

Autorregulación y autoconfianza para el afrontamiento de situaciones de riesgo al consumo en adictos a cocaína con trastornos de la personalidad

José Miguel Martínez-González¹, Antonio Verdejo-García² y Raquel Vilar López³

¹Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, Granada, España

²Universidad de Monash, Melbourne, Australia

³Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento, Granada, España

Self-regulation and self-confidence to cope with use risk situations in cocaine addicts with personality disorders

Abstract: The objective of this study was to get to know the capacity for self-regulation, the level of self-confidence to resist use and their relationship with the presence of personality disorders, abstinence and use-related beliefs. The sample consisted of 74 patients with cocaine addiction in outpatient treatment, with a mean age of 33 years, of which 94.6% were men, and 64.9% were patients with dual pathology at the start of treatment. Results showed that the planning phase of the self-regulation process is related to the level of self-confidence to resist use, the time of abstinence or the use-related beliefs. Patients with a personality disorder differ from the rest only in the motivation phase. There is a greater vulnerability regarding the planning phase, an aspect that should be taken into account throughout the treatment.

Keywords: self-regulation; self-confidence; risk; cocaine; treatment.

Resumen: El objetivo de este estudio fue conocer la capacidad de autorregulación, el nivel de autoconfianza para resistirse al consumo y la relación que puede tener con ellas la presencia de trastornos de la personalidad, la abstinencia y las creencias relacionadas con el consumo. La muestra estaba compuesta por 74 pacientes adictos a cocaína en tratamiento ambulatorio, con una edad media de 33 años, un 94.6% de hombres y un 64.9% de pacientes con patología dual al iniciar el tratamiento. Los resultados mostraron que la fase de planificación del proceso de autorregulación se relaciona con el nivel de autoconfianza para resistirse al consumo, el tiempo de abstinencia o las creencias relacionadas con el consumo. Los pacientes con trastorno de la personalidad se diferencian del resto solo en la fase de motivación. Se constata una mayor vulnerabilidad en relación con la fase de planificación, aspecto que debe tenerse en cuenta a lo largo del tratamiento.

Palabras clave: autorregulación; autoconfianza; riesgo; cocaína; tratamiento.

Introducción

La teoría de la autorregulación proporciona un modelo explicativo para comprender el modo en que las per-

sonas son capaces o no de controlar su propia conducta (Tejero et al., 2003) por lo que se asume que la autorregulación tiene un papel central en el funcionamiento adaptativo (Hoyle, 2010). El proceso de autorregulación implica la participación de la persona en la gestión de sus propios procesos, adoptando un papel activo en la construcción de su destino (Barklay, 1997; Barkley, 2004; Novak y Clayton, 2001; Wit, 2006). Puede decirse que una autorregulación efectiva es la base de un funcionamiento psicológico saludable (Hoyle, 2010).

Recibido: 08 de marzo de 2021; aceptado: 25 de febrero de 2022.

Correspondencia: José Miguel Martínez González, Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, Hospital de San Juan de Dios, C/ San Juan de Dios, 11, 18001 Granada, España. Correo-e: jmmgonz@dipgra.es

Miller y Brown (1991) desarrollaron un modelo de autorregulación aplicado a las conductas adictivas, según el cual la autorregulación se conceptualiza como la posibilidad de llevar a cabo conductas específicas con la finalidad de alterar la probabilidad de que se realicen conductas posteriores. Se trata de una capacidad adquirida que tiene la finalidad de formular un plan de acción adaptando las conductas a dicho plan de acción, a pesar de las circunstancias ambientales cambiantes y está integrado por siete componentes secuenciales: 1) Búsqueda y recogida de información: consistente en obtener información sobre el estado actual de uno mismo, a partir de datos del ambiente más cercano o de la propia autoobservación; 2) Autoevaluación: este proceso consiste en comparar la información recogida con los propios objetivos y expectativas y la consiguiente detección o percepción de discrepancias entre la situación o estado actual y el deseado; 3) Motivación o incitación al cambio: este proceso se pone en marcha cuando el grado de discrepancia supera determinado umbral; 4) Búsqueda de alternativas: se inicia entonces la búsqueda de alternativas para reducir la discrepancia; 5) Planificación: implica la identificación, en el proceso anterior, de al menos una alternativa eficaz y factible, y pone en marcha este proceso de delimitación de estrategias específicas para llevar a cabo la acción; 6) Instauración: implementación del plan ejecutando las conductas planificadas; y 7) Evaluación del plan: monitorización de los progresos realizados en la relación al objetivo planteado, obteniendo información (búsqueda y recogida de información) y comparándola con el objetivo o meta (autoevaluación).

El impacto de diferentes alteraciones en el proceso de autorregulación puede ser amplio y diverso. Una consecuencia directa de las alteraciones o mal funcionamiento es que la persona tenga dificultad para tomar decisiones o éstas sean erróneas de acuerdo con sus intereses comprometidos con su recuperación y tratamiento (Verdejo-García, 2004). Se sabe que en consumidores de cocaína está afectada la autorregulación (Verdejo et al. 2007), habiendo comprobado que los que presentan una peor autorregulación tienden a consumir más y con peores consecuencias (Brown et al., 1999). Además, la pérdida de control derivado de una deficiente autorregulación frecuentemente afecta no solo al propio consumo, sino también a diferentes esferas de la vida de la persona, lo que tiene consecuencias negativas que trascienden del consumo en aquellos casos más graves, como por ejemplo la aparición de conductas criminales (Hirschi, 2004).

