundo Libre de Drogas, s. f.) Sin embargo el consumo incontrolable de alcohol empezó a considerarse como una enfermedad desde principios del siglo XIX, pero sólo fue reconocida formalmente como tal por la Organización Mundial de la Salud hasta 1953. la OMS (2003) comprende el alcoholismo como “un estado psíquico y habitualmente también físico resultado del consumo de alcohol, caracterizado por una conducta y otras respuestas que siempre incluyen compulsión para ingerir alcohol de manera continuada o periódica, con objeto de experimentar efectos psíquicos o para evitar las molestias producidas por su ausencia”; Además del concepto de dependencia al alcohol, la OMS y el Ministerio de salud (2014) tienen en cuenta otros conceptos importantes como consumo de riesgo y consumo prejudicial; el primero hace referencia a un “patrón de consumo de alcohol que aumenta el riesgo de consecuencias adversas para el bebedor o para los demás”, que tiene en cuenta las siguientes variables para determinar el nivel de riesgo:

- Frecuencia de consumo de alcohol

- Cantidad usual de alcohol consumido por ocasión
- Frecuencia de consumo elevado.

El segundo habla del consumo que conlleva consecuencias para la salud física y mental, así como perjuicios sociales o interpersonales; y sus indicadores son:

- Sentimiento de culpa tras el consumo
- Lagunas de memoria
- Lesiones relacionadas con el alcohol
- Preocupación de otros por el consumo

Aunque el consumo de alcohol no sea algo reciente para la especie humana, el problema de salud que esto ha generado en la actualidad tiene grandes dimensiones. En este momento el consumo nocivo de alcohol produce 3,3 millones de muertes en el mundo, lo que equivaldría a un 5,9% de todas las defunciones a nivel mundial, además está asociado al 5,1% de la carga mundial de morbilidad y lesiones (OMS, 2018). Si nos situádonos a nivel regional, Colombia ocupa el séptimo lugar de los países latinoamericanos en consumir más alcohol, con un promedio de 6,2 litros por persona en un año, es decir, cerca de 300 millones de litros aproximadamente en todo el territorio nacional (El Colombiano, 2017) con alrededor de 2,4 millones de personas con un consumo riesgoso o perjudicial de alcohol (1,8 millones de hombres y 0,6 millones de mujeres), generando consigo varios indicadores alarmantes para nuestra sociedad,

Según el estudio nacional de salud mental realizado en el 2003, los trastornos de abuso de sustancias psicoactivas, particularmente el abuso de alcohol, ocupan el tercer lugar entre los principales trastornos de salud mental en Colombia, puesto que afectan a 6,7% de la población colombiana mayor de 18 años (Ministerio de la Protección Social, 2005). Además de esto se encuentra muy relacionados con otros problemas como los accidentes de tránsito y los homicidios. Según la Dirección de Tránsito y Transporte (DTT) de la Policía Nacional, en 2011 ocurrieron en Colombia 1.993 accidentes de tránsito por embriaguez, con saldo de 447 personas muertas y 2.422 heridos; este mismo anuario muestra que el consumo de alcohol aparece como el primer factor de vulnerabilidad identificado en las víctimas de homicidios y el segundo en las víctimas de lesiones

producidas en otros episodios de violencia interpersonal (El Tiempo, 25-6- 11, p. 18 Tomado de Ministerio de Salud, 2013).

5.1.2. Criterios para diagnosticar el alcoholismo

Como se dijo anteriormente la investigación adoptó gran parte de las definiciones y conceptualizaciones que tiene la OMS, debido a que es el principal ente de salud a nivel mundial, por lo que los criterios diagnósticos que se tuvieron en cuenta para el síndrome de alcoholismo son los que propone el CIE (OMS, 2003), los cuales son:

Presentar tres o más de las siguientes manifestaciones, las cuales deben haber estado presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algún período de doce meses:

Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir alcohol

Disminución de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.

Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas; Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.

Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensión del daño (OMS, 2003).

De igual manera, se hizo una revisión y comparación con otro ente de referencia importante para la psicología, el cual es el DSM versión número debido a que hace la separación entre el

trastorno de abuso de alcohol y el de dependencia al alcohol. Los siguientes síntomas enunciados son los del trastorno por dependencia al alcohol:

Un patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, manifestado por tres (o más) de los siguientes 7 criterios, que ocurran en cualquier momento, de un período continuado de 12 meses:

Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes:

a) Necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

b) Efecto marcadamente disminuido con el consumo continuado de las mismas cantidades de alcohol

Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes:

a) El síndrome de abstinencia característico para el alcohol (ver DSM-IV para más detalles)

b) El alcohol es ingerido para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

a) El alcohol es frecuentemente ingerido en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía

b) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol

c) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención del alcohol, en el consumo del alcohol o en la recuperación de los efectos del mismo

d) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo del alcohol

e) Se continúa ingiriendo alcohol a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que son causados o exacerbados por el consumo del alcohol.

5.1.3. Enfermedades asociadas al alcoholismo

El alcohol etílico (etanol) es tóxico para la mayoría de tejidos del organismo. Su consumo crónico y excesivo se ha asociado al desarrollo del síndrome de dependencia al alcohol, pero también a numerosas enfermedades (Estruch, 2002).

5.1.4. Problemas digestivos

El aparato digestivo es uno de los primeros órganos en tener contacto con el alcohol por lo que tras un consumo constante o dosis muy elevadas de dicha sustancia se ve afectado fácilmente, algunas de estas afectaciones son:

- Reducción de la presión de este esfínter superior, junto a una disminución significativa de la amplitud media de contracción tras la deglución.
- Motilidad esofágica
- Reflujo gastroesofágico
- Desarrollo de una gastritis aguda
- Inflamación de la mucosa gástrica, especialmente la del antro llegando a producir en algunos casos erosiones y hemorragias
- Lesiones hemorrágicas y estructurales de la mucosa intestinal
- Reducción de la actividad de las enzimas disacaridasas de la mucosa intestinal y una alteración en el transporte de fluidos y nutrientes a través de la pared intestinal, con la posibilidad de desarrollo de malabsorción intestinal
- Pancreatitis aguda, edematosa o necrotizante
- Modificación de la secreción pancreática tanto in vivo como in vitro

5.1.5. Problemas cardiovasculares

Como ya es sabido el consumo moderado de ciertas sustancias alcohólicas (especialmente el vino) tiene algunos efectos benéficos para el sistema cardiovascular, sin embargo el consumo excesivo de dichas sustancias pueden traer una serie de consecuencias como:

- Miocardiopatía alcohólica

- Hipertensión arterial
- Arritmias
- Accidente vasculares cerebrales
- Cardiopatía coronaria
- Reducción de la contractilidad cardiaca
- Trastornos neuro-hormonales
- Alteraciones electrolíticas
- Fibrilación auricula
- Disfunción diastólica del ventrículo izquierda
- Disfunción sistólica
- Alteraciones de la respiración mitocondrial y de la oxidación de ácidos grasos similares a las observadas en las mitocondrias del hígado
 - Cambio metabólico del músculo cardíaco hacia un metabolismo glucolítico anaerobio, o causar lesiones por la acción de radicales libres formados por trastornos en la peroxidación de los lípidos o a alteraciones de la síntesis proteica.
 - Alteración de los canales iónicos, las bombas iónicas e incluso la permeabilidad basal a los iones.
 - Elevación de las presiones sistólica y diastólica, y también de la frecuencia cardiaca
 - Elevación de la HTA

5.1.6. Problemas en el sistema nervioso

- Intoxicación alcohólica aguda
- Lagunas o amnesias alcohólicas
- Reducción de la actividad global cerebral principalmente el córtex occipital, y exceptuando el córtex temporal izquierdo y ganglios basales izquierdos en los cuales se produce un aumento de actividad.
 - Vasoconstricción con una reducción del RCBF
 - Hipoperfusión reversible del lóbulo frontal

5.1.7. Trastornos mentales relacionados

• Además del síndrome o trastorno por dependencia al alcohol, el consumo constante de esta sustancia se ve relacionado con otros trastornos mentales, como lo son:

