

Treball Final de Grau de Psicologia, Juny 2015

Consultor: TONI SÁNCHEZ ALONSO

PATOLOGIA DUAL:

L'efectivitat de la TCC en pacients duals amb Trastorn Bipolar i Trastorn per Consum d'Alcohol; l'efecte del "craving" en aquests pacients



Psicologia Clínica i de la Salut: Àmbit clínic sanitari

JORDI YLLA RICO
UNIVERSITAT OBERTA DE CATALUNYA

*"Agraïments als pares on estigueu, germans nebots,
tiets de Madrid i amics pel suport rebut aquests anys"*

0. INTRODUCCIÓ	5
1. CONTEXT I JUSTIFICACIÓ	7
1.1 PREVALENÇA DE CONSUM D'ALCOHOL EN PACIENTS DUALS.	7
1.2 EFECTES DEL CRAVING	8
1.3 L'EFECTIVITAT DE LA TERÀPIA COGNITIU CONDUCTUAL EN PACIENTS DUALS	9
1.4 LÍNIA TEÒRICA QUE ES FOCALITZARÀ EL TREBALL.	9
1.4.1 EL MODEL A-B-C DE LA TERÀPIA RACIONAL EMOTIVA D' ELLIS.	12
1.4.2 DESSENSIBILITZACIÓ SISTEMÀTICA.	12
1.4.3 RELAXACIÓ PROGRESSIVA DE JACOBSON.	12
1.5 CRAVING	13
1.6 MODEL TRANSTEÒRIC DE CANVI PER CONDUCTES ADICTIVES (PROCHASKA I DICLEMENTE 1982)	16
2. REVISIÓ TEÒRICA	17
3. PROBLEMA	22
4. OBJECTIUS I/O HIPÒTESIS	30
5. PROPÒSIT DE LA INTERVENCIÓ	30
6. MÈTODE	31
6.1 DISSENY DE LA INTERVENCIÓ	31
6.1.1 GRUP DE PACIENTS DUALS AMB DIAGNÒSTIC DE TB I TCA.	32
6.1.2 GRUP DE PACIENTS AMB DIAGNÒSTIC DE TB.	34
6.2 PARTICIPANTS	35
6.3 INSTRUMENTS	36
6.4 PROCEDIMENT	36
7. RESULTATS	37
8. CONCLUSIONS	39
9. DISCUSSIÓ	40
10. BIBLIOGRAFIA	41
11. ANNEXOS	44
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE CRAVING D'ALCOHOL (EMCA)	44
CALENDARI DE TREBALL	45

RESUM

El contingut del present treball de final de Grau de Psicologia intentarà mostrar la problemàtica de la patologia dual que pot afectar a la població des d'edats primerenques fins edats més adultes. L'efectivitat de les diferents tècniques de la Teràpia Cognitiu Conductual aplicades als pacients amb patologia dual es pot veure alterada per la interacció del "craving" com a variable intrusiva que pot induir a aquestes persones al consum d'alcohol o altres tòxics. És presenta un disseny d'intervenció dirigit a contrastar dos grups de pacients, un grup dual amb Trastorn Bipolar i Trastorn per consum d'alcohol i un altre grup amb Trastorn Bipolar amb la finalitat de contrastar resultats que mostrin la problemàtica. La mostra s'ha delimitat a pacients duals en que coexisteix el Trastorn Bipolar i el Trastorn per Consum d'Alcohol atesa la diversitat de trastorns mentals i de consum de tòxics que implica la patologia dual. És presenta una proposta d'estudi experimental amb disseny factorial intersubjecte, amb la tècnica d'anàlisi de dades ANOVA per mostrar la interacció del "craving" sobre les tècniques de Teràpia Cognitiu Conductual que s'apliquen com a intervenció i conseqüentment com redueix la seva efectivitat en aquests pacients duals a diferència dels que no ho són. Estratègies per promoure un canvi de conducta en el consum d'alcohol resulten molt beneficioses si aconseguim mantenir una conducta saludable, donat que el curs de la malaltia mental millorarà provocant una millor adherència psicofarmacològica i psicoterapèutica.

Paraules clau: Teràpia Cognitiu Conductual, Trastorn Bipolar, Trastorn per Consum d'alcohol, "craving", tècniques d'intervenció.

ABSTRACT

The contents of this Final Degree in Psychology will try to show the dual pathologies problematic that can affect people from early ages to adult ages. The effectiveness of the different techniques of Cognitive Behavioral Therapy applied to patients with dual pathology can be altered by the interaction of "craving" as an intrusive variable that can induce these people to alcohol consumption or other toxic. It presents a design intervention addressed to contrast two groups of patients, a dual group with Bipolar Disorder and Alcohol Consumption Disorder and another group with Bipolar Disorder in order to contrast the results that shows the problematic. The sample was enclosed in dual patients coexisting Bipolar Disorder and Alcohol Consumption Disorder, given the

diversity of mental disorders and consumption of toxic that involves dual pathology. A proposed experimental study is presented with intersubject factorial design, with data analysis technique ANOVA to show the interaction of "*craving*" on Cognitive Behavioral Therapy that are applied as intervention and as a result how reduces its effectiveness in these dual patients unlike that they are not. Strategies to promote behavior change in alcohol consumption become very beneficial if we achieve to maintain a healthy behavior, since the course of the mental disease will improve causing psychopharmacological and psychotherapeutic better adhesion.

Keywords: Cognitive Behavioral Therapy, Bipolar Disorder, Alcohol Consumption Disorder, "*craving*", intervention techniques.

0. Introducció

La finalitat d'aquest treball és presentar una problemàtica de la malaltia mental que adopta el concepte patologia dual que cada cop s'està globalitzant més per les conseqüències que està causant en la població on coexisteixen una malaltia mental greu i un trastorn per consum de substància. La idea o essència es presentar i mostrar amb la revisió de diferents estudis i altres revisions disponibles, com l'efectivitat de les estratègies o tècniques que s'apliquen de la Teràpia Cognitiu Conductual (TCC en endavant) poden veure's afectades en un grup de pacients duals amb Trastorn Bipolar i Trastorn per Consum d'Alcohol (TB i TCA en endavant) per la intervenció del craving. La intervenció tindria com objectiu comparar resultats amb un grup de pacients amb TB sense commorbiditat amb TCA i demostrar aquesta interferència del craving. El disseny experimental de tipus factorial intersubjecte escollit, permetrà estudiar diferents resultats de la interacció existent, ja que tots els subjectes de la mostra ha estat assignats aleatòriament a cada condició experimental de les variables independents. Els diferents conceptes que es tractaran en aquest treball són explicats i justificats a continuació en aquest apartat.

La Patologia Dual és una problemàtica que pot afectar a població d'edat primerenca en etapes d'adolescència i joventut, que pot mantenir-se en l'edat adulta sinó es porten a terme unes pautes monitoritzades a nivell de teràpia psicofarmacològica i teràpia psicològica a fi de promoure un canvi en el consum de substàncies i alcohol i d'evitar recaigudes en depressió o viratges cap a la mania, Van de Voort et al. (2011).

En aquest sentit, Jones, S. et al. (2013) ja mostra l'ansietat com una variable que interfereix en les teràpies dels pacients duals. Diversitat d'estudis avalen la comorbilitat dels Trastorn de l'humor i la dependència a l'alcohol. Sefarty, E., (2011) explica com la prevalença del TB amb el consum de substàncies psicoactives es del 40 al 50 %. La mateixa autora explica que l'existència d'un TB en un adolescent es un risc significatiu per el consum de substàncies, independentment que tingui algun trastorn de conducta.

La patologia dual es defineix com la presència en un individu d'un trastorn d'addicció i un trastorn mental dintre d'un període concret (Volkow, 2007 citat a Arias, F. et al. 2012). En aquest sentit, l'estudi de la National comorbidity Survey (NCS) (Kessler et al., 2005a, 2005b citat a Szerman, N. et al. 2011) on es mostra, com la dependència de l'alcohol es va associar fonamentalment amb els trastorns de l'humor i els d'ansietat. En altres treballs s'ha associat la dependència de l'alcohol amb el TB o el Trastorn Depressiu Major.

El TB és una patologia que pot aparèixer i afectar a aquestes persones com a conseqüència del consum d'alcohol. La TCC amb totes les seves variants, amb noves tècniques incorporades els últims anys com el Mindfulness, representa una teràpia implantada per la intervenció del Trastorn Bipolar que està donant molt bons resultats. Cochran, S. (1984) citat a Chávez-León et al. (2014), va ser la primera investigadora en determinar que la TCC, enfocada a monitoritzar i solucionar els símptomes per evitar nous episodis de la malaltia bipolar, així com per proveir al pacient de les eines que afavoreix el seu benestar, era una intervenció necessària per una bona adherència terapèutica i pel seu compliment del tractament amb liti.

Com a variable que intervé com a factor de manteniment i recaiguda en el consum d'alcohol es l'ànsia o poderós desig o necessitat de consumir alcohol, criteri diagnòstic quart inclòs en el TCA del DSM-5 que també anomenem "*craving*".

Hi ha varietat de definicions i models teòrics per conceptualitzar el "*craving*" i la de Tiffany i Conklin, (2000) citat a Iraurgi i Corcuera (2008) la defineix com una experiència subjectiva de desig intens de consumir o de necessitat imperiosa d'autoadministrar-se una substància addictiva. El craving té un paper rellevant en les

recaigudes i el manteniment del consum posterior tant si es després de llargs períodes d'abstinència com durant el tractament. El craving ja apareix lligat al problema de l'alcoholisme des de mitjans del segle XX on l'OMS en el simposi de 1954 en el Comitè d'Experts en Salut Mental i Alcohol (WHO, 1955) citat a Iraurgi i Corcuera (2008) i en concret el ponent Mardones, plantejava que el desig de l'alcohol representa un desig que aborda a la persona de manera urgent amb motivacions psicològiques per alleujar els sentiments desagradables i motivacions fisiològiques referents a l'alleujament de símptomes d'abstinència i l'adquisició de fons d'energia. Levin F.R. i Hennessy, G. (2004) en la seva revisió mostren com el tractament farmacològic pel TB moltes vegades no és efectiu amb els pacients duals amb TCA. Sembla que els fàrmacs que poden reduir el "craving" no són efectius si no es fa una psicoteràpia coadjuvant com l'exercici físic que també ajudaria a millorar l'estat d'ànim dels pacients.

1. Context i justificació

El present treball d'intervenció està centrat en un context que aborda els pacients duals i la seva convivència amb la presència d'un trastorn d'addicció i un trastorn mental. Tanmateix vol mostrar quina és l'eficàcia de la TCC en la intervenció d'aquests malalts així com el factor "craving" com a variable intrusiva en la intervenció i com realitzar el tractament per l'ansietat amb TCC per reduir-la.

1.1 Prevalença de consum d'alcohol en pacients duals.

Diversitat d'estudis entre ells el de Chávez-León et al. (2014) i Levin F.R. i Hennessy, G. (2004) avalen la problemàtica de l'addicció a l'alcohol o de les recaigudes en el curs de la intervenció amb TCC per el TB. El present treball vol mostrar la informació que és considera rellevant i necessària amb dades que es justifiquen sobre problema exposat. El present treball no vol omplir un buit de coneixement ja que hi ha molts estudis que versen sobre la temàtica que demostren la problemàtica exposada, i es vol presentar una revisió sistemàtica de la literatura científica que s'ha considerat rellevant en les dades exposades. La presència de dos o més trastorns mentals en el mateix pacient rep el nom de commorbiditat, però quan l'esmentada commorbiditat es deguda a la coexistència d'un trastorn per abús de substàncies o alcohol vinculades a un trastorn psiquiàtric rep el nom de trastorn dual, Casas, M. i Guardia, J. (2002).