La autorregulación desempeña un papel clave en la predicción, mantenimiento y recuperación de los proble-

mas adictivos (Berking et al., 2011; Verdejo et al., 2007), razón por la que se le ha considerado un componente esencial en las terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de las adicciones (Berking et al., 2011). En el marco de los programas de prevención de recaídas del consumo de drogas, puede entenderse que una mala autorregulación puede impactar negativamente en el desarrollo de los componentes esenciales de estos programas como, por ejemplo, en el control de emociones, en las estrategias cognitivas a través de las cuales pueden modificarse las creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas o la utilización de estrategias para el afrontamiento del *craving*. En definitiva, un deficiente control en la autorregulación interfiere en la capacidad para enfrentarse a conductas automotivadoras de consumo (Verdejo y Bechara, 2009).

Por otro lado, se sabe que la autoeficacia, que puede entenderse como sinónimo de autoconfianza (Chicharro et al., 2007), ocupa un papel central en los programas de prevención de recaídas, habiéndose incluso vinculado una menor autoeficacia con mayor riesgo de abandono del tratamiento (Martínez-González et al., 2015). Se sabe que niveles elevados de autoeficacia correlacionan de forma positiva con estrategias de afrontamiento eficaces (Marlatt, 1985). De hecho, Bandura (1997) postula que está relacionada con la capacidad de la persona de participar en una autorregulación exitosa. En este sentido, cabe destacar también el papel de las creencias (Martínez-González et al., 2018) porque las vinculadas con la autoeficacia pueden tener un papel muy relevante en la autorregulación al influir en los objetivos que las personas deciden perseguir (Jostman y Koole, 2010). En trabajos previos pudimos ver que las creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas están vinculadas con el nivel de *craving* (Martínez-González y Verdejo, 2011). A su vez, pudimos comprobar que a lo largo de los tres primeros meses de tratamiento la autoconfianza mejora y se producen cambios significativos en el nivel con el que los pacientes se identifican con creencias nucleares relacionadas con las drogas (Martínez-González y Verdejo, 2012).

A su vez, el proceso de autorregulación puede verse influido por diferentes variables tanto personales como del contexto, como por ejemplo el funcionamiento cognitivo o la psicopatología, en la medida en que pueden afectar a la capacidad de una persona para autorregularse (Roos y Witkiewitz, 2017). Bukhtawer et al. (2014) encuentran que algunos rasgos de personalidad como la extraversión parecen asociarse de forma positiva con la autorregulación, pero no disponemos de estudios que analicen esta variable en pacientes drogodependientes con trastornos de la personalidad (TP).

Los objetivos de esta investigación son los siguientes: 1) Conocer los cambios que experimenta la autorregulación y la autoconfianza a lo largo de los tres primeros meses de tratamiento; 2) Evaluar la relación entre la autorregulación y autoeficacia al inicio del tratamiento y a los tres meses; 3) Evaluar la relación que pudiera existir entre la presencia de TP, la autorregulación y la autoconfianza; y 4) Conocer el impacto del tiempo de abstinencia autoinformada y las creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y *craving* en autorregulación y autoconfianza.

Método

Participantes

La muestra estaba compuesta por 74 personas que presentaban un trastorno por consumo de cocaína y que iniciaron tratamiento en el Centro Provincial de Drogodependencias de Granada, centro ambulatorio público para el tratamiento de las adicciones. La edad media de los participantes fue de 33 años ($DT = 6.84$), con un rango de 20 a 53 años. El 94.6% ($n = 70$) fueron hombres y el 5.4% ($n = 4$) mujeres. Respecto a la situación laboral de los pacientes de la muestra, el 41.3% ($n = 36$) estaba trabajando en el momento de iniciar el tratamiento y solo el 5.5% ($n = 4$) estudiando.

Durante los 30 días previos al inicio del tratamiento, el 45.2% ($n = 33$) de los pacientes vivían con sus padres o familia de origen, el 27.4% ($n = 20$) con sus parejas e hijos, el 11% ($n = 8$) solo con sus parejas, el 11% ($n = 8$) solo, mientras que 5.4% ($n = 5$) vivía con algún amigo. El 47.9% ($n = 35$) convivía con una persona que también era consumidora de drogas. El 80% ($n = 56$) no tenían hijos.

El 64.9% ($n = 48$) de los participantes presentaba patología dual, de los que el 48.6% ($n = 36$) presentaba psicopatología diferente a los TP y el 47.3% ($n = 35$) algún TP. De los pacientes que presentaban psicopatología del Eje I (Tabla 1), el 20.3% ($n = 15$) tenía más de un trastorno. La distribución de los TP fue la siguiente: TP antisocial 4.1% ($n = 3$), trastorno histriónico de la personalidad 16.2% ($n = 12$), trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad 13.5% ($n = 10$), TP por dependencia 4.1% ($n = 3$), TP por evitación 4.1% ($n = 3$), TP no especificado 5.4% ($n = 4$). La media de días de abstinencia en el momento de la evaluación fue de 44.94 días, con una desviación típica de 109.09. El rango de días de abstinencia estaba entre 1 y 900 días.

Los criterios de inclusión para participar en este estudio fueron los siguientes: 1) haber iniciado tratamiento con el psicólogo del centro, y 2) presentar un diagnósti-

co de trastorno por dependencia a cocaína. Los criterios de exclusión fueron los siguientes: 1) presentar alguna comorbilidad psicopatológica que impidiera llevar a cabo la evaluación, como es el caso de psicopatología psicótica o deficiencias cognitivas que pudieran afectar a la comprensión de los instrumentos de evaluación; 2) no entregar los cuestionarios en el plazo indicado.

Instrumentos de evaluación

International Personality Disorders Examination - IPDE- (Loranger, 1997). Se utilizó la versión española de López-Ibor, Pérez Urdániz y Rubio (1996), *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE - DSM)*. Se trata de una entrevista semiestructurada para la evaluación y diagnóstico de los TP. La ventaja de las entrevistas semiestructuradas es que poseen cierta validez procesal que hace que sus conclusiones sean más fácilmente exportables. Sus autores concluyen que es un instrumento dotado de una fiabilidad y validez similar a la de otros instrumentos. Este instrumento permite discriminar más fácilmente la sintomatología controlando satisfactoriamente la contaminación entre trastornos clínicos y TP.