- Intoxicación por alcohol
- Abstinencia de alcohol
- Delirium por intoxicación de alcohol
- Demencia persistente inducida por alcohol
- Trastorno amnésico persistente inducido por alcohol
- Trastorno psicótico inducido por alcohol: con ideas delirantes, con alucinaciones
- Trastorno del estado de ánimo
- Trastorno de ansiedad inducido por alcohol
- Trastorno del sueño inducido por alcohol
- Trastorno relacionado con alcohol no especificado inducido por alcohol

5.2. Tipos de tratamiento para el alcoholismo

Antes de nombrar algunos tratamientos propios para el alcoholismo, es pertinente mencionar que el Ministerio de salud Colombiano cuenta con una estrategia nacional la cual tiene como objetivo: “El compromiso de reducir el consumo nocivo del alcohol en Colombia para mejorar la salud y el bienestar social de toda la población y mitigar las cargas de morbilidad y mortalidad asociadas al alcohol.” Esto se pretende lograr de la siguiente manera (OMS, 2010 tomado Ministerio de Salud y Protección Social, 2011):

- Reforzar las acciones nacionales y la cooperación internacional.
- Fortalecer la cooperación y la coordinación intersectorial.
- Asignar la prioridad necesaria, para que ello se traduzca en atención efectiva sobre la problemática y sobre las alternativas para superarla.
 - Conciliar distintos intereses. Relacionados a la producción, la distribución, el mercadeo y el expendio de bebidas alcohólicas
 - Centrarse en la equidad.

- Tener en cuenta los contextos específicos. Gran parte de
- Mejorar la información.

Ahora, pasando a los tratamientos del alcoholismo propiamente, los más frecuentes son: (Secades-Villa & Fernández-Hermida, 2001).

5.2.1. Programa de reducción de daño

Estos programas surgieron a finales de la década de los ochenta como alternativa a los tratamientos que persiguen la abstinencia inmediata. En lugar de la abstinencia, las variables dependientes que miden la eficacia de estos programas tienen que ver con la disminución de las consecuencias asociadas al uso de drogas, Por ejemplo, vía de administración de la droga, consecuencias de tipo social (delincuencia, marginación, etc.), diversas enfermedades (sida, hepatitis, etc.) o consecuencias familiares. También se trata de evitar las prácticas de riesgo y fomentar conductas más saludables.

5.2.2. Programa de aproximación de reforzamiento comunitario

Se trata de un programa pionero en el tratamiento de alcohólicos severos mediante métodos operantes, que tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional. Este programa se aplica en grupo o individualmente y tanto con pacientes externos como hospitalizados. El programa de reforzamiento comunitario incluye los siguientes componentes:

1. Uso de Disulfiram, facilitado por una persona cercana al paciente, junto con el empleo de técnicas operantes para reforzar la adhesión.

2. Entrenamiento en habilidades de comunicación, incluyendo terapia conductual familiar y de pareja: se entrena a familiares y amigos para que promuevan actividades sociales reforzantes para el alcohólico. La intoxicación conlleva la pérdida de estos reforzadores.

3. Establecimiento de un «club social abstemio». El club ofrece actividades sociales los pacientes. Además, a las personas sin trabajo se les instruye en habilidades de búsqueda de empleo.

4. Actividades recreativas no relacionadas con el alcohol.

5. Entrenamiento para enfrentarse a las urgencias y deseos de beber, y para resistir la presión social.

5.2.3. Programa de entrenamiento en habilidades sociales

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es otro procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo en el tratamiento del alcoholismo. El planteamiento que subyace en el Entrenamiento en Habilidades Sociales es que las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales pueden dificultar a las personas con problemas de bebida un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para beber, por lo que estos programas emplean un conjunto de técnicas dirigidas a incrementar tales habilidades de afrontamiento. Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de uso de sustancias (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995 citado en Secades y Fernández, 2001).

5.2.4. Modelo de prevención en recaídas

La PR es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo conductuales: identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el craving y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados y entrenamiento en solución de problemas.

5.2.5. Terapia conductual familiar y en pareja

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. Esto es, las terapias familiares y de pareja son, en realidad, programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la asignación de tareas, el control estimular, el

contrato conductual, el manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas (O'Farrel citado en Secades y Fernández, 2001).

5.2.6. Grupos doble AA

Otra forma de tratamiento que no incluyen Secades y Fernández son los Grupos de alcohólicos anónimos, los cuales se definen como una: “comunidad de hombres y mujeres que comparten su mutua experiencia, fortaleza y esperanza para resolver su problema común y ayudar a otros a recuperarse del alcoholismo.” Sus principales características y/o dinámicas (Corporación Nacional de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos en Colombia) son:

1. Los miembros de A.A. comparten su experiencia con cualquiera que busque ayuda para su problema con la bebida; dan servicio persona-a-persona o “apadrinan” al alcohólico que llega a A.A. sea cual sea su procedencia.

2. El programa de A.A., enunciado en nuestros Doce Pasos, ofrece al alcohólico una manera de desarrollar una vida satisfactoria sin alcohol.

3. Este programa se discute en las reuniones de los grupos de A.A.

Tipos de reuniones:

a. Reuniones abiertas de orador: abiertas para alcohólicos y no alcohólicos. (La asistencia a una reunión abierta de A.A. es la mejor forma de enterarse de lo que A.A. es, lo que hace, y lo que no hace.) En las reuniones de orador, los miembros de A.A. “cuentan sus historias.” Describen sus experiencias con el alcohol, cómo llegaron a A.A., y cómo han cambiado sus vidas como resultado de A.A.

b. Reuniones abiertas de discusión: un miembro habla brevemente sobre su experiencia con la bebida, y luego dirige una discusión sobre la recuperación en A.A. o acerca de cualquier problema relacionado con la bebida que cualquier persona quiera plantear.

c. Reuniones cerradas de discusión: se realizan igual que las discusiones abiertas, pero sólo para alcohólicos o posibles miembros de A.A.

- d. Reuniones de Pasos (normalmente cerradas): discusión sobre uno de los Doce Pasos.
- e. Los miembros de A.A. llevan también reuniones a las instituciones de tratamiento y correccionales.
- f. Se puede pedir a los miembros de A.A. que hagan reuniones informativas acerca de A.A. como parte de los programas A.S.A.P. (Proyecto de Acción de Seguridad con respecto al Alcohol) y D.W.I. (Manejar bajo los efectos del alcohol). Estas reuniones acerca de A.A. no son reuniones regulares de los grupos de A.A.

5.3. Creencias nucleares frente al craving

5.3.1 Definición y características de creencias nucleares

Desde 1962 el psiquiatra Aaron Beck introduce en el campo de la salud mental una terapia cognitivo- conductual denominada “Terapia cognitiva”, la cual se enfoca en las creencias nucleares, que definió como: “definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo”. Estas interpretaciones son tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, puesto que muchas veces no tienen clara conciencia de ellas, ya que, normalmente son desarrolladas desde la infancia; Además Beck tiene en cuenta otros conceptos relacionados a estas creencias los cuales son:

Creencia racional: cogniciones evaluativas de significado personal pero que expresan deseos, gustos, preferencias de manera realista, consciente y flexible

Creencia irracional: evaluaciones absolutistas e inflexibles que se expresan de manera, dogmáticas con un “debo” o un “tengo que”; estas evaluaciones generan emociones negativas perturbadoras que claramente interfieren con la construcción de las metas.

Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, veloces y cortos que surgen bajo una creencia y pueden aparecer de forma verbal o con un lenguaje interno.

Las creencias intermedias están constituidas por reglas (normas), actitudes y supuestos.

Como es sabido, las terapias son pensadas para la parte disfuncional, por lo que la Terapia Cognitiva se centró en las creencias irracionales y en los pensamientos automáticos disfuncionales,

también llamados distorsiones cognitivas, proponiendo algunos emblemáticos por su reiteración en la mayoría de pacientes (Beck, 1995, citado por (catrec internacional & Camerini, 2013).

- Pensamiento dicotómico
- Catastrofización
- Descalificar o descartar lo positivo.
- Inferencia arbitraria.
- Razonamiento emotivo
- Explicaciones tendenciosas.
- Rotulación
- Magnificación / minimización.
- Abstracción selectiva
- Lectura de la mente.
- Generalización
- Personalización.
- "Visión en túnel".