La rellevància del problema es evident atès que afecta a una esfera de població amplia amb una franja d'edat que comença a l'adolescència mantenint-se en l'edat adulta, amb els problemes que els hi comporta aquests pacients en l'esfera social-familiar, sanitària i laboral. Existeix una elevada prevalença de pacients duals que volen tractament en els centres assistencials de salut mental i/o addiccions segons un estudi sociodemogràfic Arias et al. (2011). Mostra com a significatiu que el TB es 5 vegades més freqüent en pacients duals que els no duals i el Trastorn per consum de substància més associat era l'alcohol i cocaïna. En aquest sentit al 1920, Kraepelin reconeixia la freqüent commorbiditat entre l'alcoholisme i la psicosis maníac-depressiva (Brown, 2005 citat a Arias et al. 2013).

Un altre gran estudi sobre la prevalença The Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), Regier, D.A. et al. (1990) amb una mostra de 20.000 participants en cinc estats diferents d'EEUU durant la dècada dels 80 va trobar que en comparació amb altres individus amb altres trastorns de l'EIX I, les persones amb TB-I va obtenir les taxes més elevades de tota la vida dels trastorns per consum d'alcohol (46 %) i les persones amb trastorn per consum de drogues (41 %). Així doncs les taxes de trastorns de consum d'alcohol i drogues en les persones amb TB van ser significativament més elevades que els índex observats en la població general (14 % i 6% respectivament). Mes anàlisi de dades van determinar que els individus amb mania eren 6 vegades més propensos de patir un Trastorn per consum de Substàncies (TCS en endavant) en comparació amb la població general. Aquestes dades han sigut confirmades per un estudi més recent que va examinar la relació entre el trastorn bipolar i l'alcohol es va trobar que la població que tenia un diagnòstic de per vida de la dependència de l'alcohol hi havia una major probabilitat de tenir un diagnòstic commòrbid de mania, (Kessler et al. 1997 citat a Levin i Hennessy, 2004).

1.2 Efectes del Craving

Totes aquestes dades poden ser explicades com l'efecte causal que produeix el "*craving*" que pot ser l'inductor de que aquests pacients duals tinguin un índex de manteniment i recaigudes en el consum d'alcohol i conseqüentment del manteniment en la malaltia mental (TB). L'objectiu és intentar mostrar com l'ànsia o desig incontrolable indueix a la conducta d'abús d'alcohol i com pot interferir en el tractament amb TCC que reben aquests pacients. Amb el disseny d'intervenció s'explorà una mostra de

reduïdes dimensions però que representarà el problema que pateixen aquests pacients amb TB i TCA per l'efecte del "craving" del qual s'espera obtenir uns resultats que puguin avalar aquestes dades que ja es presenten com a fonamentació teòrica del problema.

1.3 L'Efectivitat de la Teràpia Cognitiu Conductual en pacients duals

La TCC es un tractament psicològic que ha obtingut resultats molt satisfactoris en la intervenció dels pacients duals. En aquest sentit vull exposar un estudi realitzat per Jones, S.H. et al. (2011) amb un tractament integrat de Intervenció Motivacional (IM) i TCC per una mostra petita de pacients amb TB amb coexistència amb TCA. La intervenció combina entrevistes motivacionals i TCC per abordar l'ambivalència i prepara les persones per abordar el consum d'alcohol. Tots els participants menys un, van reduir el consum d'alcohol al final de la teràpia mantinguda durant 6 mesos de seguiment. El resultat de les proves en el seguiment van donar una millora en estat d'ànim i la impulsivitat, reduint-se aquesta última al final del tractament en comparació al inici malgrat en alguns casos la reducció era molt mínima.

Un altre estudi de Weiss, R. et al. (2010) recolza la teràpia de grup per pacients amb commorbiditat de TB i TCA ja que els resultats dels anàlisis mostraven una reducció del consum i una reducció dels episodis d'estat d'ànim durant el tractament pels pacients de teràpia de grup integrada. Els resultats indiquen malgrat la mesura dels resultats que és complicat qualificar d'èxit per la reducció del consum donat que en aquests pacients amb diagnòstic dual es fa complicat determinar quants dies hi hagut d'abstinència a l'alcohol o consum de substàncies o al seu invers quants dies han estat consumint.

En la revisió de Gonzalez, I.D. (2009) s'explica com les diferents estratègies cognitiu-conductuals són tècniques que s'estan aplicant per la intervenció del maneig del craving. Les estratègies de parada de pensament, tècniques de distracció, control i programació d'activitats, entrenament en relaxació, tècniques d'imaginació, dessensibilització sistemàtica, autoinstruccions i discussió d'idees irracionals.

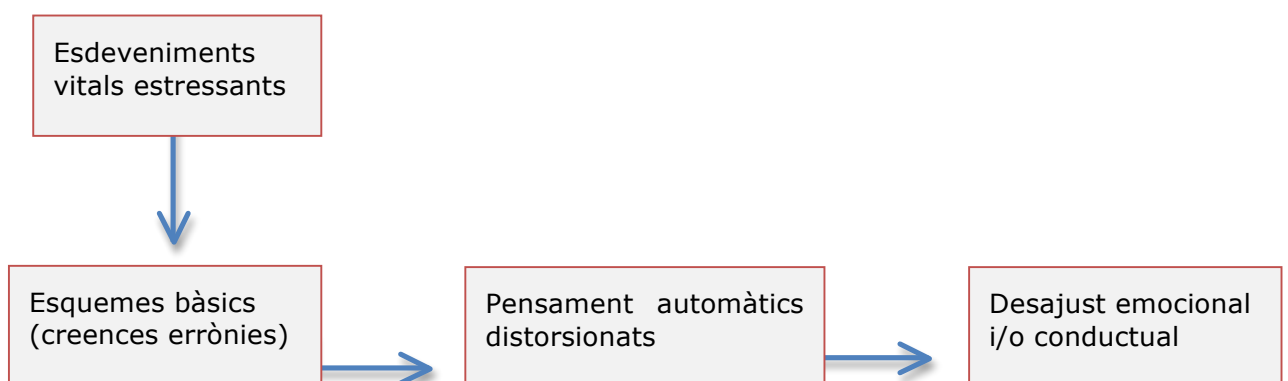
1.4 Línia teòrica que es focalitzarà el treball.

La línia teòrica que treballaré en aquest treball i que intentaré mostrar amb resultats de l'efectivitat de la TCC en les intervencions en aquesta especificitat de pacients duals

és la que a continuació s'explica. En el tractament per la depressió major del Trastorn Bipolar I la TCC pot ser una teràpia coadjuvant a la farmacològica que ajudi al pacient en àmbits de la seva vida com el psicosocial, familiar o laboral, que al seu torn ajudi al pacient a l'adquisició de "insight" al no consum de substàncies i alcohol i a la adherència al tractament farmacològic, essencial en aquests pacients, donat que molts d'ells redueixen dosis o deixen de prendre la medicació sense consultar amb el psiquiatra. Chavez-León, E. et al. (2014) ja explica com la TCC inicialment creada per la depressió per Aaron Beck fa 50 anys és una teràpia que també ha donat molt bons resultats en altres trastorns. Com a focus primari està el canviar els patrons de processament de la informació i del comportament mal adaptats. Així doncs la TCC es basa en model cognitiu on els esdeveniments influeixen en les emocions i en els comportaments dels individus. Els estímuls o esdeveniments vitals poden ser estressants i ser interpretats segons uns esquemes bàsics que han generat un pensaments automàtics i conseqüentment una mala adaptació emocional i conductual. Méndez, F.X. et al. (2010) expliquen els elements centrals en l'alteració emocional i conductual:

- Els individus desenvolupen a la infància un conjunt d'esquemes bàsics que tenen com a finalitat organitzar el sistema cognitiu.
- Els individus poden tenir pensaments o representacions automàtics sense un raonament previ, és a dir, hi ha una representació d'una emoció o conducta de forma automàtica.
- Es poden cometre distorsions o errors en el processament de la informació (interpretació errònia de l'estímul extern).
- Els esdeveniments vitals estressants poden activar esquemes disfuncionals (creences errònies).

Model cognitiu de Beck sobre desajust emocional i/o conductual.



Exemples de creences que conformen els esquemes en quan al Trastorns depressius

	Creences
Trastorns depressius	<ul style="list-style-type: none"> • Per ser feliç haig de tenir èxit en tot el que em proposi. • Per ser feliç haig d'obtenir l'acceptació i aprovació de tot el món en totes les ocasions. • Si m'equivoco, significa que soc un inepte. • No puc viure sense tu. • Si algú es mostra en desacord amb mi significa que no li agrado. • La meua vàlua personal depèn del que altres pensen de mi.

(Méndez, F.X. i Olivares, J., 2010)

Seguint amb el treball de Chavez-León et al. (2014) els esquemes (bellesa-lleig, èxit-fracàs, capacitat-incapacitat i coneixement-ignorància) suposats mal adaptats i pensaments automàtics dominen l'escenari del pacient amb depressió o mania. Els pensaments automàtics estaran distorsionats cap el negatiu o depressiu o cap el positiu o maníac. Dintre de les distorsions cognitives es troben l'endevinació (fortune telling), la lectura de la ment (mind reading), l'etiquetatge (labeling), el treure importància (discounting), l'exageració dels fracassos i encerts (exaggerating outcomes) i el raonament emocional (emotional reasoning). Així doncs si un pacient depressiu pensa que serà rebutjat es una distorsió d'endevinació o si té la creença que els altres la suposen incapaç està tenint un pensament automàtic de lectura de ment. Un pacient amb episodi maníac tindrà les creences i pensaments automàtics en el sentit positiu. Així doncs un pacient eufòric que pensi que tots el consideren un geni la distorsió correspondria a l'endevinació o sobregeneralització. Totes aquestes creences i pensaments automàtics provoquen comportaments on el pacient evitarà fer coses per por al fracàs.

La reestructuració cognitiva intenta promoure el canvi en el pacient en quan a les creences i pensaments automàtics. Canviant creences podrem canviar el comportament i activar de forma més positiva al pacient a fi de que el propi subjecte percebi els canvis en ell mateix i pugui anar avançant en la teràpia de forma positiva.

1.4.1 El model A-B-C de la Teràpia racional emotiva d' Ellis.

En aquest model A és l'esdeveniment activador que pateix el subjecte com un succés real i extern. B és la creença o cadena de pensaments en forma d'autoverbalitzacions que utilitza el subjecte com a resposta d'A, i C representa la conseqüència emocional i/o conductual. Per tant, C no és una conseqüència directa d'A sinó de B ja que depenent de la interpretació que regeix el subjecte s'expressarà d'una forma emocional o conductual diferent. Per modificar les creences ho farem des de la reestructuració cognitiva (D) fent adoptar consciència al pacient de valoracions més racionals d'acord amb la realitat donant lloc a noves emocions i conductes (F). El procés d'intervenció va des de la identificació dels pensaments irracionals, la discussió amb el pacient sobre la irracionalitat de les creences. Des de la reestructuració cognitiva s'ha de debatre les irracionalitats detectades ensenyant a distingir el raonament lògic i el il·lògic portant a terme una reconceptualització que promogui la modificació de les sobregeneralitzacions i valorar esdeveniments de forma més realista i menys catastròfica. (Méndez, F.X. et al. 2010).