Structured Clinical Interview for DSM IV Axis I (SCID-I) (First et al., 1999). Se utilizó la versión española *SCID-I Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV* (2000). Es una entrevista semiestructurada que sigue el modelo de un examen clínico. Permite reunir información para llegar a un diagnóstico según criterios DSM (APA, 2002). Permite identificar los casos de dependencia de sustancias. Diversos estudios obtuvieron valores *Kappa* entre .70 y 1. En un estudio con drogodependientes, los diagnósticos obtenidos mediante esta entrevista mostraron una validez superior en comparación con la entrevista clínica estándar (First et al., 1999).

Self-Regulation Questionnaire (SRQ) (Brown, Miller and Lawendowski, 1999). Se utilizó la versión española de Tejero et al. (2003), *Cuestionario de Autorregulación para la Cocaína: (CAC)*. Se trata de un cuestionario de autoinforme de carácter genérico diseñado para evaluar las habilidades necesarias para una autorregulación efectiva en relación a objetivos, conductas, planes y cambios conductuales inespecíficos. Consta de 63 ítems, con respuesta tipo Likert de 5 puntos desde «totalmente en desacuerdo» a «totalmente de acuerdo». El cuestionario evalúa los siguientes componentes de la autorregulación: búsqueda y recogida de información, autoevaluación, motivación o incitación al cambio, búsqueda de alternativas, planificación, instauración y evaluación del plan. El estudio original mostró una fiabilidad a través de la

Tabla 1. Frecuencia de psicopatología en el Eje I

	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Trastorno de pánico.	1	1.4
Insomnio, trastorno por estrés postraumático, amnesia inducida por consumo de tóxicos.	1	1.4
Insomnio, trastornos del control de impulsos, disfunción sexual, episodio depresivo moderado, trastorno de estrés postraumático.	1	1.4
Insomnio.	1	1.4
Ludopatía, trastornos del control de impulsos.	1	1.4
Ludopatía.	3	4.1
No presenta psicopatología comórbida.	37	50
Tartamudez.	2	2.7
Terrores nocturnos, trastorno compulsivo, trastorno de la conducta alimentaria, trastornos del sueño, trastorno explosivo intermitente.	1	1.4
Trastorno adaptativo mixto (ansiedad y depresión), trastorno de pánico, ludopatía, trastorno del control de impulsos.	1	1.4
Trastorno adaptativo.	1	1.4
Trastorno de adaptación con síntomas depresivos, hiperactividad.	1	1.4
Trastorno de agorafobia.	1	1.4
Trastorno de angustia.	1	1.4
Trastorno de ansiedad.	1	1.4
Trastorno de estrés postraumático.	1	1.4
Trastorno de la respuesta sexual, trastorno del sueño, compras compulsivas.	1	1.4
Trastorno del control de impulsos.	4	5.4
Trastorno del estado de ánimo.	2	2.7
Trastorno del estado de ánimo, trastorno explosivo intermitente, otros trastornos de los hábitos y de los impulsos, trastorno de pánico.	1	1.4
Trastorno depresivo.	1	1.4
Trastorno explosivo intermitente. Insomnio.	1	1.4
Trastorno compulsivo.	1	1.4
Trastorno obsesivo-compulsivo.	1	1.4
Trastorno obsesivo, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo.	1	1.4
Trastorno obsesivo.	1	1.4
Trastorno por estrés postraumático, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno adaptativo no especificado.	1	1.4
Trastorno por estrés postraumático, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo, amnesia inducida por el consumo de alcohol, trastorno explosivo intermitente, trastorno del control de impulsos no especificado.	1	1.4
Trastorno por estrés postraumático, trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo, trastorno amnésico inducido por el consumo de alcohol.	1	1.4
Trastorno por estrés postraumático.	1	1.4
Trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno de ansiedad no especificado, trastorno adaptativo con ánimo depresivo, amnesia inducida por consumo de tóxicos, trastorno del sueño.	1	1.4
Total	74	100

Nota: Se enumeran todos los trastornos psicopatológicos encontrados entre los participantes. Aparecen los casos en que solamente presenta un trastorno y aquellos casos en que aparecen varios trastornos simultáneamente.

prueba de test-retest alta ($r = 0.94, p < 0.0001$) y la consistencia interna a través de α de Cronbach = .91 (Brown, Miller & Lawendowski, 1999).

Cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas y craving (Martínez-González et al., 2018). Consta de 25 ítems que permiten evaluar el grado con el que las personas se identifican con creencias vinculadas con el consumo de drogas. El estudio de validación mostró que el instrumento consta de dos partes: la primera compuesta por 17 ítems que evalúan las

creencias relacionadas con el consumo de drogas, con un α de Cronbach = .83; y la segunda con 8 ítems que evalúa las creencias específicas relacionadas con la experiencia de *craving*, con un α de Cronbach = .87. Identificar creencias en torno a siete factores que parecen tener un peso decisivo en la aparición del deseo de consumo. Las creencias que se relacionan con el consumo que se agrupan en torno a cuatro factores: lo que la persona cree que no podrá realizar en ausencia del consumo de drogas, la falta de renuncia al consumo, las con-

diciones que el paciente cree que deben darse para volver a consumir y el consumo como única vía para sentirse bien; y las creencias que tienen que ver con la propia experiencia de deseo de consumo agrupadas en tres factores: las emociones negativas como precipitantes del consumo, las emociones positivas y las dificultades atribuidas al afrontamiento del deseo. Las respuestas son de tipo Likert, de cinco niveles correspondiendo mayor valor con mayor identificación.