Antes de la formalización de la teoría de Beck, Albert Ellis, psicoterapeuta estadounidense, había desarrollado la Terapia Racional Emotiva (TREC), la cual abarca gran parte de lo que son las creencias nucleares tanto funcionales como disfuncionales. Ellis define las creencias irracionales o disfuncionales como “fenómenos cognitivos que median en nuestras emociones y en nuestra conducta y que nos alejan de nuestros objetivos”, los cuales generan una gran cantidad de sentimientos negativos como el dolor, la ansiedad patológica o la frustración; Para poder entender y operacionalizar de las creencias irracionales la TREC propone el esquema del ABC. La A hace referencia a acontecimientos activadores, es decir, aquellas circunstancias que se presentan a lo largo de la vida y que desencadenan una serie de pensamientos y consecuencias, la B representa todas las creencias (Beliefs) que se activan frente a una situación en particular y la C son todas aquellas consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas que aparecen como resultado de una situación y las creencias activadas por dicha situación (Camacho, 2003)

5.3.2. *Craving*

Durante el último siglo, en la clínica e investigación sobre drogadicción ha aparecido el fenómeno del craving el cual ha sido conceptualizado de diversas maneras; algunas de ellas son: “la ‘querencia’ o ‘apetencia’ por re experimentar los efectos de una droga; fuerte ‘deseo’ subjetivo o ‘ansia’ irresistible, un pensamiento o ‘requerimiento obsesivo’, la ‘búsqueda de alivio’ ante las sensaciones de un síndrome de abstinencia, un ‘incentivo motivacional’ para la autoadministración de drogas, ‘expectativas’ hacia los efectos positivos, o un ‘proceso cognitivo no automático”. Si bien es un concepto polisémico, la mayoría de teorías coinciden en que es componente importante de la dependencia de drogas dado que se le atribuye un papel relevante en las recaídas y la continuidad del consumo posterior, bien tras largos periodos de abstinencia como durante el tratamiento (Castillo & Bilbao, 2008).

Con fines prácticos esta investigación tomará la definición mayormente aceptada, la cual expone Castillo & Bilbao, (2008) definiendo el craving como “un estado emocional y motivacional de sentimientos subjetivos de deseo o necesidad de consumir sustancias psicoactivas”.

En sus inicios el concepto y desarrollo de craving se ven muy ligados al problema del alcohol, ya que en 1954 la OMS realizó un simposio constituido por un ‘Comité de Expertos en Salud Mental y Alcohol’ y plantearon que:

“el deseo del alcohol consiste en ‘un deseo abrumador y urgente, con motivaciones psicológicas tales como alivio de sentimientos desagradables y motivaciones fisiológicas referidas al alivio de síntomas de abstinencia y la adquisición de fuentes de energía’. Por su parte, además hacían la diferenciación entre dos tipos de craving: 1. El ‘físico’ o ‘no simbólico’, precipitado por el síndrome de abstinencia, que aparecía en personas que habían bebido en grandes cantidades durante largos periodos de tiempo y 2. El ‘psicológico’ o ‘simbólico’, posterior al síndrome de abstinencia, que ocurriría en personas que han estado abstinentes durante un tiempo y después de que los síntomas de abstinencia desaparecieran” (OMS, 1955 citado por Castillo & Bilbao, 2008).

Debido a la diversificación del concepto, aparece una clasificación de éste, es decir que se puede hablar de diferentes tipos de Craving, los cuales son (Castillo & Bilbao, 2008).

- Respuesta a los síntomas de abstinencia.
- Respuesta a la falta de placer.
- Respuesta condicionada a las señales asociadas a la sustancia.
- Respuesta a los deseos hedónicos.

Además, también se llegó a un consenso para la medición del Craving. Los instrumentos más utilizados son los multidimensionales y parten de la consideración de que el fenómeno del craving se entiende mejor como un continuo que como una medida dicotómica, proponiendo cinco dimensiones (Tiffany y colaboradores citado en Castillo & Bilbao, 2008).

- 1) El deseo de consumir.
- 2) La intención y planificación del consumo.
- 3) La anticipación de efectos tanto físicos como emocionales positivos del consumo.
- 4) La anticipación de una disminución del malestar físico y afectivo como consecuencia del consumo
- 5) La anticipación de la dificultad de evitar beber si hay droga disponible o, dicho de otro modo, la pérdida del control por el consumo

5.3.3. Tratamiento del craving

“Cada uno de los modelos conceptuales que han abordado el estudio del craving ha propuesto medidas para su valoración y para su tratamiento terapéutico” (Castillo & Bilbao, 2008). Modelos subsumidos en el paradigma cognitivo: proponen que las intervenciones terapéuticas no van dirigidos a aliviar la experiencia de craving sino a incrementar las probabilidades de que el paciente pueda bien evitar o bien bloquear la ejecución de las respuestas automáticas de consumo de la sustancia. Así para Tiffany y Conklin (citado en Castillo & Bilbao, 2008), las intervenciones psicológicas efectivas para el craving deben:

- 1) Centrarse en los estímulos que desencadenan las rutinas automáticas de consumo, teniendo en cuenta que evitarlas siempre es imposible.

2) Trabajar para incrementar los recursos del paciente para impedir la ejecución de las conductas automáticas de consumo.

Proponiendo intervenciones dirigidas a disminuir las demandas sobre las capacidades de procesamiento controlado del paciente inscribiendo técnicas de manejo del estrés y de las emociones.

5.3.4. Modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Colaboradores

Propone dos tipos fundamentales de intervenciones, las cuales unas van dirigidas por la vía cognitiva y otras por la vía conductual. Algunos ejemplos de las primeras (Castillo & Bilbao, 2008). Son:

- Registro y análisis de las situaciones en que se produce el craving.
- Análisis de las expectativas del paciente sobre los efectos de consumir la sustancia en las diferentes situaciones de riesgo.
- Reestructuración de las creencias del sujeto sobre el craving promoviendo una visión de este como un fenómeno normal, cuya aparición no implica que se haya de realizar necesariamente un consumo y que desaparecerá con el tiempo, si no se cede a la tentación de consumir.
- Hacer presentes en el momento en que aparezca el craving las consecuencias negativas a largo plazo del consumo.

Y algunos ejemplos de las intervenciones de tipo conductual son:

- La ejecución de estrategias de afrontamiento adecuadas en las situaciones de alto riesgo.
- Evitación, control de estímulos.
- Distracción y realización de actividades alternativas.
- Exposición a estímulos.

5.3.4.1. Modelo psicobiológico

Explica los mecanismos de neuroadaptación del craving. Ha recogido suficiente evidencia que ha permitido el desarrollo y puesta a prueba de la eficacia de distintas estrategias farmacológicas entre las cuales han destacado el uso de antagonistas opiáceos (naltrexona), los

análogos de la homotaurina (acamprosato) y algunos agentes que actúan sobre los mecanismos serotoninérgicos. (Castillo & Bilbao, 2008).

5.3.5. Creencias nucleares relacionadas al craving

Dentro de la terapia cognitiva de las adicciones, las creencias nucleares juegan un papel fundamental, puesto que están en la base de los impulsos de consumo de sustancias y bajo un estímulo particular se puede detonar una de estas creencias desatando toda una activación fisiológica produciendo así el craving.

Respecto de las creencias nucleares relacionadas con la adicción, se ha comprobado que guardan relación con la propia historia adictiva en la medida en que las personas se identifican más con estas creencias conforme aumenta el tiempo transcurrido desde que comenzaron a consumir drogas. Sin embargo, no se encuentra esta relación con las creencias que se refieren al craving, lo que tiene una implicación directa en las estrategias para el afrontamiento del deseo de consumo, es decir, el hecho de que cuente con una historia toxicológica larga no le impide utilizar estrategias cognitivas para afrontar el craving desde el inicio del tratamiento (Martínez-González et al., 2017).