1.4.2 Dessensibilització sistemàtica.

Tècnica desenvolupada per Joseph Wolpe (1948) en que s'intervé sobre pensaments i emocions negatives estímul estressants que li generen ansietat i que té el pacient adquirides de forma errònia des de els plantejaments de les teories de l'aprenentatge, en concret el Condicionament Clàssic. El procés de dessensibilització actua mitjançant els processos d'habitució i extinció. Se li presenten al pacient diferents situacions estressants en imaginació primer i posteriorment en viu, que prèviament s'han jerarquitzat amb el terapeuta de menor a major ansietat, unitats subjectives d'ansietat (USA). Quan se li presenten varies vegades la mateixa situació els nivells d'ansietat es van reduint (habitució) fins arribar a nivell 0 per extinció. Quan un subjecte associa un lloc concret com estímul neutre (cantonada d'un carrer, un nom, etc.), condicionat per una intensa recompensa, obtinguda de la utilització de drogues que indueixen a un "craving" automàtic.

1.4.3 Relaxació progressiva de Jacobson.

És un altre tècnica que permet al pacient relaxar tot el grup muscular del cos mitjançant la tensió i relaxació. S'entrena al pacient de forma que tanqui els ulls i se li

va indicant que tensi un múscul i el relaxi, *pe: premé el puny fort durant 5 segons i relaxar obrint la mà durant 5 segons*. Igualment es fa amb bíceps, amb músculs de la cara, torax, cames, de forma successiva. Se li va indicant que prengui consciència dels dos estats, el de tensió i el de relaxació. Un cop finalitzat el pacient sent una sensació de relaxació profunda i se li indica que pensi en un lloc agradable durant 4 minuts. Aquesta tècnica la pot realitzar el pacient a casa seva cada dia com a pas previ a la dessensibilització, ja que segons Wolpe, J. (1979), si un cos està relaxat no es possible que estigui ansiós atès que són expressions fisiològiques antagòniques. El mateix autor va postular que la relaxació actuava com a resposta incompatible a l'ansietat trencant el vincle entre l'estímul estressant i la resposta d'ansietat en el procés de dessensibilització sistemàtica. La relaxació actua com inhibidor de la resposta ansiosa per tot el qual s'assoleix el contra condicionament per inhibició recíproca quan els nivells d'ansietat queden reduïts. (Méndez, F.X., et al. 2010)

1.5 CRAVING

Per explicar el “*craving*” s'exposen les bases teòriques de la:

Teoria de la sensibilització de l'incentiu (K.C. Berridge i T.E. Robinson, 1993 de la Universitat de Michigan. (Redolar, D. et al. 2010).

Aquests autors van descriure la teoria de la sensibilització de l'incentiu per explicar els mecanismes subjacents a l'addicció. Els fonaments teòrics estarien explicats amb les bases conductuals, cognitives i neurobiològiques dels processos de condicionament o aprenentatge associatiu que ha contribuït a explicar la participació d'aquests processos en la regulació emocional i motivacional de la conducta.

Berridge i Robinson exposen que amb el consum d'una substància, el valor del seu incentiu positiu s'incrementa, per tant, es genera una sensibilització de les propietats incentivadores positives de la droga. Els fonaments teòrics expliquen que és més important el plaer anticipat que es produeix abans del consum de la droga, que el plaer de la conducta sumatòria, és a dir, es pot presentar una tolerància als efectes agradables de la droga però tenir un elevat desig per consumir aquella substància “*craving*”. En paraules planeres el que explica la teoria és que el desig per consumir es més gran que la pròpia satisfacció percebuda un cop s'ha consumit la substància. D'aquí el problema subjacent que presenta el “*craving*” con a variable contaminadora en la teràpia.

A nivell neuroanatòmic els mateixos autors exposen que els sistemes dopaminèrgics mesolímbic, mesocortical i nigroestriat mediatitzarien l'atribució de la saliência incentiva als reforços a través de la modulació dels seus valors motivacional d'una forma que estaria clarament diferenciada dels processos d'activació hedònica i dels processos d'aprenentatge associatiu del reforç. Així doncs, aquesta hipòtesi explicaria que els sistemes dopaminèrgics no són necessaris per els efectes agradables dels reforços o per mediatitzar les associacions predictives implicades en les funcions d'aprenentatge de reforç. Per tant segons Berridge i Robinson la saliência incentiva constitueix un component distintiu de la motivació i del reforç.

En resum, l'ús compulsiu que els addictes mostren per les substàncies d'abús, la persistència de l'addicció i els vincles entre diferents estímuls contingentment relacionats que expliquen els factors principals de les recaigudes, podrien estar vinculats a diferents mecanismes moleculars i cel·lulars subjacents a memòries associatives a llarg termini en diferents circuits crítics en el processament de la informació reforçant, (Redolar, D. et al.,2010).

Conseqüentment l'efecte del "*craving*" comporta un consum d'alcohol i/o substàncies que afecta en recaigudes dels pacients i temptatives de suïcidi com mostra l'estudi de Feinman, J.A. i Dunner, D.L. (1996) on per determinar l'efecte de l'abús de substàncies en una mostra de 188 pacients es van estudiar 3 subgrups:

1. Un grup format per pacients amb diagnòstic de TB que no tenien història passada o present de consum d'alcohol o substàncies, (primari).
2. Un segon grup format per pacients diagnosticats de TB que presenta complicacions en la malaltia per l'inici del consum d'alcohol i substàncies després de l'aparició de la malaltia mental, (bipolar complicat).
3. Un tercer grup format per pacients amb consum d'abús d'alcohol o substàncies que posteriorment desenvolupen el TB, (secundària).

En el mateix estudi es fa referència a un estudi de Morrison (1974) on es va trobar una relació en que les temptatives de suïcidi de població amb TB i TCA, era el doble que la població amb TB que no consumia alcohol. Atenent aquest resultat de

Morrison els autors van considerar uns possibles resultats amb un major percentatge del grup secundari tindria més atacs de pànic i temptatives de suïcidi que el grup primari.

Resultats:

Dels 188 casos de la mostra 103 (55%) eren del grup primari, és a dir sense consum d'alcohol, 35 (19%) eren del grup bipolar complicat que comencen el consum d'alcohol un cop diagnosticats de TB i 50 (27%) eren del grup secundari per abús de substàncies.

CARACTERISTIQUES PACIENTS DE SUBSTÀNCIES D'ABUS	GRUP BIPOLAR COMPLICAT	GRUP SECUNDARI
Solament Alcohol	20%	16 %
Solament Marihuana	0 %	6 %
Alcohol i altres	2,9 %	2 %
Marihuana i altres	8,6 %	14 %
Cocaïna	8,6 %	12 %
Heroïna	2,9 %	0 %
Al·lucinògens	5,7 %	0 %
Solament Anfetam.	2,9 %	0 %
Amfetamines i altres	25,7 %	20 %
Amfetamines i Cocaïna	22,9 %	30 %
TOTAL	100,2	100

D'aquests resultats es va esdevenir una taxa molt elevada de temptatives de suïcidi en la mostra de pacients, un 38,3 %, que desglossat per grups era un 30,1 % en el grup primari, un 54 % en el grup complicat i un 46 % en el secundari el que mostra un increment de la taxa en els pacients duals on hi ha consum d'alcohol i substàncies.

En el DSM-5, el “*craving*” està inclòs com a criteri diagnòstic en el “*Trastorn per consum d'alcohol*” dintre de la secció “*Trastorns relacionats amb substàncies i trastorns addictius*”. “*En concret el Criteri 4 manifesta un ànsia i una urgència en qualsevol moment, encara que és més probable que aparegui en aquells ambients en que la persona ha aconseguit o consumit la substància anteriorment*”, (DSM-5, p. 483). Continua explicant que “*aquest desig intens de consum s'atribueix al condicionament clàssic i s'associa a l'activació de les estructures cerebrals específiques dels sistema de recompensa. L'exploració del desig es realitza demanant a la persona si ha tingut*

alguna vegada una forta necessitat de consum que li ha impedit pensar u ocupar-se de qualsevol altre cosa. El desig intens actual es el marcador freqüent per la valoració dels resultats d'un tractament, donat que pot considerar-se un senyal de recaiguda imminent". (DSM-5, p. 483).

1.6 Model Transteòric de canvi per conductes addictives (Prochaska i DiClemente 1982) citat a Feixas, G. i Aguilera, A. (2009)

Es enfoc de canvi transteòric que inclou un model tridimensional amb estadis, processos i nivells de canvis. Els estadis de canvi que proposa el model son:

- **La precontemplació:** És un estadi on els individus no pensen en el canvi durant al menys els propers sis mesos. Aquest interval màxim de temps en que les persones poden planejar un canvi seriós en les addicions. L'estadi de precontemplació pot esdevenir perquè la persona no està informada suficientment de les conseqüències de la seva conducta. En altres individus esdevé la desmoralització per haver intentat el canvi en altres ocasions sense èxit i no volen tornar a pensar en això. Adopten conductes defensives.
- **La contemplació:** En aquest estadi l'individu està pensant seriosament en el canvi durant els propers sis mesos. Estan més oberts a la informació sobre el seu problema i la forma de canviar-ho. Malgrat aquest pas es poden mostrar ambivalents alhora de valorar els costos i beneficis del canvi i passar-se anys en aquest estadi.
- **La preparació o determinació:** En aquest estadi l'individu es troba disposat a actuar, amb intenció d'iniciar el canvi el mes següent. Aquí hi ha algun petit canvi en la conducta addictiva com disminuir la freqüència del consum.
- **L'actuació:** és l'estadi que es produeix obertament la modificació de conducta problemàtica. Es marquen uns objectius concrets amb un temps mínim sense consum. L'actuació es prolonga durant sis mesos després de la modificació de la conducta addictiva.
- **El manteniment:** comença un cop finalitzat els sis mesos de modificació de conducta addictiva en l'estadi d'actuació.
- **La recaiguda:** es una etapa més dintre del procés. L'individu retorna a la conducta problemàtica i perd els beneficis obtinguts amb el seu propi canvi. Es pot produir en les fases d'acció i manteniment quan fallen les estratègies per consolidar i mantenir la conducta.

2. Revisió teòrica

La revisió teòrica que exposaré ha estat seleccionada bàsicament de 5 bases de dades: “*PsycINFO, PudMed, Dialnet, Google Acadèmic i el gestor de referències Mendeley*”. S’han utilitzat les paraules clau següents: “*craving, trastorno bipolar, alcohol, efectividad, Teràpia Cognitivo Conductual, patologia dual tant en anglès com espanyol, i a Dialnet en espanyol solament*”.

Els descriptors claus utilitzats per fer les cerques han sigut diversos amb diverses combinacions de les paraules clau. Per cercar informació d’estudis i revisions a les bases de dades PsycINFO i PudMed on alguns dels descriptors claus eren:

Descriptors:

⇒ “Bipolar Disorder” and substance abuse and craving from 2010 to 2014.
⇒ “Cognitive Behavior Therapy and bipolar disorder and alcohol abuse from 2010 to 2014”.
⇒ “Title:Cognitve Behavior Therapy and Keywords: craving alcohol”
⇒ “Title: Dual pathology and any field: substance abuse”
⇒ “Any field: Alcohol and title: craving from 2010 to 2014”
⇒ “Title: Effectiveness and Cognitive Behavior Therapy and Bipolar Disorder from 2010 to 2014”
⇒ “Any field: Effectiveness and Cognitive Behavior Therapy and Craving”
⇒ “Any field: Alcohol abuse and any field_effect and any field: bipolar disorder”

S’ha intentat que les cerques realitzades sobre articles, estudis i revisions hagin sigut el més actual possibles tret d’alguns treballs que s’ha considerat molt important incloure com el de “Craving: concepte, mesura i terapèutica” que és de l’any 2008 i algun altre més antic. Però la majoria d’estudis i revisions consultades estan entre la franja 2010 al 2014.