Cuestionario de autoconfianza sobre el uso de drogas (CACD) (De Leon et al., 2001). Consta de 60 ítems y evalúa la capacidad percibida para resistirse a situaciones que precipitan el consumo, mediante porcentajes de seguridad para afrontar el deseo (0-100%) en ocho dominios: emociones placenteras, prueba de control personal, incomodidad física, necesidad y tentación de consumo, emociones displacenteras, tiempo placenteros con otros, conflicto con otros y presión social de consumo. Muestra una confiabilidad test-retest de .98 (De Leon et al., 2001). Según los autores del cuestionario, las puntuaciones de las escalas del cuestionario indican la fortaleza que tiene un individuo para resistirse a la necesidad de usar drogas dentro de cada tipo de situación. Puntuaciones por encima del 80% de seguridad son consideradas como niveles de autoconfianza muy alta, entorno al 60% medianamente alta y por debajo del 40% como indicador de muy poca autoconfianza.

Diseño y procedimiento

Se realizó un diseño longitudinal, en el contexto de una metodología cuasi-experimental. Se llevaron a cabo dos evaluaciones. La primera, dentro del primer mes de tratamiento iniciándose en la primera sesión de evaluación psicológica, y la segunda, a los tres meses de dicha evaluación inicial.

Tras una sesión de recepción de los pacientes en el centro, llevada a cabo por una trabajadora social, son citados con el psicólogo. Durante las primeras sesiones con el psicólogo se llevó a cabo la evaluación psicopatológica mediante la SCID-I y la IPDE, la explicación y entrega de los cuestionarios para que los pacientes los completaran en casa y con el compromiso de que los entregarán en la siguiente sesión que se programaba a los quince días. Los participantes debían estar abstinentes en el momento de la evaluación. El reclutamiento de los participantes se realizó entre 2011 y 2017.

En la primera sesión de evaluación con el psicólogo, a los participantes se les explicó en qué consistía la investigación y se les pidió que firmaran un consentimiento informado. La investigación cuenta con la aprobación del Comité de Ética para la Investigación de la Universidad de Granada.

Análisis estadísticos

Para conocer los cambios en la autorregulación y la autoconfianza a lo largo de los tres primeros meses de tratamiento se realizaron pruebas *t* de Student para muestras dependientes; para evaluar la relación entre la autoconfianza y la autorregulación al inicio del tratamiento y a los tres meses se realizaron correlaciones bivariadas; para evaluar las diferencias que puedan derivarse de la presencia de patología dual en la autoconfianza y autorregulación, se realizaron pruebas *t* de Student para muestras independientes al inicio del tratamiento; en cuanto al objetivo 4, para analizar la relación entre la autorregulación y autoconfianza con las creencias y el *craving* se realizaron diferentes correlaciones bivariadas, y para conocer el impacto del tiempo de abstinencia sobre la autoconfianza y autorregulación se realizaron regresiones lineales. El análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS v24.

Resultados

Cambios en la autorregulación y autoconfianza a lo largo de los tres primeros meses

Se compararon las puntuaciones de las diferentes fases de autorregulación al iniciar el tratamiento y a los tres meses del mismo mediante un contraste de medias. A los tres meses los pacientes solamente mejoraron de forma significativa en la fase de instauración.

Respecto a la evaluación de la autoconfianza, los análisis mostraron que a los tres meses del inicio del tratamiento mejoran significativamente en cinco situaciones: necesidad y tentación de consumo, emociones displacenteras, tiempo placentero, conflicto con otros y presión social de consumo. En todos los casos, los pacientes informaron de niveles de autoconfianza significativamente más elevados en la segunda evaluación (Tabla 2).

Relación de la autorregulación y la autoconfianza

El análisis de las correlaciones entre la autorregulación y la autoconfianza para afrontar situaciones de riesgo, muestra que tanto en la primera evaluación como en la que se realiza a los tres meses, la fase de planificación del proceso de autorregulación se relaciona significativamente de forma positiva con al menos tres de las situaciones de riesgo: necesidad y tentación de consumo, tiempo placentero con otros y presión social para el consumo. A su vez, en la primera evaluación, la planificación también correlaciona de forma significativa con la

Tabla 2. Comparación de las puntuaciones de autorregulación y autoconfianza

		<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>gl</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>IC Inferior</i>	<i>IC Superior</i>	<i>d</i>
Proceso CAC									
Motivación	Pacientes con TP	19.58	2.26	69	3.108	.003	.516	2.365	0.739
	Pacientes sin TP	18.14	1.57						
Instauración	1ª Evaluación.	43.35	4.76	22	-2.179	.040	-4.752	-.118	-0.506
	2ª Evaluación.	45.78	4.82						
Autoconfianza									
Tentación de consumo	1ª Evaluación.	2.98	1.32	21	-3.266	.004	-1.475	-.327	-0.726
	2ª Evaluación.	3.89	1.18						
Emociones displacenteras	1ª Evaluación.	2.84	1.60	21	-3.749	.001	-1.832	-.5249	-0.821
	2ª Evaluación.	4.02	1.25						
Tiempo placentero con otros	1ª Evaluación.	2.94	1.46	21	-2.770	.011	-1.766	-.251	0.794
	2ª Evaluación.	3.95	1.55						
Conflictos con otros	1ª Evaluación.	3.06	1.80	21	-2.459	.023	-1.678	-.140	0.529
	2ª Evaluación.	3.98	1.52						
Presión social para el consumo	1ª Evaluación.	2.89	1.47	21	-2.541	.019	-1.52	-.151	0.728
	2ª Evaluación.	3.73	1.63						

Nota. Se incluyen los procesos de autorregulación (CAC) y autoconfianza sobre el uso de drogas (CADC) que han cambiado de forma significativa; La 1ª Evaluación corresponde a la evaluación inicial, mientras que la 2ª evaluación a la que se realiza a los tres meses de la primera.

situación de pruebas de control personal y a los tres meses con emociones displacenteras. Si bien en la primera evaluación es la única fase que correlaciona con la auto-

confianza, en la segunda también son significativas las fases de búsqueda de información, motivación e instauración (Tabla 3).