Para Beck et al. (Citado por Martínez-González et al, 2017) las creencias básicas adictivas pueden dividirse en varios grupos:

- Las que guardan relación con las creencias 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 tensión y la depresión
- La convicción de que a menos que se consuma para neutralizar la angustia ésta continuará indefinidamente, y con toda probabilidad, empeorará.

Según el autor, este conjunto de aseveraciones aglutinan las creencias nucleares que pueden identificarse de seguir un procedimiento adecuado. Con referencia a las creencias asociadas directamente el Craving, Martínez-González y colaboradores (2018) crean un cuestionario compuesto por 7 ítems, más uno adicional para evaluar el nivel de deseo de consumo en el momento de la evaluación. El ítem que permite evaluar el nivel de deseo en el momento de la evaluación es “ahora tengo ganas de consumir”. Los ítems que componen el cuestionario permiten indagar en aspectos esenciales del modelo cognitivo de adicción (Beck, et al., 1999; Martínez et al, 2018).

6 Metodología

La investigación cuenta con un enfoque Cuantitativo, el cual trata de analizar una realidad objetiva a partir de mediciones numéricas y análisis estadísticos para determinar predicciones o patrones de comportamiento del fenómeno o problema planteado utilizando unas fases o etapas determinadas. Teniendo en cuenta la característica anteriormente mencionada de dicho enfoque, el estudio se planteó investigar objetivamente un fenómeno muy común dentro de la población adicta, el cual es la aparición de creencias irracionales frente al craving, teniendo como finalidad comparar las creencias que aparecen en las dos muestras seleccionadas.

Este estudio cuenta con las características de ser:

No experimental: Debido a que los investigadores no introducirán ninguna variable, puesto que las variables a examinar ya están inmersas en el ambiente natural de dicha población.

Transversal: Esto se debe a que, a pesar, de realizar dos mediciones en muestras distintas la aplicación y medición de las variables se realizará en un solo momento.

Descriptivo: ya que la idea principal del estudio es describir las creencias irracionales que aparezcan en ambas muestras y compararlas entre sí.

7 Resultados

Después de visitar distintos grupos de Alcohólicos Anónimos (AA) de Medellín el total de la muestra poblacional fue de 20 sujetos distribuidos de la siguiente manera: En el grupo de Floresta participaron seis sujetos, en Buenos Aires participaron tres, en Villa Hermosa tres, en Santa Lucía uno, en San Javier tres, en Envigado uno, en Manrique dos y en el Salvador un sujeto, dando así el total de la muestra. Con un promedio de 50,2 años (Rango de edad entre 28 y 70 años).

Los resultados de la investigación de manera individual fueron:

Sujeto 1. Hombre de 56 años con educación primaria, con un Audit de 23 y un mes sin consumo. Con rango normal en la subescala uno y un rango bajo en la subescala dos.

Sujeto 2. Hombre de 65 años, sin educación, con un Audit de 32 y una semana sin consumo. Con rango normal en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

Sujeto 3. Hombre de 46 años, con educación primaria, un Audit de 38 y dos días sin consumo. Con rango normal en la subescala uno y un rango alto en la subescala dos.

Sujeto 4. Hombre de 53 años, con Bachillerato, un Audit de 16 y cuatro años sin consumo además presentó consumo adicional de cocaína. Con rango normal en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

Sujeto 5. Hombre de 61 años, con tecnología, un Audit de 9 y diez meses sin consumo. Con rango alto en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

Sujeto 6. Mujer de 52 años, con bachillerato, un Audit de 20 y once años sin consumo. Con rango bajo en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

Sujeto 7. Mujer de 33 años, con bachillerato, un Audit de 12 y seis años sin consumo además presentó consumo adicional de cocaína. Con rango normal en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

Sujeto 8. Hombre de 69 años, con primaria, Un Audit de 12 y nueve meses sin consumo. Con rango alto en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

Sujeto 9. Mujer de 48 años, con técnica, un Audit de 13 y dos años sin consumo. Con rango alto en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

Sujeto 10. Hombre de 37 años, con técnica, un Audit de 26 y con tres años sin consumo además presentó consumo adicional de cocaína. Con rango normal en la subescala uno y un rango bajo en la subescala dos.

Sujeto 11. Hombre de 50 años, con estudios superiores, un Audit de 12 y con cinco años sin consumo. Con rango bajo en la subescala uno y un rango bajo en la subescala dos.

Sujeto 12. Hombre de 69 años, con primaria, un Audit de 32 y siete años sin consumo. Con rango normal en la subescala uno y un rango alto en la subescala dos.

Sujeto 13. Mujer de 42 años, con bachillerato, con Audit de 8 y dieciocho meses sin consumo. Con rango bajo en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

Sujeto 14. Hombre de 51 años, con primaria, con un Audit de 37 y una semana sin consumo. Con rango alto en la subescala uno y un rango alto en la subescala dos.

Sujeto 15. Hombre de 28 años, con bachillerato, con un Audit de 12 y cuatro meses sin consumo además presentó consumo adicional de cocaína. Con rango normal en la subescala uno y un rango alto en la subescala dos.

Sujeto 16. Hombre de 62 años, sin estudios, con un Audit de 11 y veinte días sin consumo. Con rango alto en la subescala uno y un rango bajo en la subescala dos.

Sujeto 17. Mujer de 40 años, con bachillerato, un Audit de 8 y dos meses sin consumo. Con rango normal en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

Sujeto 18. Hombre de 42 años, con bachillerato, un Audit de 13 y una semana sin consumo. Con rango bajo en la subescala uno y un rango bajo en la subescala dos.

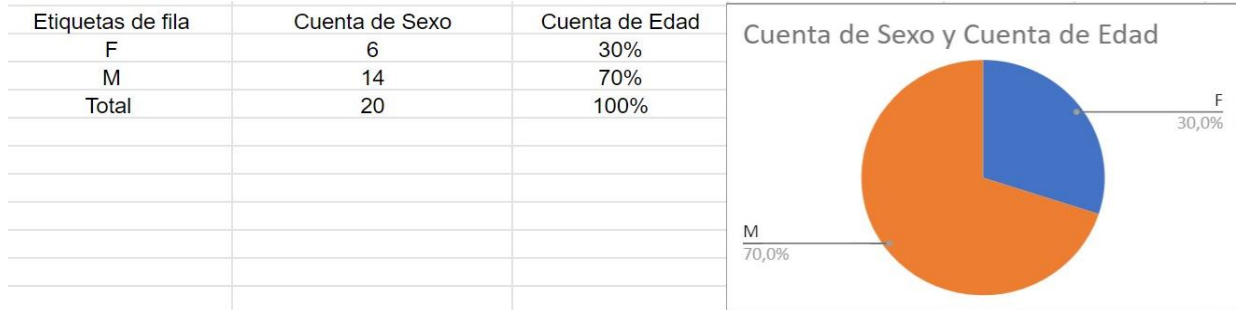
Sujeto 19. Mujer de 28 años, con técnica, un Audit de 23 y dos meses sin consumo además presentó consumo adicional de cocaína. Con rango normal en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

Sujeto 20. Hombre de 70 años, con primaria, un Audit de 7 y doce años sin consumo. Con rango alto en la subescala uno y un rango normal en la subescala dos.

De la información anterior podemos concluir que:

Figura 1.

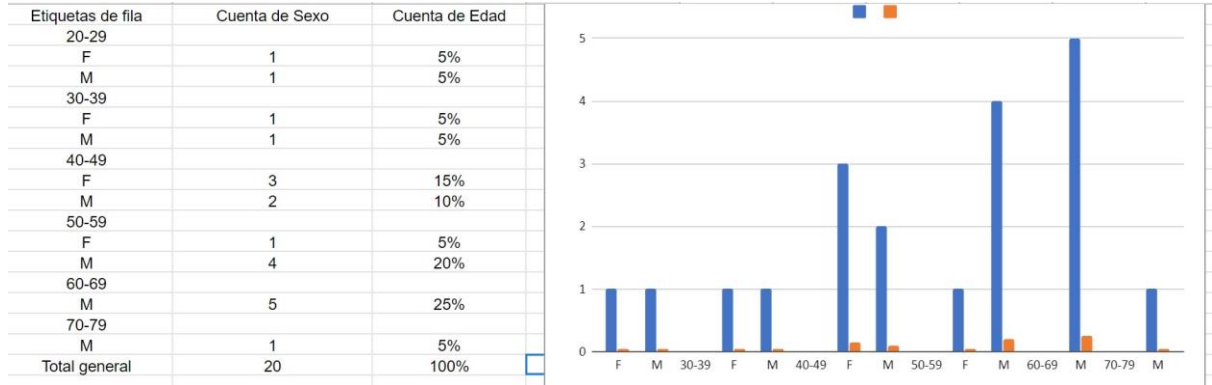
Resultados gráficos de sexo y edad de los participantes



De los 20 sujetos, es decir el 100% de la población el 30 por ciento de la población son mujeres (6 personas) el otro 70 por ciento fueron varones (14).