2.1 SÍNTESI DESCRIPTIVA DE LA BIBLIOGRAFIA.

“Abús o dependència al cànnabis i altres trastorns psiquiàtrics. Estudi Madrid sobre la prevalència de la patologia dual.”

L’Article d’Arias et al. (2013) presenta el problema de l’abús o dependència al cànnabis associat a una ampla varietat de trastorns mentals destacant el seu paper causal en trastorns mentals greus com l’esquizofrènia i el trastorn bipolar. Tanmateix explica com aquests pacients són potencials candidats a consumir altres substàncies com l’alcohol atesa la predisposició al consum que tenen aquests subjectes. La presència de la patologia dual és molt elevada en addictes en tractament que tenen dependència al

cànnabis que pot induir a un patró de policonsum associat a trastorns mentals greus con la psicosis i el trastorn bipolar. Una edat prematura al consum es un marcador de possible patologia dual en aquests subjectes.

“Teoria de la sensibilització de l’incentiu”

En els materials docents de l’assignatura de Psicologia Fisiològica en concret el mòdul segon, Sistemes Reguladors Emocionals es presenten els diferents models teòrics que poden explicar les bases teòriques de les conductes addictives provocades per el “*craving*”. (Redolar, D. et al. 2010). La teoria de la sensibilització de l’incentiu que té els seus fonaments teòrics en les teories de l’aprenentatge o condicionament clàssic és la que ha tingut més acceptació i s’ha confirmat com la teoria que explica i fonamenta dintre del context d’aprenentatge o condicionament com del context neuroanatòmic .

“La terapia cognitiu conductual en el tractament de la depressió del TB I”

El present treball de Chávez-León et al. (2014) vol demostrar l’efectivitat de la TCC com a intervenció coadjuvant en la teràpia farmacològica en pacients amb trastorn bipolar I, i com la TCC actua en el pacient de forma positiva per una major adherència a la intervenció farmacològica, necessària en aquests pacients. Els motius que presenten els autors per fer l’estudi és que malgrat el tractament farmacològic molts pacients tenen fluctuacions de l’humor i experimenten nous episodis afectius. La TCC, la psicoteràpia interpersonal i ritme social i la teràpia familiar focalitzada, així com la psicoeducació, perspectives de treball terapèutic útils en el tractament pel trastorn bipolar donat que promouen al pacient de “insight” perquè sigui participant actiu en la intervenció. La TCC té com objectiu alleujar els símptomes depressius, restablir el funcionament psicosocial i la previsió de nous episodis afectius.

DSM-5 - TRASTORNS PER CONSUM DE SUBSTÀNCIESTRASTORN PER CONSUM D’ALCOHOL

“La característica essencial del trastorn per consum de substàncies es l’associació de símptomes cognitius, de comportament i fisiològics que indiquen que la persona continua consumint la substància a pesar dels problemes significatius relacionats amb l’esmentada substància.” (DSM-5 citat a l’apartat de característiques dels trastorns per consum de substàncies). En el mateix DSM-5 però en l’apartat del Trastorn per consum d’alcohol es defineix com una agrupació de símptomes comportamentals i físics entre

els que hi ha l'abstinència, la tolerància i el desig intens de consum. Aquest desig intens de consum s'evidencia per una gran urgència o necessitat de beure que dificulta el pensament de qualsevol altre cosa i que sol desembocar en el començament de la ingesta. Com a característiques associades, el DSM-5 ja explica un seguit de símptomes, com els problemes de conducta, la depressió, l'ansietat i el insomni, que solen anar acompanyat de consum abusiu i en ocasions poden precedir-lo.

Prognostic Factors of 2-year Outcomes of Patients with Comorbid Bipolar Disorder or Depression with Alcohol Dependence: Importance of Early Abstinence

Factors de pronòstics de dos anys resultants de pacients amb commorbiditat de Trastorn Bipolar o Depressió amb Dependència d'Alcohol: Importància de l'abstinència primerenca.

Estudi de Farren, C. et al. (2013) que s'investiga els factors de pronòstic resultants amb pacients duals amb TB i TCA i la importància de l'abstinència primerenca per un bon pronòstic. Suggereix que les intervencions psicoeducatives i d'addició poden anar junts cap l'èxit. Els resultats d'aquest estudi mostren l'edat com una variable per un pitjor factor de pronòstic en patologia dual, així doncs presenten uns pitjors resultats en franja d'edat de 18-30 anys i millor pronòstic de en pacients de mitjana edat.

Patología dual . Comorbilidad trastorno psiquiátrico y consumo de sustancias psicoactivas

Article d'Edith Serfaty (2011) en que mostra la problemàtica de la patologia amb tots els seus factors d'afectació, ja sigui la població afectada, per patologia mental i per l'abordatge integral a seguir que ha d'incloure el psicofarmacològic, psicoterapèutic cognitiu-conductual, psicoteràpia grupal i orientació familiar. S'indica la dificultat pel diagnòstic i pel tractament.

The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder

L'efecte de l'alcohol i altres substàncies en el curs del Trastorn Bipolar

Es tracta d'un estudi sobre l'efecte que provoca el consum de substàncies en pacients amb TB I i II. L'estudi es antic (1996) però m'ha semblat interessant incloure'l, donat que va ser dels primers estudis que investigaven aquest factor en una mostra de 188 pacients. L'estudi volia investigar quines conseqüències té l'abús de substàncies en

pacients amb TB donada l'alta prevalença d'aquest factor i quines característiques clíniques desenvolupen els pacients que l'inici de la malaltia esdevé abans de consumir substàncies i els que esdevé un cop ja són consumidors, com els canvis de l'estat d'ànim (recaigudes) o bé les temptatives de suïcidi o el percentatge d'atacs de pànic.

Model Transteòric de canvi

Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol.

El model transteòric (MTT en endavant) es correspon a un procés que inclou els sis estadis de modificació de conducta addictiva de l'individu: precontemplació, contemplació, preparació, acció, manteniment i recaiguda. El MTT presenta un marc conceptual en tres tipus de factors essencials pel canvi.

- a) Un factor referent a la temporalitat del canvi que determina la seqüenciació dels diferents estadis.
- b) Un conjunt de variables intermitges de tipus psicosocial que determina quan succeeix el canvi. Aquestes variables fa referència a les pròpies valoracions del subjecte en quan a costos i beneficis, l'ambivalència alhora de presa de decisions, etc.
- c) Un conjunt de processos psicològics, variable independent que determina con succeeix el canvi.

Estratègies cognitiu-conductuals pel maneig del “craving”

La present revisió exposa com el maneig del “craving” amb un programa d'intervenció amb tècniques de TCC és una situació determinant per una bona adherència al tractament de les persones fàrmaco-dependents atès que és la variable causant més important d'abandonament terapèutic. Els pensaments, sentiments i conductes són determinants en el període d'abstinència i pot fer reincidir en conductes de consum d'alcohol o substàncies i d'abandonament del tractament malgrat hi hagi anys sense consum degut al seu poder que exerceix sobre el subjecte. Els “craving” i impulsos per consumir tenen tendència a ser automàtics i arriben a ser autònoms, per tant poden continuar encara que la persona intenti eliminar-los (Sánchez, 2002 citat a González, I.D., 2009).

Integrated Motivational Interviewing and Cognitive–Behavioural Therapy for Bipolar Disorder with Comorbid Substance Use

Integració de les Entrevistes motivacionals i Teràpia Cognitiu Conductual per Trastorn Bipolar amb commorbiditat amb Abús de Substàncies

El present estudi vol mostrar el problema de la commorbiditat dels Trastorns per consum de substàncies i el Trastorn Bipolar per haver-hi poca investigació per opcions en la intervenció psicològica d'aquests pacients. Els estudis realitzats fins l'actualitat s'han concentrat en els enfocaments conductuals purament cognitius que no fan front a l'ambivalència mostrada per molts pacients per poder adoptar una determinació cap un canvi de comportament amb menys consum. Aquest estudi proporciona el primer informe d'un marc integrat de tractament psicològic per el TB amb el consum de substàncies commòrbides.

CRAVING: CONCEPTE, MEDICIÓ I TERAPÈUTICA

Es tracta d'una revisió dels diferents models explicatius del “*craving*” explicant la seva evolució històrica, exposa hipòtesis etiològiques dels models conductual, cognitiu i neuroadaptatiu. Presenta estratègies de mesura pel “*craving*”, instruments per avaluar i tècniques per l'abordatge terapèutic.

BIPOLAR DISORDER AND SUBSTANCE ABUSE

TRASTORN BIPOLAR Y ABUS DE SUBSTÀNCIES

Revisió que examina la relació entre el TB i els trastorns per consum de substàncies i les opcions de tractament que s'han estudiat en aquesta població de pacients. Es realitza una revisió sobre estudis que expliquen les elevades taxes de prevalença dels trastorns per abús de substàncies en persones amb TB, els problemes més comuns associats amb l'establiment d'un diagnòstic de trastorn bipolar en persones que abusen de substàncies, les possibles explicacions per la coexistència freqüent dels TB i el TCS, així com l'efecte negatiu que té el consum en el tractament pel TB.

COLLABORATIVE CARE FOR PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER: A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

CURA COL·LABORATIVA PER PACIENTS AMB TRASTORN BIPOLAR: ESTUDI ALEATORI CONTROLAT

Aquest estudi presenta un mètode de tractament que pot resultar molt interessant per la monitorització dels pacients amb Trastorn Bipolar. Els tractaments comuns o més bàsics per aquests pacients consisteixen en una teràpia farmacològica i una psicoteràpia que emmarcada en la TCC per recolzament. Malgrat això un gran nombre de pacients tenen una baixa resposta al tractament i pateixen recaigudes en episodis depressius o viratges cap a la mania que els impedeix un funcionament social òptim. A aquest problema si té que afegir els possibles trastorns commorbids de personalitat o d'abús de substàncies amb altres possibles malalties associades com les cardiovasculars i diabetis.

Tota aquesta problemàtica requereix una col·laboració multidisciplinària de professionals per combinar tots els coneixements per realitzar un tractament integrat d'elevada efectivitat. La Cura Col·laborativa és el tipus de tractament que podria cobrir aquestes necessitats i l'estudi presenta resultats prometedors d'aquests tractaments integrals en pacients bipolars. Els elements del programa són: la contractació i la presa de decisions dirigides a objectius personals establerts pel pacient. Psicoeducació, resolució de problemes del tractament que vagin sorgint, millora d'estat d'ànim i el reconeixement de signes primerencs per les recaigudes. Tractament psicològic especialitzat pels pacients deprimits per augmentar les activitats agradables o gratificants o pacients amb necessitats d'atenció en temes de la participació social destinat a rehabilitació.

Efectivitat de l'exercici físic com intervenció coadjuvant en les addiccions: una revisió.

Revisió que mostra els beneficis de l'exercici físic en pacients amb addiccions al consum de substàncies. Tanmateix els beneficis de l'exercici físic també esdevé com a tractament coadjuvant en les malalties mentals com el trastorn depressiu, trastorn bipolar o l'esquizofrènia. La utilitat de l'exercici físic com estratègia coadjuvant per reduir el "*craving*" la simptomatologia de l'abstinència i el manteniment de l'abstinència.