Tabla 3. Correlaciones de Pearson entre el factor de planificación (cuestionario de autorregulación) y las dimensiones de autoconfianza

<i>Fase de planificación (autorregulación)</i>		
<i>Autoconfianza</i>	1ª evaluación (<i>n</i> = 65)	2ª evaluación (<i>n</i> = 21)
Emociones placenteras	.13	.39
Pruebas de control personal	.29*	.39
Incomodidad física	.11	.39
Necesidad y tentación de consumo	.26*	.70**
Emociones displacenteras	.24	.47*
Tiempo placentero con otros	.27*	.52*
Conflictos con otros	.11	.39
Presión social de consumo	.32**	.57**

Nota. En la 2ª evaluación, además de las correlaciones reseñadas en relación a la fase de «planificación» se obtienen correlaciones significativas en los siguientes casos: Necesidad y tentaciones de consumo – CAC 3 Motivación ($r = .441$; $p = .045$; $n = 21$); Necesidad y tentación de consumo – CAC 6 Instauración ($r = .436$; $p = .048$; $n = 21$); Prueba de control personal – CAC 1 Búsqueda y recogida de información ($r = .634$; $p = .002$; $n = 21$). * $p < .05$, ** $p < .01$.

Tabla 4. Puntuaciones medias de los factores en autoconfianza según cada trastorno de la personalidad.

Dominios del cuestionario de autoconfianza (CACD)	NO TP	TAP	THP	TOCP	TPD	TPE	TPNE
	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>	<i>M</i>
Emociones Placenteras.	3.39	4.87	3.00	3.36	4.73	3.33	1.45
Pruebas de control personal.	2.58	4.13	2.40	2.55	3.27	2.07	2.15
Incomodidad física.	3.17	4.47	2.77	3.69	4.73	2.77	1.95
Necesidad y tentación de consumo.	2.93	4.28	2.48	3.19	3.56	2.61	3.08
Emociones displacenteras.	2.76	3.80	2.44	3.29	3.83	2.56	2.17
Tiempo placentero con otros.	2.96	4.13	2.73	3.09	3.93	3.07	2.55
Conflictos con otros.	3.06	4.02	2.52	3.73	4.48	2.83	2.09
Presión social de consumo.	2.93	4.40	2.73	2.82	3.67	2.67	2.60

Nota. TAP = trastorno antisocial de la personalidad; THP = trastorno histriónico de la personalidad; TOCP = trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad; TPD = trastorno de la personalidad por dependencia; TPE = trastorno de la personalidad por evitación; TPNE = trastorno de la personalidad no especificado.

La autorregulación y autoconfianza en función de la presencia de TP comórbidos.

El análisis de las diferencias en autorregulación en función de la presencia de TP mostró que solamente existen diferencias significativas en la fase de motivación, siendo las puntuaciones de los pacientes con TP significativamente mayores en comparación al resto (Tabla 2). En relación a la autoconfianza, comprobamos que al iniciar el tratamiento los pacientes no presentan niveles significativamente diferentes en función de la presencia de un TP. No obstante, en la Tabla 4 puede verse que los pacientes con trastorno histriónico de la personalidad, TP por evitación y TP no especificado no alcanzan los niveles medios de autoconfianza, mientras que los TP antisocial y TP por dependencia informan de niveles muy altos de autoconfianza para el afrontamiento de situaciones de riesgo. Los pacientes que no presentan TP informan de niveles medios altos de autoconfianza.

El papel de la abstinencia y las creencias relacionadas con el consumo en la autorregulación y autoconfianza.

El análisis de regresión en el que la variable criterio son los días de abstinencia informados en el momento de la evaluación inicial y las variables dependientes las diferentes fases del proceso de autorregulación, muestra que el tiempo de abstinencia predice en sentido positivo solamente la fase de planificación ($R^2 = .057$; $\beta = .008$; $p < .048$). Además, se constata que los días de abstinencia correlacionan en sentido positivo con el nivel de autoconfianza solamente en situaciones como «tiempo pla-

centero con otros» ($r = 0.213$; $p < 0.089$) y «presión social para el consumo» ($r = 0.260$; $p < 0.037$).

Respecto a la relación entre la autoconfianza y las creencias, los resultados muestran que tanto al iniciar el tratamiento como a los tres meses, correlacionan de forma significativa y negativa el apartado de creencias sobre el *craving* y la autoconfianza para resistirse al consumo en varias situaciones de riesgo. Estos dominios o situaciones de riesgo son: pruebas de control personal, necesidad y tentación de consumo, emociones displacenteras y presión social para el consumo (Tabla 5).

En relación a la autorregulación, el análisis de regresión lineal en el que se ha utilizado como variable criterio la media del cuestionario de creencias nucleares relacionadas con la adicción al iniciar el tratamiento, muestra que el nivel con el que los pacientes se identifican con las creencias predice en sentido negativo: la autoevaluación ($R^2 = .150$; $\beta = -1.811$; $p < .001$), búsqueda de alternativas ($R^2 = .144$; $\beta = -1.505$; $p < .001$), planificación ($R^2 = .203$; $\beta = -2.479$; $p < .000$) e instauración del plan ($R^2 = .121$; $\beta = -2.667$; $p < .004$). Esto es, en la medida en que los pacientes se identifican más con las creencias evaluadas, peor ejecución presentan en estas fases.

El análisis de regresión múltiple en el que la variable dependiente es la fase de planificación de la autorregulación y las variables criterio por un lado el tiempo de abstinencia ($R^2 = .186$ $\beta = .006$; $p < .100$), y la media del cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el consumo ($R^2 = .186$ $\beta = -2.024$; $p < .002$), muestra que las creencia tienen mayor peso en la predicción sobre la ejecución de la fase de planificación, lo que confirma el impacto negativo de las creencias relacionadas con el consumo sobre la fase de planificación.