Figura 2.

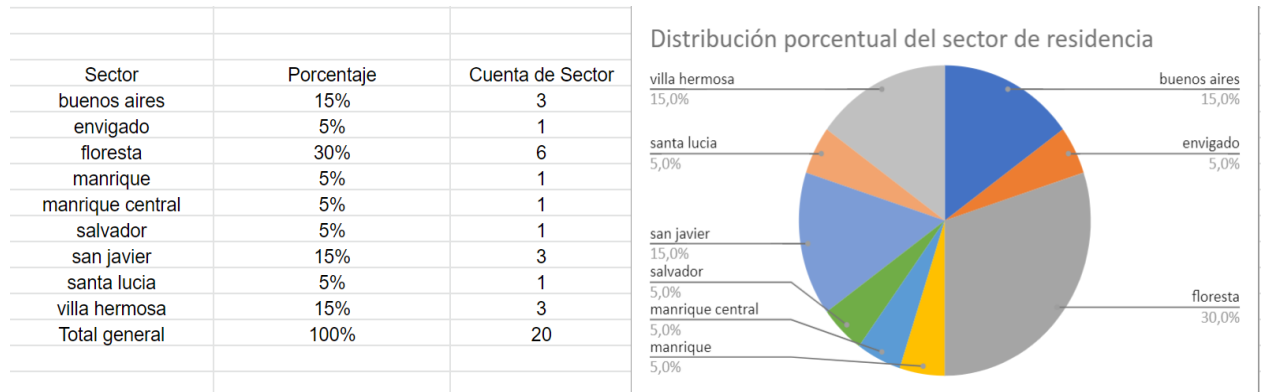
Resultados Rango de edad de los participantes



Dentro de la muestra poblacional se encontraron 7 rangos de edad: de los 20 a 29 años con un 10%; de los 30 a los 39 años con un 10%; de los 40 a los 49 años con un 25%; de los 50 a los 59 años con un 25%; de los 60 a los 69 años con un 25%; de los 70 a los 79 años con un 5%.

Figura 3.

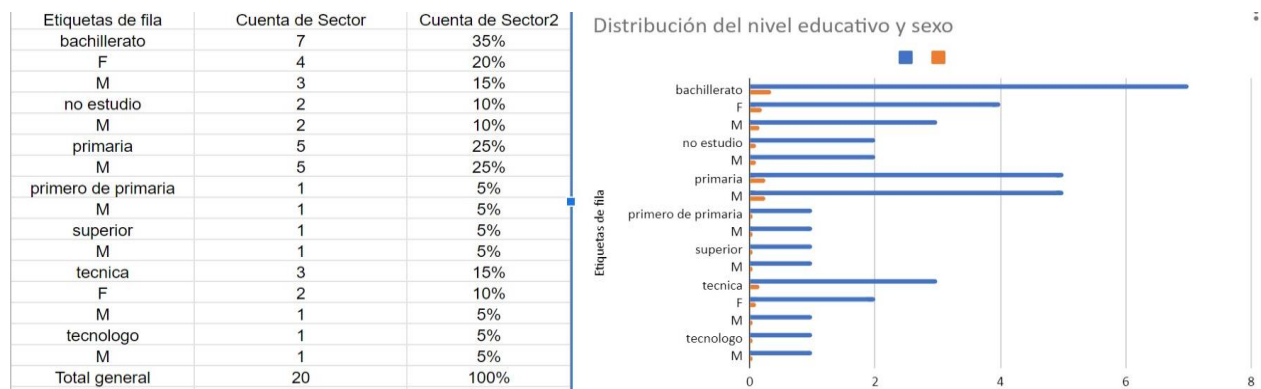
Resultados gráficos de la distribución de los participantes según su ubicación



la distribución gráfica realizada por sectores arrojó los siguientes resultados, nueve sectores en total del área metropolitana hicieron parte del proyecto, cuya participación por sector se presentó de la siguiente manera 30% floresta,15%buenos aires,15%san Javier, villa hermosa 15%,santa lucia 5%,salvador 5%, Manrique central 5%,manrique 5%,engigado 5%.

Figura 4.

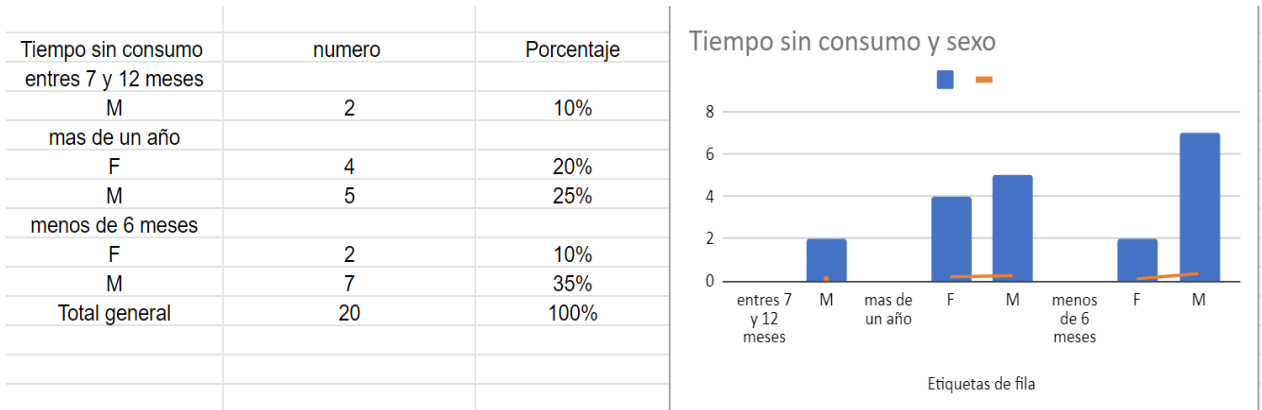
Resultados de los estudios presentados por los participantes



En el apartado de nivel de educación se presentaron siete grupos distribuidos de la siguiente manera: Sin ningún estudio el 10 %, Con primero de primaria el 5%, con primaria el 25%, con Bachillerato el 35%, con técnica el 15% , con tecnología el 5% y con estudio superior el 5%. Dentro de la tabla además del nivel de educación también se tuvieron en cuenta la distribución por sexo.

Figura 5.

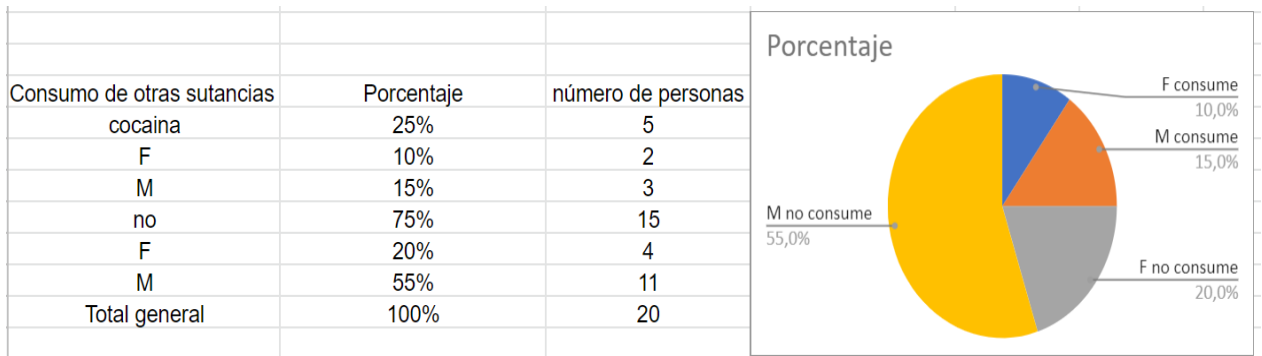
Resultados del tiempo sin consumo de alcohol por parte de los participantes



Para la sección del tiempo sin consumo de alcohol se dividió en tres categorías: menos de seis meses, entre siete a doce meses y más de un año con el 45%, con el 10% y 45 % respectivamente, además se tiene en cuenta la distribución por sexo.