3. Problema

El problema que es presenta en aquest treball ve explicat per les recaigudes que presenten els pacients duals amb TCA i TB. Aquestes recaigudes incideixen

negativament en el programa d'intervenció que es porten a terme en aquesta població dual en concret sobre l'eficàcia dels programes de TCC.

Casas, M., i Guardia, J. (2002) en la seva revisió "Patologia psiquiàtrica associada al alcoholisme" expliquen com els pacients alcohòlics solen presentar trastorns psiquiàtrics associats sobretot d'ansietat i depressió, induïts pel propi consum d'alcohol i que quan es redueix el consum pot millorar en poques setmanes el síndrome psiquiàtric. El problema radica quan els trastorns psiquiàtrics són independents que a més del tractament de l'alcoholisme requereixen un tractament específic. El pacient alcohòlic que presenta una patologia psiquiàtrica greu com el TB té un major risc de problemes psicosocials, recaigudes i suïcidi. Els síndromes psiquiàtrics independents com el TB solen aparèixer abans de l'alcoholisme amb major consum d'alcohol en la fase maníaca que en la depressiva. En el síndrome d'abstinència s'ha de considerar símptomes afectius com la por i l'ansietat que com efecte rebot de l'ansietat e insomni serien poderosos estímuls condicionats que provocaria més consum d'alcohol. L'Estudi Epidemiologic Catchment Area (ECA) presenta dades en que el 42'6 % de persones que pateixen TB reuneixen criteris d'abús o dependència a l'alcohol comparat al 16'7 % de la població general.

L'estudi Madrid sobre la prevalença i característiques dels pacients amb patologia dual de Arias et al. (2013) ens mostra les diferències amb % entre el diagnòstic per consum d'alcohol entre pacients duals i no duals. (veure taula).

<i>Diferències en consum de drogues entre pacients duals i addictes no duals</i>		
Diagnòstic	Duals n=517 N (%)	Trastorn per consum de substàncies n=194 n(%)
Trastorn per consum d'alcohol	263 (50,9 %)	84 (43,3 %)
Trastorn per consum de cocaïna	274 (53,0 %)	91 (46,9 %)
<i>Diferències en diagnòstic de trastorn mentals actuals entre pacients duals i pacients amb trastorns mentals EIX I no duals</i>		
EIX I diagnòstic actual	Duals n=517	Trastorn mental n=126 n(%)
Episodi depressiu major	160	49 (38,9 %)
Trastorn Bipolar	162 (31,3 %)	8 (6,3 %)

Una mostra de n=517 pacients duals, 263 (50,9 %) tenien un diagnòstic de Trastorn per Consum d'Alcohol i 274 un Trastorn per consum de cocaïna mentre que de pacients no duals en una mostra de n=194 el nombre de pacients amb Trastorn per

Consum d'alcohol es redueix al 43,3% i el Trastorn per Consum de Cocaïna al 46,9 %. Per tant, hi ha una menor incidència en el consum d'alcohol i cocaïna si no hi ha coexistència amb una malaltia mental. En la mateixa mostra de 517 pacients la incidència de pacients duals amb Trastorn Bipolar es del 31,3 %, la més elevada que en comparació amb una mostra de 126 pacients no duals en que la incidència del Trastorn Bipolar era de 6,3 %, i en canvi, en aquesta mateixa mostra el Trastorn Depressiu Major tenia una incidència del 38,9 %. Aquestes dades són molt significatives per comprendre el problema de la patologia dual i del consum d'alcohol en aquesta població ja que ens deixa veure com el Trastorn per Consum d'Alcohol i Cocaïna pot ser un marcador de manteniment de la malaltia mental que ens indiqui una prevalença del Trastorn Bipolar en aquesta població.

La taula vol mostrar els trastorn per consum de substàncies així com els trastorns mentals que tenen més incidència en la patologia dual que poden donar una orientació de la problemàtica que aquest treball té com objectiu demostrar.

Un altre problema que incideix directament sobre el consum de substàncies en concret sobre el consum d'alcohol és el “*craving*”, en aquest cas el “*craving* d'alcohol”

Levin & Hennessy (2004) ja mostren una correlació entre la mania aguda de pacients amb TB i el consum d'alcohol. Aquest consum d'alcohol provocava un augment dels símptomes maníacs com major labilitat emocional, impulsivitat i violència en els pacients maníacs aguts. A més la commorbiditat del Trastorn Bipolar amb el Trastorn per consum de substàncies provoca un major nombre d'hospitalitzacions psiquiàtriques i remissió més lenta dels episodis maníacs. En la mateixa revisió s'anomena un estudi pilot de 8 setmanes (Perugi et al. 2002) per subministrar gabapentina com a substitut del liti o altres estabilitzadors de l'humor en pacients duals. Els resultats mostren una millora en l'adhesió al tractament farmacològic pel TB però en cap cas hi ha una reducció del consum de substàncies donat que cap intervenció contempla una psicoteràpia efectiva pel consum i això explica consegüentment la base del problema que és, que si bé els psicofàrmacs administrats per estabilitzar l'humor i reduir l'ansietat de consumir actuen en la simptomatologia de la mania no són efectius pel “*craving*”, el qual fa necessari la intervenció coadjuvant a la farmacoteràpia.

En aquest sentit, l'estudi de Siñol, N., et al. (2013) ja explica la importància de l'exercici físic com a tractament pel el consum d'alcohol. Els mecanismes mediadors i explicatius dels efectes positius de l'exercici en el tractament pel consum de substàncies, té l'objectiu d'aconseguir estats de plaer semblants als produïts pel consum

mitjançant l'activació de mecanismes de neurotransmissió i les àrees de reforç, la reducció de simptomatologia ansiosa i depressiva induïda durant l'abstinència el que provocarà una millora de l'estat d'ànim. S'ha de provocar un canvi d'estil de vida més saludable que generi una major autoeficàcia i promoure una estratègia d'afrontament que redueixi l'estrès i el “*craving*”, estratègia que incrementarà les relacions personals i el suport social quan l'exercici es realitza en grup. Sense teràpies que puguin intervenir directament sobre el “*craving*” el problema de l'addicció sobre l'alcohol es manté amb conductes de consum el qual provoca una baixa eficàcia en els tractaments de TCC per intervenir sobre el Trastorn Bipolar amb aquests pacients duals.

Segons revisió de González, I.D., 2009, el terapeuta ha de avaluar quin tipus de “*craving*” presenta el pacient, les emocions i pensaments associats mitjançant autorregistres, anàlisis funcionals i entrevista. Posteriorment depenent del tipus de “*craving*” s'aplica un programa d'intervenció cognitiu-conductual. Tècniques com; aturar el pensament, tècniques de distracció, control i programació d'activitats, entrenament en relaxació profunda de Jacobson o auto-instruccions i auto-afirmacions.

Aturar el Pensament. Consisteix en aturar el pensament indesitjable o improductiu (Wolpe, J., 1993) que condueix a la reducció de la cadena de pensaments que van relacionades a les emocions negatives. D'aquesta forma les emocions negatives queden tallades abans de que puguin sorgir. S'acorden amb el pacient quins pensaments són els que s'han d'eliminar relacionats amb el “*craving*” i s'entrena, *pe: El pacient diu “Em sento horrible si no bec alcohol” i a continuació el terapeuta crida “Atura”. Se li fa veure que s'aturen els pensaments demanant-li que ho practiqui varies vegades amb el propòsit que el pacient aprengui a aturar aquests pensaments negatius cridant “Aturat” per si mateix quan aquests es presentin. Si es troba en llocs amb públic on no pot cridar, aleshores “Aturat” ha de ser pensat i interioritzat sense cridar. Després ha de substituir amb una altre pensament positiu pel que ha aturat com per exemple; “Ara em sento molt millor”.*

Entrenament en relaxació profunda de Jacobson. És una tècnica molt recomanable per reduir l'ansietat. El pacient la pot dur a terme a casa seva cada dia al matí amb uns 10 minuts previs de respiració diafragmàtica. El terapeuta haurà entrenat a la seva consulta al pacient en la relaxació de tot el grup muscular del cos, amb la tècnica de Jacobson de tensió – relaxació de cada múscul dels braços, cara, esquena, torax i

comes. Aquests exercicis suposen 30 minuts diaris a casa amb molt bons resultats per reduir l'ansietat, per un principi fisiològic ja que una persona relaxada no pot tenir ansietat, per tant quan més estona mantingui l'estat de relaxació més ajudarà a minvar el nivell de "craving".

Auto-instruccions i Auto-afirmacions. L'entrenament en auto-instruccions s'ha utilitzat com a tècnica de modificació conductual donat que s'entrena al subjecte perquè es faci suggerències i comentaris específics que guien la seva conducta, de forma semblant com si fossin dirigits per un altre persona. *pe: "Em sento bé, el "craving" marxarà" o "No necessito alcohol per ser feliç" o "Vaig bé" .*

Dessensibilització sistemàtica. Tècnica que requereix una jerarquia de situacions que generin "craving" amb puntuacions USA (Unitats Subjectives d'Ansietat) de 0 a 10 que s'haurà confeccionat prèviament amb el pacient. Es realitza exposició en imaginació i un cop s'ha anat extingint cada situació es realitza en exposició en viu. La repetició de l'estímul fa que perdi de forma progressiva capacitat d'evocar ansietat. La revisió conclou que el maneig del "craving" és essencial pel tractament psicològic de les addiccions i per una bona adherència al tractament en general. Les diferents tècniques que estan dintre del marc conceptual de la TCC han demostrat ser abastament efectives en diferents tractaments per l'ansietat, per tant, i atesa la naturalesa ansiosa del "craving" es factible l'efectivitat d'estratègies en el seu maneig.

Discussió d'idees irracionals. És una tècnica derivada de la Teràpia Racional Emotiva (Ellis i Driden, 1987) on es tracta de discutir de manera activa i directa totes les creences irracionals que porten als pacients a pertorbar-se ells mateixos per la seva addicció. Es tracta de debatre les distorsions cognitives que un exemple d'alguns tipus poden ser:

DISTORSIONS COGNITIVES

1.
Extrapolar: "o tot o res" o "no dec sentir res de "craving" perquè sinó significa que sóc un perdedor".
2.
Endevinar el pensament dels altres: "Com vaig caure a les drogues tothom pensa que sóc

un inútil”
3.
Prediccions negatives: “Mai canviaré” o “Sempre em sentiré malament si no consumeixo alcohol”
4.
Negligència i desqualificació davant lo positiu: “Si em va felicitar, va ser per compromís”.
5.
Sentiment d’estafa i perfeccionisme: “Havia d’haver controlat el “ <i>craving</i> ”, donat que con que no ho vaig fer, ara he decebut a tothom i sóc un frau”

Per combatre les idees irracionals s’han de confrontar i discutir les mateixes amb qüestionament socràtic. Pe:

Pacient: “Em sento molt malament patint “craving” i de ben segur em moriré”.

Terapeuta: “Se’ns dubte es molest i poc desitjable sentir “craving” però en realitat, es morirà si no beu alcohol a la festa?, pateixes alguna malaltia estranya que si no veus alcohol et moriràs?”

Pacient: “No, ja veig que potser he exagerat i puc intentar no veure”.

D’aquesta forma amb l’assertivitat que mostra el terapeuta, el pacient pren consciència de la irracionalitat de les seves creences i l’aprenentatge erroni que té adquirit per veure les coses d’una forma inapropiada que li està provocant emocions que no pot controlar. Per tant ha d’adoptar nous pensaments adaptats a una realitat racional.