Tabla 5. Correlaciones de Pearson entre los factores del cuestionario de autoconfianza y los factores del cuestionario de creencias relacionadas con el deseo de consumo

	Factor 1 <i>Deseo ante estado de ánimo negativo</i>	Factor 2 <i>Dificultad para afrontar el craving</i>	Factor 3 <i>Deseo ante estado emocional positivo</i>
1ª Evaluación (n = 64)			
Emociones Placenteras	-.07	-.05	-.21
Pruebas de control personal	-.27*	-.35**	-.21
Incomodidad física	-.12	-.09	-.16
Necesidad y tentación de consumo	-.28*	-.28*	-.26*
Emociones displacenteras	-.27*	-.26*	-.34**
Tiempo placenteros con otros	-.20	-.19	-.28*
Conflictos con otros	-.17	-.13	-.24
Presión social de consumo	-.26*	-.30*	-.26*
2ª Evaluación (n = 22)			
Emociones placenteras	-.21	-.24	-.24
Prueba de control personal	-.38	-.40	-.36
Incomodidad física	-.27	-.17	-.17
Necesidad y tentación de consumo	-.68**	-.63**	-.58**
Emociones displacenteras	-.39	-.40	-.38
Tiempo placentero con otros	-.42	-.50*	-.50*
Conflicto con otros	-.36	-.30	-.36
Presión social de consumo	-.56**	-.59**	-.47*

Nota. No son significativas las correlaciones entre los cuatro factores del cuestionario de creencias nucleares relacionadas con el deseo de consumo y autoconfianza para afrontar situaciones de riesgo. * $p < .05$, ** $p < .01$.

Discusión

Los resultados parecen indicar que el proceso de autorregulación en pacientes consumidores de cocaína es bastante estable en las primeras fases del tratamiento. Se observa tanto en el conjunto de la muestra como de forma específica en el grupo de pacientes con TP, que la fase de instauración es la única que mejora de forma significativa. Estos resultados son coincidentes con otra investigación con consumidores a diversas sustancias en la que tampoco se observaron cambios significativos en la autorregulación a lo largo de los primeros meses de tratamiento (Verdejo et al., 2007). Respecto a los cambios observados en los niveles de autoeficacia, a los tres meses del inicio del tratamiento se constata la mejora significativa en cinco situaciones, lo que permite reforzar actuaciones para la prevención de recaídas de nuevos consumos en los tres primeros meses. Esta mejoría en autoconfianza es coincidente con la teoría del aprendiza-

je social que postula un incremento con el curso del tratamiento (DiClemente et al., 1995). A tenor de los resultados de este trabajo, no puede afirmarse que la presencia de TP introduzca diferencias en la autorregulación, porque los pacientes con TP no muestran peor respuesta en comparación al resto.

En relación con el vínculo entre autorregulación y autoconfianza, se constata que la fase de planificación parece tener un papel muy relevante en la autoconfianza, porque tanto al iniciar el tratamiento como a los tres meses, esta fase se asocia positivamente con la autoconfianza de los pacientes en diferentes situaciones. Esto es, la capacidad del paciente para realizar una correcta planificación, esto es, para identificar alternativas eficaces y factibles, se relaciona con un mejor afrontamiento de situaciones en las que habitualmente el paciente ha consumido. Estos resultados guardan relación con la investigación de De la Fuente y Dardelle-Elewar (2011), en la que pudieron comprobar que las personas que tenían

más habilidades o capacidad de autorregulación usaron más variedad de estrategias para enfrentarse al estrés, relación extrapolable al afrontamiento de situaciones de riesgo para el consumo. La relación entre la etapa de planificación del proceso de autorregulación y el nivel de autoconfianza muestra el hecho de que la autorregulación puede tener capacidad predictiva sobre comportamientos de afrontamiento (Orbell y Phillips, 2018). A su vez, se observa que la identificación de los pacientes con creencias relacionadas con el consumo de drogas se relaciona negativamente con el nivel de autoeficacia en varias situaciones de riesgo. Así, se constata el peso indirecto que las creencias pueden tener sobre el proceso de autorregulación, en la medida en que la capacidad de anticipar o desarrollar expectativas usando el conocimiento y la experiencia del pasado para formar creencias sobre el futuro se encuentra en el corazón de la autorregulación (Jostman y Koole, 2010).

En relación al impacto que pueda tener la presencia de TP en los pacientes al iniciar el tratamiento, puede decirse que la presencia de esta psicopatología comórbida sí introduce algunas diferencias en la autorregulación respecto al resto de pacientes. Los resultados muestran que el grupo de pacientes con TP se diferencian del resto en el nivel de motivación, lo que es coincidente con otros trabajos en los que se comprobó que la motivación puede ser incluso mayor en los pacientes que presenta algún TP (Martínez-González et al., 2020; Van Beek y Verheul, 2008). Como en otros trabajos que encontraron un vínculo entre TP y autoeficacia (Chicharro et al., 2007), hemos podido ver que los pacientes con TP antisocial y por dependencia presentan niveles de autoconfianza para resistirse a riesgos muy altos en comparación al resto de TP. Teniendo en cuenta el perfil de esos dos trastornos, estas diferencias pueden deberse a diferentes motivos, porque si bien en el paciente con TP antisocial puede sustentarse en su percepción de autoeficacia, en el dependiente podría ser consecuencia del habitual acompañamiento estrecho de personas de su entorno como medida de prevención de respuesta al iniciar el tratamiento. De cualquier modo, estos niveles tan elevados respecto al grupo de personas que no presentan esta psicopatología podrían indicar errores importantes de apreciación y valoración del riesgo en ambos casos.