Figura 6.

Resultados de la presencia de consumo de otras sustancias de los participantes



Para la pregunta relacionada con el consumo de otras sustancias solo el 25 del 100 % respondió que además de la ingesta de alcohol tenían el consumo de otra sustancia, la cual los cinco participantes coinciden con que dicha sustancia fue la benzoilmetilecgonina o también conocida como cocaína. Dentro de la tabla se tiene en cuenta la distribución porcentual por sexo de las personas que consumen otras sustancias como las personas que no, y de igual manera está organizada por el sexo, sin embargo para mayor entendibilidad dentro de la gráfica no se tiene en cuenta los totales de estos grupos.

8 Discusión

El artículo busca aportar conocimiento de las creencias nucleares relacionadas al consumo de alcohol y craving en población perteneciente a los grupos de Alcohólicos Anónimos de Medellín, sin embargo para su lectura se debe considerar el hecho de los 73 grupos registrados en el área metropolitana solo accedieron a participar del estudio veinte personas distribuidas en nueve grupos (como se muestra en la gráfica 3). Teniendo en cuenta lo anterior mencionado y partiendo de nuestro objetivo fundamental (creencias nucleares y creaving) se empezará esta discusión partiendo de las últimas dos gráficas; Se puede observar la relación directamente proporcional entre las gráficas ocho y nueve... los indicadores respecto a los porcentajes entre las dos graficas son equiparables el 30% de la población de la población tiene creencias irracionales altas frente al consumo, mientras que un 20% de la muestra tiene alto su deseo de consumo, esto tiene reafirmación con las hipótesis planteadas en este artículo que busca un panorama visible frente a la relación de estos dos puntos, aunque la muestra fue baja y los resultados más altos se encuentran en nivel medio y bajo, es importante resaltar que estos resultados están alterados por el tiempo de abstinencia que la mayoría de pacientes lleva, además del proceso terapéutico efectuado por el grupo de alcohólicos anónimos (AA).

Es importante resaltar es que se le indicó a los pacientes que respondieran la prueba Audit f con base en el momento en que ingerían licor y no con el actual ya que al ser una prueba sobre alcoholismo era necesario presentarse con base en el panorama que se vivían en los días de alcohol de los pacientes por ello no se observa una correlación con las creencias nucleares presentadas por la población, las cuales se encuentran entre el 50% para creencias nucleares 55% para creencias sobre el craving por lo que el estado de dependencia o “estado mental y físico patológico en que la persona necesita un determinado estímulo para lograr una sensación de bienestar. No se encontraba presente. Lo que se debe tener en cuenta entonces es el tiempo sin consumo presentado por los participantes, de los cuales 55% lleva mucho más de siete meses sin ingerir alcohol.

Otros aspectos a tener en cuenta fueron, primero la diferencia notable en la cantidad de participantes varones frente a la cantidad de participantes mujeres; la población masculina es mucho mayor a la femenina, mientras el primero grupo es del 70 % (con 14 hombres) el otro

solo es de 30% (con 6 mujeres): Según un estudio realizado por el Ministerio de Protección Social, Dirección Nacional de Estupeficientes y UNODC el 12,2% de los colombianos presentan un consumo de alcohol que se puede calificar de riesgoso o perjudicial, cifra que equivale a 2,4 millones de personas; De las cuales el 42% son hombres, mientras que las mujeres alcanzan una cifra del 23%, Es decir, entre las personas que consumen alcohol, cuatro de cada diez hombres y dos de cada diez mujeres presentan un consumo riesgoso o perjudicial (2009). De lo anterior podemos concluir que dentro de la población colombiana existe una mayor predisposición en hombres que en mujeres al consumo riesgoso de alcohol, posiblemente se puede deber a la menor capacidad de control de impulsos que tienen los hombres además que el contexto sociocultural del país presenta una censura más marcada al consumo de licor dentro de la población femenina.

Otro aspecto relevante representado por la segunda gráfica fueron el porcentaje de las distribuciones etarias, como se puede ver se encontraron 7 rangos de edades poblacionales entre los 28 a los 70 años; La mayor cantidad de sujetos se encuentran entre los 40 y los 60 años, gran parte de la evidencia muestra que éste grupo poblacional no es quién más consumo presenta sino que hay mayor conciencia dentro de esta población sobre los problemas generados por el alcohol, según la revista semana señala “que incluso el consumo moderado de alcohol a esta edad tiene un impacto mayor en el organismo. No solo la resaca dura más y es más incómoda, sino que algunos órganos son más sensibles a la presencia de alcohol en el cuerpo” (Semana, 2016) por lo que es más factible que asistan a los centros médicos o a este tipo de grupos en busca de ayuda que personas más jóvenes en donde los aversivos biológicos no se presentan en esta misma magnitud, además de que la población juvenil está en busca de nuevas experiencias que generen adrenalina y bienestar momentánea por ende tienden a omitir los riesgos considerables que presenta el exceso de alcohol.

En Antioquia según la encuesta hogares 2011, el consumo es del 88,2 por ciento un promedio por encima del nacional que es del 86,1 por ciento, y hablando no solo de regiones si no situando esto a nivel nacional, Colombia ocupa el séptimo lugar de los países latinoamericanos en consumir más alcohol con un promedio de 6,2 litros por persona en un año, es decir, cerca de 300 millones de litros aproximadamente en todo el territorio nacional (El Colombiano, 2017) con alrededor de 2,4 millones de personas con un consumo riesgoso o perjudicial de alcohol (1, 8 millones de hombres y 0,6 millones de mujeres), cabe resaltar que la muestra poblacional es

reducida debido a lo cerrado y ortodoxo de esta comunidad. Es relevante mencionar que las muestras poblacionales más afectadas en consumo de alcohol riesgoso hacen parte del estrato socioeconómico medio bajo. En consonancia con lo anterior también se puede dar cuenta que gran parte de la muestra poblacional tiene un nivel educativo medio-bajo por lo que se tuvieron que enfrentar al mundo laboral desde temprana edad esto tuvo gran repercusión en su formación académica que se vio acotada, además de que la cultura y la historia de nuestro país fomenta el uso de alcohol entre la clase trabajadora un ejemplo de ello es la publicidad emitida por la “empresa barbaría que muestra un obrero con una cerveza y hace ver su producto como un premio por las horas de trabajo, citando específicamente todo hombre merece una Pilsen (cerveza)” si el nivel de educación se vio atrofiado por los escasos recursos, el trabajar desde temprana edad entrega los recursos suficientes para poder ingerir alcohol y apoyado en un contexto donde el consumo es funcional deja las cifras alarmantes presentadas anteriormente.