AVALUACIÓ I MESURA DEL “*CRAVING*”.

Per avaluar el “*craving*” de alcohol Iraurgi, I., et al. (2008) mostra en la seva revisió la dificultat per la mesura del “*craving*” ja que incideixen gran diversitat de aspectes situacionals, motivacionals, cognitius, emocionals, conductuals, de personalitat i biològics. Per tot això resulta complicat d’avaluar i mesurar per tractar-se d’un fenomen multidimensional complexa. Rankin, Hodgson i Stockwell (1979) citats a Iraurgi, I., et al. (2008) marquen un punt de sortida per la mesura del constructe. Els autors proposen com a mesura conceptual la velocitat d’ingesta d’alcohol atès que pot ser un correlat motor d’un estat central de desig que fa de guia per la cerca de l’alcohol. Els mateixos autors també tenien present les variables fisiològiques com la temperatura, pols, nivells d’alcohol en sang i tremolor, percepcions subjectives d’ansietat, l’ansietat, el desig de beure i dificultat per resistir-se a beure, puntuades en escala de cinc punts.

Per altre banda, els instruments multidimensionals prenen com a consideració que el fenomen “*craving*” s’entén millor com un continu i no com a mesura dicotòmica (molt desig – mig desig – poc desig). Els models multidimensionals avaluen 5 factors o dimensions: 1) El desig de consumir; 2) La intenció i planificació del consum, 3) La anticipació d’efectes tant físics com emocionals positius del consum; 4) L’anticipació d’una disminució del malestar físic i afectiu com conseqüència del consum (millora en l’estat d’abstinència per el consum); 5) L’anticipació de la dificultat d’evitar beure si hi ha droga disponible o dit d’un altre manera la pèrdua total pel consum. Dintre d’aquest context Guardia et al., (2004) presenta l’Escala Multidimensional de *Craving* d’Alcohol (EMCA) de 12 ítems de tipus auto-administrat de ràpida resposta dissenyat per avaluar la intensitat del “*craving*” d’alcohol i es compon de dos factors que han demostrat tindre una consistència interna elevada: el desig de beure i la desinhibició conductual o manca de resistència. La opció de resposta ordinal de 1 a 5 en l’ordre següent: 1 significa “molt en desacord”, 2 “en desacord”, 3 “ni d’acord ni en desacord”, 4 “bastant d’acord” i 5 “molt d’acord”. Es tracta d’un instrument molt útil com a predictor de que el pacient pot tornar a recaure. (Veure taula amb els ítems de l’escala EMCA a l’annex del treball).

TAULA D’INSTRUMENTS DE MESURA PEL CRAVING D’ALCOHOL

Substància	Instrument	Nombre Ítems	Administració	Localització en castellà
Alcohol	Y-BOCS-hd-Yale-Brown Obsessive Compulsive, Scale for heavy drinkers.	10	15’	Modell et al (1992)
	OCDS- Obsessive Compulsive Drinking Scale.	14	5-10’	Anton et al. (1995)
	CCOCB – Versió espanyola del OCDS	14	5-10’	Rubio i López (1999)
	ACQ – Alcohol Craving Questionnaire	47 (12)	15’(5’)	Singleton et al. (1995-6)
	AUQ – Alcohol Urge Questionnaire	8	3-5’	Bohn et al. (1999)
	PACS – La Penn Alcohol Craving Scale	5	2-3’	Flannery et al. (1999)
	EMCA – Escala Multidimensional de Craving d’Alcohol	12	5-10’	Guardia et al. (2004)

PROMOURE EL CANVI PER UNA ABSTINÈNCIA PRIMERENCA EN EL CONSUM D'ALCOHOL.

Hem de considerar un estudi de Farren, C., et al. (2013) per ser un treball que investiga el pronòstic de pacients duals amb TB i TCA on s'explica la importància d'una abstinència primerenca en el consum d'alcohol per un millor pronòstic en la malaltia mental. Aquest estudi mostra amb bons resultats com pacients amb diagnòstic dual amb dependència a l'alcohol i trastorn depressiu o trastorn bipolar pot ser tractat juntament amb intervenció intensiva i seguiment. L'inici prematur d'un diagnòstic dual pot suggerir una intervenció terapèutica més complicada i amb pitjor pronòstic amb malalts duals. L'abstinència primerenca pot ser una variable important que pot influir en els resultats al cap de dos anys com a factor pronòstic de millora en la patologia. Els primers esforços de recuperació realitzant abstinència d'alcohol son un benefici pel futur dels pacients. Això es un procés a considerar en la intervenció per l'addició a l'alcohol solament per tot el qual és essencial un compromís per l'abstinència primerenca com a factor predictiu de recuperació a llarg termini. Aquesta abstinència complerta pot tenir un bon pronòstic amb patologia dual afectiva com el TB. En línies generals aquest estudi suggereix que les intervencions psicoeducatives i per l'addició poden anar junts cap l'èxit. Els resultats d'aquest estudi mostren l'edat com una variable per un pitjor factor de pronòstic en patologia dual, així doncs presenten uns pitjors resultats en franja d'edat de 18-30 anys i millor pronòstic en pacients de mitjana edat.

Promoure el canvi en aquests pacients en quan a adoptar un estil de vida sense consumir alcohol, amb psicoeducació sobre els beneficis que aportà el no consumir per eutimitzar el seu estat d'ànim i no patir oscil·lacions en la bipolaritat amb la conseqüent millora de la seva qualitat de vida.

Flórez-Alarcón, L. (2005) presenta un estudi on s'avalua el procés de canvi de persones amb consum d'alcohol (estudiants de secundària i universitaris). Per la mesura van construir l'instrument complementant el Qüestionari d'Etapes per la Modificació de l'Abús. La prova es va administrar a 2473 subjectes participants en un programa de prevenció pel consum excessiu d'alcohol. Els resultats va mostrar que la prova té una bona validesa de construcció i un elevada confiabilitat encara que es susceptible de

milliores en futures aplicacions. L'instrument va permetre mesurar la progressió dels processos cognitius-afectius (experiencials) des de que els subjectes avançaven en etapes motivacionals com la precontemplació i contemplació anteriors a l'acció cap a l'acció. Els processos de canvi representen estratègies d'afrontament en aquest pacients amb consum d'alcohol o substàncies que prenen com forma d'actuar el maneig de diverses variables psicosocials com evitar espais, llocs i companyies que indueixin al consum i adoptar noves alternatives socials que promoguin la conducta saludable.

4. Objectius i/o hipòtesis

Des de el problema plantejat les preguntes que se'n poden derivar versen en el següent sentit:

Pregunta: És el “craving” un factor essencial en la conducta addictiva, que indueix al consum d'alcohol i consegüentment podria ser un factor que influeix en l'eficàcia de la TCC en pacients duals en que coexisteix el Trastorn Bipolar amb el Trastorn per consum d'alcohol?

Hipòtesi: La eficàcia (VD) de les tècniques (VI) de la TCC es podria veure afectada negativament per la interferència que provocaria el “craving” (VI) en pacients duals amb Trastorn Bipolar i Trastorn per Consum d'Alcohol.

Pregunta: És la TCC una intervenció efectiva per millorar la qualitat de vida en pacients amb Trastorn Bipolar sense commorbiditat amb Trastorn per Consum d'Alcohol?

Hipòtesi: Les diferents tècniques (VI) de la TCC seria una intervenció eficaç per millorar la qualitat de vida (VD) dels pacients amb Trastorn Bipolar.

5. Propòsit de la intervenció

El disseny d'intervenció ens pot permetre realitzar un estudi amb una mostra de dos grups de població diferents:

1. Un grup de pacients duals amb Trastorn Bipolar i Trastorn per Consum d'alcohol.

2. Un segon grup de pacients amb Trastorn Bipolar sense commorbiditat amb Trastorn per Consum d'Alcohol.

L'Objectiu es comparar l'efectivitat de la psicoteràpia amb TCC en tots dos grups i analitzar els efectes del “*craving*” sobre la psicoteràpia en un grup de pacients duals amb commorbiditat de Trastorn Bipolar i Trastorn per Consum d'Alcohol i amb un grup de població amb només Trastorn Bipolar. S'espera trobar que la TCC amb les seves diferents tècniques i variants actuals és una intervenció que pot ser molt efectiva en el tractament de la patologia dual. Però tanmateix, es vol demostrar que el consum d'alcohol es un factor que impedeix millorar la qualitat de vida en aquests pacients en que coexisteixen dues patologies. L'alcohol és una droga legal que té una de les taxes més elevades de consum i d'addicció, en concret la segona, darrera la cocaïna tant en pacients duals com no duals, com ja s'ha exposat en la taula derivada de l'estudi Madrid sobre prevalença i característiques dels pacients amb patologia dual d'Arias, F., et al. (2012). Dels diferents estudis i revisions analitzades s'ha pogut veure que la reducció de l'ansietat per consumir per mitjà de la TCC és un factor molt important per millorar la qualitat de vida d'aquests pacients, reduint recaigudes cap el viratge a la mania, eliminar conductes addictives i permetre que les teràpies paral·leles pel TB tinguin uns millors resultats.

6. Mètode

6.1 Disseny de la intervenció

La intervenció es portaria a terme a fi d'avaluar l'eficàcia de les estratègies de la TCC en dos grups de pacients durant un any per poder contrastar resultats entre els dos tipus de pacients. Un grup de pacients duals amb TB i TCA i un altre grup de pacients amb TB sense coexistència amb TCA.

Es portarien a terme exploracions clíniques i psicomètriques per diferenciar cada pacient dels dos grups que constarà la mostra. Un cop feta la distribució de la mostra, els dos grups de pacients seran intervinguts amb les tècniques de TCC que inclouen les tècniques del Model Transteòric de Canvi per el maneig del “*craving*”, és a dir, cada subjecte serà assignat a una condició experimental, a estratègies per intervenció pel TB

o bé a estratègies pel maneig del “*craving*” de forma aleatòria. Les variables a intervenir seran les tècniques per modificar els nivells de “*craving*” i les estratègies de la TCC per millora d’estat d’ànim, com a variables independents que s’espera, millori l’eficàcia de la TCC com a variable dependent segons la interacció del “*craving*” amb les estratègies.

6.1.1 Grup de pacients duals amb diagnòstic de TB i TCA.

El pla d’intervenció en aquest grup inclou una entrevista amb el pacient i amb familiars o persones properes al pacient, a més d’una explicació de tot el procés que portarà a terme durant la intervenció, tasques que haurà de realitzar a casa seva, complimentar autorregistres per avaluar en consultes. El pacient signarà un consentiment informat abans de la inclusió a l’estudi. Entrevista amb el pacient i familiars o persones properes a fi de recollir dades socio-demogràfiques, de situació actual, història del consum d’alcohol i de la situació actual en quan a l’estat d’ànim.

- Avaluar el nivell de “*craving*” amb “*EMCA (Escala Multidimensional de Craving d’Alcohol)*” com a predictor de recaiguda.
- Avaluar estat d’ànim amb BDI (Beck Depression Inventory).
- Avaluar la mania amb l’escala Young (YMRS, Young Mania Rating Scale) que consta de 11 ítems destinats a la mesura de la intensitat de la simptomatologia maníaca.
- Intervenir per promoure un canvi a fi de que adoptin un “insight” del problema afegit que els hi suposa per ells consumir alcohol atesa la malaltia mental que pateixen amb el conseqüent risc de recaigudes que els hi pot suposar.
- Intervenció per reduir el consum d’alcohol amb estratègies per maneig del “*craving*”:

Dessensibilització sistemàtica amb exposició inicialment en imatgeria i un cop s’han dessensibilitzat els ítems de la jerarquia es procedeix a l’exposició en viu de l’estímul real. Per realitzar l’exposició en viu s’haurà d’anar acompanyat i en cap cas sol per evitar una recaiguda. Així doncs per entrar a un restaurant o bar haurà d’anar acompanyat de familiar o alguna persona que estigui amb ell tindrà coneixement del seu problema.