En esta investigación hemos podido comprobar que al iniciar el tratamiento el tiempo de abstinencia predice en sentido positivo específicamente la fase de planificación, por lo que puede esperarse una mejora en esta fase en la medida en que aumenta el tiempo de abstinencia. Además, el tiempo de abstinencia también se asocia con el nivel de autoconfianza de los pacientes para resistirse al consumo en situaciones de alto riesgo como el tiempo

placentero con otros y la presión social para el consumo. Así, en base a los resultados del presente estudio, la abstinencia parece mejorar principalmente la capacidad de afrontamiento en situaciones de interacción social.

La importancia de la fase de planificación, que encontramos en esta investigación, podría tener que ver con los beneficios que Gollwitzer (1996) le atribuye para la consecución de metas, porque esta fase es capaz de compensar los problemas que suele llevar consigo la consecución de objetivos conductuales como los problemas de motivación fluctuante, distraerse con facilidad o darse por vencido cuando se necesita mayor esfuerzo o persistencia, dificultades habituales en los procesos de recaída en el consumo de drogas (Marlatt, 1985). Por otro lado, Quinton y Brunton (2017) también otorgan un papel central a la fase de planificación porque según los autores, interviniendo y reforzando esta fase, mejora significativamente el proceso de autorregulación en su conjunto. Esto puede verse en el hecho de que cuando se ha formado un hábito, las personas pueden realizar comportamientos con relativa poca planificación, intención o monitoreo, pero cuando se trata de implantar cambios que abarcan diferentes aspectos de la persona, como sucede en el tratamiento de la adicción, la capacidad del individuo para planificar parece ser central hasta que se logra estabilizar un hábito (Leary et al., 2010), en nuestro caso la abstinencia del consumo de drogas.

También se ha visto que las creencias relacionadas con el consumo de drogas predicen negativamente las fases de: autoevaluación, búsqueda de alternativas, planificación e instauración. Esta relación también se describe en el trabajo de Brutorska et al. (2014) en el que destacan el vínculo entre creencias normativas en relación al consumo de alcohol y autorregulación, en que se constata el impacto de las creencias y sesgos cognitivos sobre la autorregulación. Sobre la fase de planificación se ha podido ver que tienen más peso las creencias relacionadas con el consumo en comparación al tiempo de abstinencia.

El análisis global de los resultados de este trabajo deja en evidencia la vulnerabilidad de la fase de planificación del proceso de autorregulación en drogodependientes al iniciar el tratamiento, en la medida en que se ve influida por variables clave en el proceso de recuperación de un trastorno por consumo de sustancias como es el caso de la autoeficacia, la abstinencia o las creencias nucleares relacionadas con el consumo de drogas. La vulnerabilidad descrita de la fase de planificación muestra la importancia de incorporar desde el inicio del tratamiento estrategias especialmente indicadas para mejorar su ejecución y desarrollar medidas de protección para amortiguar las consecuencias de su ejecución cuando ésta sea deficiente.

Creemos que este trabajo tiene la limitación de no contar con una muestra más amplia que nos hubiese permitido analizar en profundidad las diferencias que pueden derivarse de la psicopatología comórbida, poder analizar la covarianza entre las variables estudiadas, así como no disponer de medidas repetidas para el análisis de la evolución de la autorregulación a lo largo de todo el tratamiento. Por otro lado, la abstinencia que es autoinformada y la ausencia de un grupo control, añade algunas limitaciones a este trabajo. A pesar de ello, este trabajo ha permitido responder a los objetivos de esta investigación, conociendo mejor el impacto de la comorbilidad y relación entre variables clave en el tratamiento de las adicciones sobre el proceso de autorregulación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Referencias