El 25 por ciento de nuestra población además de consumir alcohol, consumió benzoilmetilecgonina o conocida como cocaína, esta combinación es altamente peligrosa para el ser humano por ser contradictorios sus efectos, puesto que el alcohol es un depresor del sistema nervioso y la cocaína un activador del mismo, lo que trae posibles complicaciones cardíacas y respiratorias y en muchos casos la muerte, además de ello a nivel conductual representa una asociación fuerte en los transmisores que conlleva al paciente a utilizar la cocaína siempre que esté consumiendo alcohol como recuperación espontánea de una conducta realizada anteriormente, lo que refuerza aún más el uso de la cocaína cada vez que se ingiera alcohol esto representa un doble riesgo para el paciente tanto a nivel conductual como fisiológico, además de síntomas contraproducentes a nivel emocional como “Un aumento considerable de la euforia y duración de la misma, con disminución de la disforia por abstinencia a cocaína, aumento de la actividad motora. Se sabe, que existe un incremento potencial de muerte repentina de 18 a 25 veces más que con la cocaína sola, aumento del ritmo cardíaco de 3 a 5 veces más que con otras drogas, déficit cognitivos: memoria ,atención-concentración, orientación, asimetrías sensoriales. Las complicaciones orgánicas más frecuentes observadas son: Crisis epilépticas, accidentes cerebrovasculares, hemorragia intracerebral y subaracnoidea, Infarto agudo de miocardio, arritmias cardíacas, ángor, crisis hipertensivas, hepatotoxicidad con necrosis centrolobulillar y alteraciones en el sistema inmunitario que secundariamente pudieran originar neoplasias de diversas localizaciones.”(González, JC et al 2006)

Por último Las creencias irracionales de base al consumo de alcohol, como la sustancia principal de consumo y la duración de la abstinencia, sirven como predictores significativos de la intensidad del craving percibida por los pacientes. La intensidad del craving, así como el grado con el que se identifican la personas con las creencias básicas adictivas y creencias sobre el craving difieren significativamente en función del tiempo de abstinencia, y el tiempo efectuado por el proceso de recuperación, las creencias irracionales frente al consumo no solo tiene el poder de predecir una mayor o menor sensación del deseo de consumo, si no a su vez la manera en que los pacientes se identifican con dichas creencias, creencias que pueden desatar el deseo de consumo y este a su vez un riesgo para el proceso y la sobriedad obtenida.

9 Conclusiones

Son las interpretaciones finales que recopilan los datos de la investigación, describe lo que se obtuvo, qué se logró y cuáles son los resultados. Guardan relación directa con lo que se mencionó en el planteamiento del problema. Pueden confirmar las hipótesis.

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en la investigación y los resultados encontrados en ésta podemos concluir que:

Después de realizar la aplicación del Alcohol Use Disorders Identification Test, se puede observar que todos los participantes cumplen con los criterios diagnósticos propuestos por el DSM-5 para el trastorno por dependencia al alcohol; Se hace la salvedad que se le pidió responder el cuestionario con base a la época en la que consumía licor.

Como aspecto importante a señalar es la existencia de una autodenominación como “alcohólico” por parte de los integrantes, incluso llevando años sin consumo de la sustancia.

El resultado referente a las creencias nucleares que se esperaban fue poco concluyente debido a que, primero la muestra fue muy pequeña y segundo, gran parte de la población ya había pasado el síndrome de abstinencia por lo que sólo el treinta por ciento de la población mostró el arraigamiento de alguna creencia, principalmente las asociadas al control de la sustancia.

Como se mencionó en el punto anterior no se obtuvo una muestra lo suficientemente amplia para llegar a una conclusión certera, sin embargo, en lo que se pudo observar fue que las creencias que más influenciaban a la aparición del craving dentro de los miembros del grupo son las creencias de control, es decir, la idea de que en algún momento el sujeto logre controlar el consumo de licor.

Las creencias sobre el craving se encontraron presentes de forma significativa solo en el 20% de la población, es decir, cuatro personas; de las cuales tres de ellas llevaban menos de seis meses sin consumo por lo que se puede relacionar con el síndrome de abstinencia que se genera a nivel biológico y psicológico cuando una persona deja de administrarse la sustancia adictiva.

10 Recomendaciones

Dentro del proceso de investigación encontramos principalmente dos problemas, el primero relacionado con el acceso a la población, si bien es cierto que este tipo de grupos son muy cerrados a la participación de algún agente externo sería muy beneficioso tanto para dicha población como para el enriquecimiento de la psicología como ciencia; Debido a que el segundo problema encontrado fue la poca información que hay sobre las creencias nucleares que incitan al inicio y al mantenimiento de la conducta de consumo. Por lo que la principal recomendación va encaminada a una invitación por parte de los estudiantes y profesionales del área de la salud mental para que se interesen más en esta temática y en estos grupos poblacionales.

11 Referencias

- Beck, A. T. (1995). Terapia cognitiva: Pasado, presente y futuro. *Mahoney, M.(comp.). Psicoterapias Cognitivas y Constructivistas. Teoría, Investigación y Práctica*, 49-61.
- Camacho, J. (2003). El ABC de la terapia cognitiva. *Buenos Aires. Recuperado de <http://fundacionforo.com.ar/pdfs/archivo23.pdf>*.
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Adicciones*, 14(5).
- Castillo, I. I., & Bilbao, N. C. (2008). Craving: Concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 7(32), 9-22.
- Catrec Internacional, & Camerini, J. (2013). *Conceptos teóricos: AARON BECK Y LA TERAPIA COGNITIVA*. <https://bit.ly/30W4CAN>
- Congreso de la República (Ley 30 de 1986)*, (1986) (Estatuto Nacional de Estupefacientes). <https://bit.ly/3oZfXI0>
- El Colombiano. (2017). *¿Qué es lo que más toman los colombianos?* <https://bit.ly/3HR54kf>
- Ellis, A., Grieger, R., & Marañón, A. S. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva* (Vol. 2). Desclée de Brouwer Barcelona, España.
- Estruch, R. (2002). Efectos del alcohol en la fisiología humana. *Adicciones*, 14(5).
- Fundación por un Mundo Libre de Drogas. (s. f.). *ALCOHOL: UNA BREVE HISTORIA*. Fundación por un Mundo Libre de Drogas. Recuperado 23 de noviembre de 2021, de <https://bit.ly/3xsgwOM>
- González, J. M. M., & García, A. V. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1), 45-52.
- Irlés, D. L. (2001). Alcoholismo: Una visión familiar. *Salud y drogas*, 1(1), 113-128.
- Jacob, T., & Johnson, S. (1999). Family influences on alcohol and substance abuse. En *Sourcebook on substance abuse: Etiology, epidemiology, assessment, and treatment* (pp. 166-174). Allyn and Bacon.
- Kamenetzky, G., & Mustaca, A. (2006). Alcoholismo y ansiedad: Modelos animales. *International journal of psychology and psychological therapy*, 6(3), 343-364.
- Landa, N., Fernández-Montalvo, J., & Ustarroz, J. T. (2004). Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: Una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas. *Adicciones*, 16(1), 41-52.

- Martínez-González, J. M., López, R. V., Lozano-Rojas, O., & Verdejo-García, A. (2017). Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving, para la valoración del riesgo de recaída. *adicciones*, 30(3), 170-178.
- Mayo Clinic. (2019). *Trastorno por consumo de alcohol—Síntomas y causas—Mayo Clinic*. <https://mayocl.in/3nJlrq1>
- Ministerio de la Protección Social. (2005). *Estudio Nacional de salud mental Colombia, 2003*. Ministerio de la Protección Social : Fundación FES Social.
- Ministerio de la Protección Social & Dirección Nacional de Estupefacientes. (2008). *Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008: Informe final*. Ministerio de la Protección Social.
- Plan Nacional de Prevención del Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia, (2014). [consumo/OD1012014-plan-nacional-prevencion-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf](https://www.mps.gov.co/OD1012014-plan-nacional-prevencion-consumo-sustancias-psicoactivas.pdf)
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Estrategia Nacional De Respuesta Integral Frente Al Consumo De Alcohol En Colombia*. Universidad Nacional de Colombia. <https://bit.ly/3DSUA1q>
- Newman, C., & Ratto, C. (1999). Cognitive therapy of substance abuse. En *Comparative treatments of substance abuse*. (pp. 96-126). Springer.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación Internacional de Enfermedades décima revisión (CIE-10)* (Vol. 2).
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Violencia interpersonal y alcohol*. <https://bit.ly/3179vh9>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Alcohol*. <https://bit.ly/3oWfzdI>
- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., & Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), 469-491.
- Secades Villa, R., & Fernández Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: Nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13 (3).
- Semana. (2016, abril 2). *El guayabo después de los 40*. Semana.com Últimas Noticias de Colombia y el Mundo. <https://bit.ly/3cIz7MO>
- Villa, Q. (s.f.). *Las Creencias Irracionales según la Terapia Racional Emotiva de Ellis*. <https://bit.ly/2Zl6bHN>

12 Anexos

Anexo 1.