Jerarquia

Ítem	Pensament o situació	Nivells USA (0-10)	
		Pre	Post
1	Estic veient una sèrie a la TV i veig com veuen whisky		
2	Abans de sortir de casa penso en el bar de la cantonada		
3	Veig el bar de la cantonada quan surto de casa		
4	Passo per davant del bar de la cantonada		
5	Comprant al supermercat veig de lluny la secció de begudes alcohòliques		
6	Em trobo un amic i em convida a fer la cervesa		
7	Vaig a sopar amb amics i tothom beu vi i cervesa		
8	Em demanen que vull beure per sopar		
9	Veure com serveixen el vi a les copes dels amics		
10	Sentir l'olor del vi que hi ha a les copes		

Un altre tècnica per ajudar al pacient és la **parada de pensament** discutint amb el pacient els pensaments relacionats amb el “*craving*” que són necessaris eliminar. Posteriorment se li demana al pacient que amb els ulls tancats comenci a verbalitzar una seqüència de pensaments negatius relacionats amb el “*craving*” com *pe: “em sento molt malament, em moriré si no prenc alcohol, etc.”* interrompint el terapeuta dient “*Prou*” fent veure al pacient com s’ha detingut els pensaments i fent-li repetir varis cops al pacient l’exercici a fi de que el pacient aprengui a aturar els pensaments per si sol cridant “*prou*”. També s’entrenarà al pacient en **distreure el pensament**. Per exemple, si no es possible evitar un dinar o sopar en un restaurant amb una taula que hi ha gent que beu alcohol aleshores se li pot indicar que distregui el pensament contant les taules, les estovalles que hi ha i de quin color són, les cadires, etc. Tanmateix evitar de per si entrar a bars o llocs que hi hagi begudes alcohòliques i substituir-ho anant a visitar un amic o familiar per parlar de temes que siguin d’interès comú.

Realitzar **entrenament en relaxació** amb el pacient perquè a casa seva pugui realitzar aquest entrenament ja que és una tècnica molt aconsellable per allunyar l’ansietat o la ira emocional que provoca el “*craving*”.

Ensenyar-li al pacient **autoinstruccions** a fi de que vagi interioritzant pensaments positius relacionats amb el no consumir alcohol com “no necessito alcohol per ser feliç” o “em sento bé, el “*craving*” marxarà”.

Una activitat molt important per reduir el “*craving*” en pacients amb consum d’alcohol és l’activitat física. El programa estaria focalitzat per avaluar els nivells d’ansietat i depressió en aquests pacients durant la intervenció, al començar la

intervenció i al finalitzar per poder contrastar els resultats. El programa d'activitat ideat per Palmer, Vacc i Epstein (1988) citat a Siñol, N. (2013) s'afegia al tractament per l'alcoholisme i es portarà a terme durant tres dies per setmana a una intensitat d'entre 60 – 80 % de freqüència cardíaca màxima. Cada sessió s'inicia amb 10 minuts d'escalfament, 20 – 30 minuts d'exercici aeròbic i 10 minuts baixant la intensitat. Quanta més intensitat aeròbica sigui la que es realitza en l'exercici, més reducció de nivells d'estat d'ànim depressiu s'obtidran en els resultats. Quants més dies d'exercici físic, més percentatge de dies d'abstinència pel consum d'alcohol per tant és una teràpia molt important pel manteniment de l'activació comportamental.

En fase de modificació de pensaments les tècniques de teràpia cognitiva com:

- Treballar creences i/o pensaments automàtics registrats pel pacient (autorregistres)
- Un cop millorat o remés del tot el consum d'alcohol, treballar amb el pacient el manteniment de la nova conducta amb psicoteràpia. Si hi ha una recaiguda amb simptomatologia depressiva haurem de treballar per reduir desesperança, control de l'afecte, determinar i modificar les distorsions cognitives i la protecció “inoculació o vacunació” contra futurs pensaments depressius.
- Avaluat resultats al cap de sis mesos. Prendre mesures a l'inici de la intervenció i contrastar al final de l'estudi.

6.1.2 Grup de pacients amb diagnòstic de TB.

El pla d'intervenció amb aquest grup de pacients inclourà una avaluació inicial amb entrevista amb la família i persones properes al pacient amb explicació al pacient del procés que es durà terme durant el tractament.

- Entrevista amb el pacient i familiars o persones properes a ell per valorar variables i poder realitzar un anàlisi funcional d'aquestes per poder focalitzar les línies de treball amb aquest pacient.
- Avaluat el nivell d'estat depressiu amb el Beck Depression Inventory.
- En possible fase maníaca monitoreig del pacient en ingrés a planta d'aguts i posteriorment en hospital de dia fins que remetin els símptomes amb teràpia psicofarmacològica.

- Intervenció sobre els símptomes depressius com ja s'ha explicat amb el grup de pacients duals.
- La intervenció per l'activació comportamental podrà realitzar-se amb la mateixa activitat física proposada pels pacients duals amb consum d'alcohol atès que l'esport és una teràpia molt recomanada per millorar l'estat d'ànim.

Amb aquest tipus d'intervenció es podrà demostrar com objectiu establert, que és reduir el “*craving*” i conseqüentment millorarà l'efectivitat de la TCC. Si el pacient no aconsegueix reduir el “*craving*” ja sigui perquè no hi ha adherència al tractament psicoterapèutic o perquè ha recaigut en el consum per altres variables emmascarades aleshores també veurem assolit un objectiu, com és que el “*craving*” serà la causa de les recaigudes provocant una baixa eficàcia de la TCC tot això contrastant els resultats amb el grup no dual.

6.2 Participants

El nombre de participants de la mostra serà d'una selecció de 40 subjectes; 20 duals amb TB i TCA i 20 amb TB sense commorbiditat amb altres trastorns. Per repartir els subjectes fem ús de l'assignació aleatòria com a tècnica de control i equilibrar els diferents grups de subjectes pel que fa a les diferències individuals i així es repartirà tota la mostra a les diferents condicions experimentals. El tipus de disseny és experimental factorial donat que tenim dues variables independents, les estratègies pel maneig de “*craving*” i les estratègies o tècniques de la TCC per la millora de l'estat d'ànim. En aquesta intervenció atès que tenim dues VI apareix la interacció d'ambdues, per tant l'efecte d'una VI (estratègies o tècniques) sobre la VD (efectivitat) depèn dels valors que pren l'altra VI (*craving*).

Es podria accedir a la mostra a través d'un Centre de Salut Mental de forma aleatòria en quan el sexe, estat civil, nivell educatiu i en quan a l'edat entre una franja de 18 a 55 anys. Primerament és farà una selecció dels 40 pacients que puguin optar a l'estudi amb entrevista semiestructurada SCID per determinar si aconsegueixen criteris pel diagnòstic dual per dependència de l'alcohol, mania, hipomania o depressió. S'informarà del programa o projecte als subjectes per què si accedeixen signin el document de consentiment informat on se'ls informarà de la confidencialitat de les dades obtingudes i de la finalitat científica del mateix.

6.3 Instruments

Per operativitzar les variables, en concret les tècniques i/o estratègies aplicades de la TCC seguirem el procediment teòric, així doncs:

S'aplicaran les estratègies de la TCC des de la teoria perquè siguin el més efectives possible tant en l'ansietat per consumir com en l'estat d'ànim del pacient. Per tant utilitzarem els següents instruments de mesura:

1. Avaluar el nivell de "craving" amb "EMCA (*Escala Multidimensional de Craving d'Alcohol*)".
2. Avaluar estat d'ànim depressiu amb BDI (Beck Depression Inventory).
3. Avaluar la mania amb l'escala Young (YMRS, Young Mania Rating Scale) que consta de 11 ítems destinats a la mesura de la intensitat de la simptomatologia maníaca.

Amb els instruments indicats podrem anar valorant els canvis de l'estat d'ànim així com el nivell de craving dels pacients duals durant les fases inicial, al sis mesos i al final de la intervenció i durant dos anys següents es farà un seguiment dels pacients.

6.4 Procediment

1. Se seleccionaria una mostra de $n=40$ pacients dels quals $n=20$ seran pacients duals amb diagnòstic de TB i TCA i un altre grup de $n=20$ pacients amb diagnòstic de TB amb una franja d'edat que seria de 18 a 55 anys. Es tracta d'un disseny factorial intersubjecte perquè assignarem cada subjecte a una condició experimental de les variables independents de forma aleatòria per equilibrar els grups pel que fa a les diferències individuals i exercir millor control de les variables estranyes, (Vives, J., Portell, M. i Boixadós, M., 2009). D'aquesta forma a cada grup experimental hi haurà subjectes amb característiques diferents entre ells. Un efecte essencial a avaluar serà la interacció entre variables independents.

Cada pacient serà informat del procés que es durà a terme en la intervenció, se li farà una entrevista clínica per descartar aquells pacients que presentin commorbiditat amb altres trastorns com agorafòbia, trastorns de personalitat, etc. Es realitzaran avaluacions amb els diferents instruments per mesurar estat d'ànim, ansietat i craving, així com de les tècniques que es portaran a terme en els pacients, depenen

de quin grup es tracti. Es descartaran pacients amb patologies coronàries o que presentin risc per obesitat i hipertensió.

2. Cada subjecte serà avaluat amb l'inventari BDI i l'escala Young Mania Rating Scale. El motiu de aquestes mesures es avaluar el nivell d'estat d'ànim que presenta el pacient en l'inici de la intervenció per detectar i descartar si algun pacient té un estat d'ànim excessivament elevat o en fase maníaca que aleshores no podria adherir-se a l'estudi atès que haurien de ser ingressats per la seva estabilització. Es tornarà a avaluar als pacients als sis mesos i final de la intervenció en tots dos grups per fer el contrast. En quan al els pacients del grup dual hauran d'omplir l'escala EMCA per mesurar el "*craving*" com a predictor d'una recaiguda o quan no s'aconsegueixi que un pacient redueixi el seu consum.
3. En la fase d'entrevista dels pacients duals hauran de presentar un "insight" en fase contemplativa del Model Transteòric de Canvi per abandonar el consum d'alcohol en el cas que hi hagi consum i en cas contrari comencin la intervenció en l'estat que presentin per adherir-se al tractament.
4. Tots els subjectes seran intervinguts amb teràpia farmacològica i psicoteràpia pels equips de psiquiatria i psicologia del centre. Aquesta intervenció només valorarà les dades obtingudes de psicoteràpia. Si algun pacient abandona la teràpia farmacològica se li explicarà els riscos que comporta per recaiguda en fase depressiva o maníaca i si persisteix la conducta serà exclòs de la intervenció.
5. Qualsevol subjecte de la mostra, tant si és dual com si es de la condició TB sense commorbiditat amb TCA, podrà rebre qualsevol de les estratègies en que hagin estan assignats aleatòriament. Per tant, hi haurà pacients duals que no rebran les estratègies més específiques per el maneig del "*craving*" factor que també permetrà estudiar més l'adherència d'aquests pacients, l'acció del desig a consumir i si estratègies de teràpia cognitiva en solitari son efectives sense l'exercici físic ni l'exposició. Amb els pacients amb TB passarà el mateix però en aquest subjectes atès que no hi ha consum d'alcohol molt probablement l'eficàcia resulti més elevada o s'esperaria que fos així.