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W.H. Freeman.
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford.
- Barkley, R.A. (2004). Attention-deficit/hyperactivity disorder and self-regulation. In R.F. Baumeister, y K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, theory, and applications* (pp. 301-323). Guilford.
- Berking, M., Margraf, M., Ebert, D., Wupperman, P., Hofmann, S.G., & Junghanns, K. (2011). Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 307– 318. <https://doi.org/10.1037/a0023421>.
- Brown, J.M., Miller, W.R., & Lawendowski, L.A. (1999). The Self-Regulation Questionnaire. In L. VandeCreek, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (Vol. 17, pp. 281–292). Professional Resource Exchange.
- Brutorska, M., Orosova, O., Kalina, O., & Sebeña, R. (2014). Descriptive normative beliefs and the self-regulation in alcohol use among Slovak university students. *Journal of Public Health*, 37(4), 618-624. <https://doi.org/10.1093/pubmed/dfu099>.
- Bukhtawer, N., Muhammad, S., & Iqbal, A. (2014). Personality Traits and Self Regulation: A Comparative Study among Current, Relapse and Remitted Drug Abuse Patients, *Health*, 6(12), 1368-1375. <https://doi.org/10.4236/health.2014.612168>.
- Chicharro, J., Pedrero, E.J., y Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistirse al consumo de sustancias como predictores de resultados de tratamiento y su relación con variables de personalidad: estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. *Adicciones*, 19(2), 141-152. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/312.pdf>
- De la Fuente, J., & Cardelle-Elewar, M. (2011). Personal self-regulation and coping style in university students. En L.M. Bertrand & R.A. Niealson (Eds.), *Psychology of Individual Difference*. Nova Science Publishers.
- De León, L., Pérez, Y., Oropeza, R., y Ayala, H. (2001). Inventario de situaciones de consumo de drogas. Adaptación, validación y confiabilidad del *Inventory of drug situations (IDTS)* y el *Drug Taking Confidence Questionnaire (DTCQ)*. Tesis de licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM. https://repositorio.unam.mx/contenidos/adaptacion-validacion-y-confiabilizacion-del-inventory-of-drug-taking-situation-idts-y-el-drug-taking-confidence-que-397483?c=EzvB7a&d=fals&q=*&i=1&v=1&t=search_0&as=0. pdf
- DiClemente, C.C., Fairhurst, S.K., y Piotrowski, N.A. (1995). Self-efficacy and addictive behaviors. In J.E. Maddux (Ed.), *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application* (pp. 109-141). Plenum Press.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1996). *Structured clinical interview for Axis I Disorders-patient edition*. New York Biometrics Research. Edición española: *SCID-I Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV*. Masson.
- Gollwitzer, P.M. (1996). The volitional benefits of planning. In P.M. Gollwitzer, & J.A. Bargh (Eds), *The Psychology of Action: Linking cognition and motivation to behavior*. Guilford.
- Hirschi, T. (2004). Self-control and crime. En R.F. Baumeister & K.D. Vohs (Eds.), *Handbook of self-regulation: Research, Theory and Applications* (pp. 537-552). Guilford Press.
- Hoyle, R. (2010). *Handbook of Personality and Self-Regulation*. Wiley-Blackwell.
- Jostman, M.N., & Koole, S.L. (2010). Dailing with high demands: the role action versus state orientation. En R. Holey (Ed.), *Handbook of personality and self-regulation*. Wiley-Blackmell.
- Leary, M., Adams, C., & Tate, E. (2010). Hypo-egoic Self-Regulation. In E. Holey (Ed.), *Handbook of Personality and Self-Regulation*. Black Publishing.
- López-Ibor, J., Pérez, A., & Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad; Módulo DSM-IV*. Organización Mundial de la Salud.
- Loranger, A.W., Janca, A., & Sartorius, N. (1997). *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders: The DSM International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge University Press. Versión española: López-Ibor, J., Pérez, A., y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad; Módulo DSM-IV*. Organización Mundial de la Salud.
- Marlatt, G.A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model. En G.A. Marlatt, & J.R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention*. Guilford Press.
- Martínez-González, J.M., Albein-Urios, A., Lozano-Rojas, O., y Verdejo-García, A. (2015). Variables de interés clínico en el tratamiento cognitivo-conductual de la adicción a la cocaína: la especificidad de los trastornos de la personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20, 115-123. <http://doi.org/10.5944/rppc.vol.20.num.2.2015.15166>.
- Martínez-González, J.M., y Verdejo-García, A. (2011). Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23(1), 339-352. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/166.pdf>

- Martínez-González, J.M., y Verdejo-García, A. (2012). Evolución de las creencias nucleares relacionadas con la adicción en drogodependientes con y sin trastornos de personalidad. *Adicciones*, 24(3), 229-238. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/94.pdf>
- Martínez-González, J.M., Vilar, R., Lozano-Rojas, O., y Verdejo-García, A. (2018). 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. <https://doi.org/10.1037/t73421-000>.
- Martínez-González, J.M., Vilar, R., y Verdejo-García, A. (2018). Efectividad a Largo Plazo de la Terapia de Grupo Cognitivo-conductual del Alcoholismo: Impacto de la Patología Dual en el Resultado del Tratamiento. *Clínica y Salud*, 29(1) 1-8. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a1>.
- Martínez-González, J.M., Caracul, A., Vilar, R., Becoña, E., & Verdejo-García, A. (2020). Evaluation of motivation for the treatment of drug dependent patients with personality disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 23, e15. <https://doi.org/10.1017/SJP.2020.13>.
- Miller, W.R., & Brown, J.M. (1991). Self-Regulation as a Conceptual Basis for the Prevention and Treatment of Addictive Behaviours. In N. Heather, W. Miller, & J. Greeley (Eds.), *Self-Control and the Addictive Behaviours*. Maxwell Macmillan Publishing Australia.
- Novak, S.P., & Clayton, R.R. (2001). The influence of school environment and self-regulation on transitions between stages of cigarette smoking. *Health Psychology*, 20(3), 196-207. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.20.3.196>.
- Orbell, S., & Phillips, A. (2018). Automatic processes and self-regulation of illness. *Health Psychology*, 13(4), 378-405. <https://doi.org/10.1080/17437199.2018.1503559>.
- Quinton, T., & Brunton, J. (2017). Implicit Processes, Self-Regulation, and Interventions for Behavior Change. *Frontiers in Psychology*, 08(346). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00346>
- Roos, C., & Witkiewitz, K. (2017). A contextual model of self-regulation change mechanisms among individuals with addictive disorders. *Clinical Psychology Review*, 57, 117-128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.08.008>.
- Tejero, A., Trujols, J., y Brown, J.M. (2003). Cuestionario de Autorregulación para la Cocaína (CAC), En J. Pérez de los Cobos, A. Tejero, y J. Trujols (pp. 87-98). *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de la cocaína*. Ars Médica.
- Tejero, A., Trujols, J., y Siñol, N. (2003). Evaluación del craving de cocaína. En J. Pérez de los Cobos, A. Tejero, y J. Trujols, *Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de la cocaína* (pp. 23-50). Ars Médica.
- Van Beek, N., & Verheul, R. (2008). Motivation for treatment in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 89-100. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.89>.
- Verdejo-García, A. (2004). *Funciones ejecutivas y toma de decisiones en drogodependientes: rendimiento neuropsicológico y funcionamiento cerebral*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/901.pdf>
- Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2009). A somatic marker theory of addiction. *Neuropharmacology*, 56(1), 48-62. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2008.07.035>
- Verdejo-García, A., Rivas-Pérez, Vilar-López, R., & Pérez-García, M. (2007). Strategic self-regulation, decision-making and emotion processing in poly-substance abusers in their first year of abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 12(86), 139-146. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.05.024>
- Wit, J. (2006). Maintenance of Health Behavior Change: Additional Challenges for Self-regulation Theory, Research, and Practice Self-regulation in health behavior. En D. Ridder, & J. Wit, *Self-regulation in Health Behavior*. J. Wiley & S. Ltd, The Atrium.