Crterios Diagnsticos del CIE-10

Presentar tres o ms de las siguientes manifestaciones, las cuales deben haber estado presentes durante al menos un mes o si han durado menos de un mes, deben haber aparecido juntas de forma repetida en algn periodo de doce meses:

- Deseo intenso o vivencia de una compulsin a consumir alcohol
- Disminucin de la capacidad para controlar el consumo de alcohol, unas veces para controlar el inicio del consumo y otras para poder terminarlo o para controlar la cantidad consumida.
- Sntomas somticos de un sndrome de abstinencia cuando el consumo de alcohol se reduzca o cese, cuando se confirme por: el sndrome de abstinencia caracterstico del alcohol o el consumo de la misma sustancia (o una muy prxima) con la intencin de aliviar o evitar los sntomas de abstinencia.
- Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de alcohol para conseguir los mismos efectos que originalmente producan dosis ms bajas;
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de alcohol, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir el alcohol o para recuperarse de sus efectos.
- Persistencia en el consumo de alcohol a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como se evidencia por el consumo continuado una vez que el individuo es consciente o era de esperar que lo fuera, de la naturaleza y extensin del dao (OMS, 2003).

Anexo 2.

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

Apartado de creencias relacionadas con la adicción.

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

Apartado de creencias relacionadas con el deseo de consumo.

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

Anexo 3.

AUDIT

Tabla VII: AUDIT

| | | | | |
|--|--|---------------------|------------------------|---------------------------|
| 1) ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica? | | | | |
| Nunca | Menos de una vez al mes | 2 ó 3 veces al mes | 2 ó 3 veces por semana | 4 ó más veces por semana |
| 2) ¿Cuántas consumiciones de "bebidas alcohólicas" suele realizar en un día de consumo normal? | | | | |
| 1 ó 2 | 3 ó 4 | 5 ó 6 | 7 ó 9 | 10 ó más |
| 3) ¿Con qué frecuencia toma seis o más "bebidas" en una sola ocasión? | | | | |
| Nunca | Menos de una vez al mes | Una vez al mes | Una vez a la semana | A diario, o casi a diario |
| 4) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez que había comenzado? | | | | |
| Nunca | Menos de una vez al mes | Una vez al mes | Una vez a la semana | A diario, o casi a diario |
| 5) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido? | | | | |
| Nunca | Menos de una vez al mes | Una vez al mes | Una vez a la semana | A diario, o casi a diario |
| 6) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de no haber bebido mucho el día anterior? | | | | |
| Nunca | Menos de una vez al mes | Una vez al mes | Una vez a la semana | A diario, o casi a diario |
| 7) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido? | | | | |
| Nunca | Menos de una vez al mes | Una vez a la semana | Una vez a la semana | A diario, o casi a diario |
| 8) ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? | | | | |
| Nunca | Menos de una vez al mes | Una vez al mes | Una vez a la semana | A diario, o casi a diario |
| 9) ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque había bebido? | | | | |
| No | Sí, pero no en el curso del último año | | Sí, en el último año | |
| 10) ¿Algún pariente, amigo, médico o profesional sanitario han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? | | | | |
| No | Sí, pero no en el curso del último año | | Sí, en el último año | |

Anexo 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de una explicación clara e comprendido toda información dada en esta charla con relación a la investigación, y de haber recibido del investigador..... explicaciones verbales sobre ella y satisfactorias respuestas a mis dudas e inquietudes, sobre el proceso en general y el objetivo y método de esta investigación , habiendo dispuesto de tiempo suficiente para analizar la conveniencia y repercusiones sobre la decisión que estoy por tomar, libre, sobrio, y bajo pleno uso de mis facultades manifiesto que yo..... he resuelto participar en la misma. A parte de esto , expresamente autorizo al grupo de investigación para utilizar los resultados de esta propuesta en otras futuros estudios. En constancia, firmo este documento de consentimiento informado, en presencia del investigador y un testigo, en el Municipio de el díadel mes de del año.....

Nombre, firma y documento de identidad del participante

Nombre:

Firma:

Cédula de ciudadanía..... de.....

Nombre, firma y documento del asesor

Nombre:

Firma:

Cédula de ciudadanía..... de.....

Nombre, firma y documento del investigador

Nombre:

Firma:

Cédula de ciudadanía..... de.....

Anexo 5.

Formato de explicación para el participante

Duelo en familiares víctimas de desaparición forzada que participaron en el proceso de

Creencias nucleares frente al craving en el grupo _____ de alcohólicos anónimos, de la comuna _____ de Medellín

Investigadores: Andrés Felipe Vélez Ocampo, Nazlit Gómez Gómez

Título del proyecto: Creencias nucleares frente al craving en alcohólicos anónimos,

Introducción

A usted señor(a) lo estamos invitando a participar de la investigación: Duelo en familiares víctimas de desaparición forzada que participaron en el proceso de excavación de alcohólicos anónimos de Medellín.

Queremos que usted conozca que:

La participación en este estudio es absolutamente voluntaria, esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones.

Esta investigación no tiene un propósito terapéutico, únicamente se realiza con fines de producción de conocimiento.

Usted no recibirá ningún beneficio económico del estudio actual.

En caso de ser usted menor de edad, se hace necesario que este documento sea conocido, aprobado y firmado por su padre o acudiente.

1. Información sobre el estudio de investigación

Antes de cualquier decisión de participación, por favor tómese el tiempo para leer este documento y de ser necesario para preguntar, averiguar y discutir todos los aspectos relacionados de este estudio, con el investigador o con cualquier persona que usted considere necesaria.

Objetivos:

- Indagar, mediante el cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y el craving para la valoración del riesgo de recaída (Martínez, J.M. y otros, 2016), cuales son las creencias nucleares frente al craving que aparecen en los adictos al alcohol que están iniciando tratamiento de rehabilitación, es decir, que llevan entre una semana y un mes de no consumo, con el grupo de Alcohólicos Anónimos de Medellín.
- Identificar mediante el mismo cuestionario de creencias nucleares cuales son las creencias nucleares frente al craving que aparecen en los adictos al alcohol que llevan más de un año tratamiento de rehabilitación con el grupo de Alcohólicos Anónimos de Medellín.

Procedimiento

Si accede a participar en esta investigación, será citada a participar de entrevistas individuales, y un cuestionario investigativo con el propósito de recolectar información que permita comprender sus creencias irracionales que generan deseo de consumo.

este estudio se planteó investigar objetivamente un fenómeno muy común dentro de la población adicta, el cual es la aparición de creencias irracionales frente al craving,(entendiendo craving como deseo de consumo) teniendo como finalidad comparar las creencias que aparezcan en las dos muestras seleccionadas.

Las entrevistas individuales no implican la participación de todas las integrantes del grupo de alcohólicos anónimos Sólo lo harán algunas, quienes accedan voluntaria, libre y

conscientemente a participar de las actividades propuestas por la investigación, en cuyo caso

deberán firmar el presente consentimiento.

En caso que usted lo desee, al finalizar la investigación podrá obtener retroalimentación a partir de los resultados.

Inconvenientes y riesgos

La presente investigación contempla los parámetros establecidos en la resolución N° 008430 de 1993 del 4 de octubre, emanada por el Ministerio de Salud, con respecto a las investigaciones con mínimo riesgo, realizadas con seres humanos.

Esta investigación no involucra ningún tipo de riesgo físico, psicológico ni moral. Si usted considera que se está arriesgando su integridad, podrá expresarlo al investigador o a quien crea necesario.

Usted podrá ausentarse libremente si presenta alguna dificultad en participar en el cuestionario o demás actividades de la investigación. Le solicitamos que se comunique a tiempo con los investigadores para programar un nuevo encuentro.

Reserva de la información y secreto

Las entrevistas están diseñadas para identificar aspectos personales de su experiencia, garantizando su derecho a la intimidad, manejando esta información a nivel confidencial. Los encuentros serán grabados y transcritos, y únicamente los miembros del equipo de investigación tendrán acceso a su información personal, además, se usarán seudónimos y códigos respectivos para el registro y análisis de la información.

Nunca se publicarán ni divulgarán por ningún medio los datos personales de quienes participen en la investigación.