7. Resultats

Al treballar amb instruments de mesura en que s'obté uns resultats numèrics la proposta d'anàlisi de dades seria quantitativa atès que aquest mètode esta enfocat principalment cap a objectes d'estudi psicològics centrats en els nivells psicobiològics

de la conducta així com en processos bàsics d'adaptació i desenvolupament de la persona, (Riba, C., 2009). En aquesta intervenció s'intentarà demostra una relació causal en base a uns resultats registrats durant l'obtenció de dades en tres fases de la intervenció (inici, als sis mesos i al finalitzar la intervenció). Es tractaria de mesurar els resultats del BDI i YMRS en aquestes tres fases i fer el contrast de dades dels dos grups independents tenint present els resultats obtinguts de l'administració de l'escala EMCA en cas d'interacció. Així doncs els dos grups independents de la mostra amb les variables independents i la dependent, podrà ser analitzat amb la prova estadística ANOVA (Coscolluela, A., Fornieles, A. i Turbany, J., 2014) ja que es una prova que s'utilitza especialment per mesurar l'eficàcia o l'efecte de diversos tractaments o nivells d'una variable independent sobre nivells d'una variable dependent que es correspon amb alguna mesura de conducta del subjecte. Aquesta prova es pot estendre a l'anàlisi dels efectes de més d'una variable independent (disseny factorial) i es requisit necessari que la variable dependent es pugui mesurar al menys amb una escala d'interval, que en la intervenció seria l'inventari de depressió BDI.

No seria adient utilitzar una tècnica d'anàlisi de dades per contrast de mitjana per dues mostres relacionades perquè no és l'objecte d'estudi que abordem en aquesta intervenció. No hi ha una relació entre els dos grups que volem contrastar donat que un grup es dual i l'altre no, el qual no ens permetria mesurar la intervenció de la variable "craving" en aquest disseny. Si que podríem mesurar els nivells d'estat d'ànim amb aquest disseny a l'inici i al final de la intervenció i fer el contrast però només del grup amb TB. La disposició bifactorial aporta no tan sols informació de cada efecte principal sinó de la interacció o efecte secundari. Així doncs amb la mateixa quantitat de subjectes que es necessita per experiments d'una sola variable independent es pot estudiar de manera simultània l'acció de dues o més variables manipulades.

Tanmateix no seria adient utilitzar un disseny de dos grups un experimental i un altre de control donat que el grup control no rebria cap tractament i en canvi en aquesta intervenció factorial tots els subjectes reben un tractament, uns més específic que els altres, factor que permetrà valorar aquesta diferència.

Hi ha una relació de la tècnica escollida amb les hipòtesi plantejades:

Hipòtesi: La eficàcia (VD) de les tècniques (VI) de la TCC es podria veure afectada negativament per la interferència que provocaria el craving (VI) en pacients duals amb Trastorn Bipolar i Trastorn per Consum d'Alcohol.

Hipòtesi: La Teràpia Cognitiu Conductual amb les seves diferents tècniques (VI) serien una intervenció eficaç per millorar la qualitat de vida (VD) dels pacients amb Trastorn Bipolar.

En les dues hipòtesis volem demostrar l'efectivitat de la TCC sense la interferència del “*craving*” com a variable que interacciona amb la variable eficàcia. Així doncs voldríem comprovar si hi ha interacció entre les estratègies pel maneig del “*craving*” (VI) i la variable tècniques de TCC (VI), quan l'efecte de les tècniques (VI) sobre l'efectivitat de TCC (VD) depèn dels valors que pren el “*craving*” (VI).

8. Conclusions

La confirmació de les hipòtesis plantejades ens demostraria que la TCC amb l'aplicació de les diferents estratègies representa un tractament molt eficaç per intervenir amb pacients amb TB en concret per la millora de l'estat d'ànim depressiu com ja s'ha demostrat amb diferents metanàlisi d'estudis realitzats que demostren l'eficàcia de la TCC ja que els pacients intervinguts van mostrar menys recaigudes que pacients que només eren tractats amb teràpia farmacològica. En aquest sentit Chavez-León et al. (2014) ens il·lustra amb dades concretes que pacients tractats amb TCC i psicofàrmacs van recaure un 28,3 % el primer semestre i els que només eren tractats amb psicofàrmacs les recaigudes eren del 50 % el primer semestre.

Si els resultats rebutgessin les hipòtesis plantejades ens trobaríem amb divergències molt significatives en referència a la revisió teòrica consultada. En primer lloc fent referència a la revisió ja esmentada de Chavez-León et al. (2014) en que ja exposa les avantatges de la TCC amb pacients amb TB. En el mateix sentit Gonzalez, I.D. (2009) manifesta amb la seva revisió que les estratègies de la TCC són molt efectives pel maneig del craving per tant molts estudis avalen aquestes hipòtesis que expliciten la importància d'exercir un maneig sobre l'ansietat per consumir atès que millorarà els resultats de les estratègies proposades en la intervenció.

L'aportació de confirmar-se les hipòtesis presentades és que s'ha de treballar en aquest sentit per millorar la qualitat de vida dels pacients amb TB amb commorbiditat amb TCA, és a dir, promoure un canvi de conducta del pacient a una filosofia de vida més sana, promovent l'exercici físic i realitzar activitats que li provoquin una

disminució en l'ansia per consumir alcohol. No podem obviar que la patologia dual representa una problemàtica que està present en un percentatge molt elevat dels diagnòstics en malalties mentals atesa l'elevada commorbiditat entre els trastorns mentals greus i amb el consum de tòxics. Per tant és molt important un diagnòstic primerenc per poder fer un abordatge psicoterapèutic i psicofarmacològic al pacient que permeti una millor adherència a la intervenció si s'aconsegueix reduir el "*craving*".

9. Discussió

Com a conclusions hem de tenir present diferents aspectes acadèmics que es poden veure en aquest treball. Quan parlem de demostrar l'efectivitat d'unes estratègies d'intervenció des de la TCC es necessari treballar sobre abundant documentació de la temàtica escollida, que tanmateix garanteix poder contrastar diferents estudis o revisions que il·lustraran i ens permetrà demostrar la seva efectivitat. Però hem de tenir present que l'efectivitat es pot veure afectada per diferents variables que en aquest treball mostrem i que hem acotat, ja que el camp de treball es immens i d'aquí que s'ha optat per delimitar en el procés d'escollir el tema.

Quines variables independents serien les escollides per mostrar la variabilitat de la variable dependent, ja que la patologia dual en sí es molt amplia en quan commorbiditat de trastorns mentals i trastorns per consum de substàncies? Per això la metodologia de treball va consistir en cercar estudis que demostrassin l'efectivitat de la TCC en pacients amb TB i cercar sobretot revisions o estudis sobre el "*craving*" d'alcohol i poder estudiar els seus efectes sobre els pacients amb commorbiditat amb un trastorn mental greu, sobretot si era una depressió major o TB.

Els principals objectius de la intervenció es demostrar aquesta efectivitat de les estratègies de la TCC amb un disseny d'estudi experimental de tipus factorial que és el que permet realitzar el contrast amb la tècnica ANOVA on ha de permetre mostrar la variabilitat que pot tenir l'efectivitat per la interacció que exerceix el craving sobre les estratègies de la TCC. Al haver-hi subjectes que no rebran el tractament específic pel maneig del "*craving*" es podrà permetre un estudi més exhaustiu de les tècniques de Teràpia Cognitiva que han rebut en la intervenció sense l'exposició i l'exercici físic en quan a l'adherència i efectivitat al tractament.

El disseny escollit és el més adequat donat que ens pot permetre aquestes valoracions de forma més fiable en quant a resultats. En quan a limitacions tenim que la mostra és molt reduïda $n=40$ però ens pot donar una idea amb els resultats que podríem traslladar en altres estudis amb mostres més grans si els resultats d'aquest fossin els esperats. Malgrat la dimensió menor de la mostra també té un avantatge en quan al maneig de dades ja que sempre hi haurà un menor nombre de dades a gestionar. Un altre limitació important es no poder dur-la a terme de forma real ja que es llavors quan pots fer una valoració més exhaustiva de les limitacions que van sorgint durant la intervenció i com s'han anat esmenant possibles problemes, i permetria confirmar les hipòtesis.

10. Bibliografia

- Arias, F., Szerman, N., Vega, P., Mesias, B., Basurte, I., Morant, C., ... Babin, F. (2013). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatria Y Salud Mental*, 6(2), 121–128. Doi:10.1016/j.rpsm.2012.09.002
- Berridge, K.C. i Robinson, T.E. (1993). Teoria de la sensibilització de l'incentiu. A: Redolar, D., Serra, J.M., Moreno, A. i Robles, N. (2010). *Sistemas Reguladores emocionales. Psicología Fisiológica*. 223, Material Docent FUOC. Barcelona.
- Casas, M., & Guardia, J. (2002). Patología psiquiátrica asociada al alcoholismo. *Monografía Alcohol. Adicciones*, 14(1), 195–219. Retrieved from http://www.antonioacasella.eu/archipsy/Casas_2002.pdf
- Chávez-León, E., Benitez-Camacho, E., & Ontiveros Uribe, M. P. (2014). La terapia cognitivo conductual en el tratamiento de la depresión del trastorno bipolar tipo I. (Spanish). *Cognitive Behavioral Therapy for the Acute Major Depressive Episodes in Bipolar I Disorder. (English)*, 37(2), 111–117. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=96319820&lang=es&site=ehost-live>
- Coscolluela, A., Fornieles, A. i Turbany, J. (2014). Contrast per a les mitjanes de més de dues mostres independents. A: Coscolluela, A., Fornieles, A. i Turbany, J. (2014). *Contrastos d'hipòtesis per una mostra independent o més. Tècniques d'anàlisi de dades quantitatives*. 29, Material docent FUOC, Barcelona.
- DSM-5 (2014). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Trastornos por consumo de sustancias*. (483). Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Farren, C. K., Snee, L., Daly, P., & McElroy, S. (2013). Prognostic factors of 2-year outcomes of patients with comorbid bipolar disorder or depression with alcohol

- dependence: Importance of early abstinence. *Alcohol and Alcoholism*, 48(1), 93–98. doi:10.1093/alcalc/ags112
- Feinman, J. A., & Dunner, D. L. (1996). The effect of alcohol and substance abuse on the course of bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 37(1996), 43–49.
- Flórez-Alarcón, L. (2005). Evaluación de los procesos de cambio propuestos por el modelo transteórico, en estudiantes de secundaria y universitarios consumidores de alcohol. *Acta Colombiana de Psicología*, (46), 47–78. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552005000100004
- González Salazar, I. (2009). Estrategias cognitivo-conductuales para el manejo del craving. *RET: Revista de Toxicomanías*, (57), 12–17. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=3627227>
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3627227&orden=291347&info=link>
- Jones, S., Barrowclough, C., Allott, R., Day, C., Earnshaw, P., & Wilson, I. (2011). Integrated Motivational Interviewing and Cognitive Behaviour Therapy for bipolar disorder with Comorbid Substance Use, 437(September), 426–437. doi:10.1002/cpp.783
- Iraurgi, Castillo, I., & Corcuera, Bilbao, N. (2008). Craving: concepto, medición y terapéutica. *Norte de Salud Mental*, 32, 9–22. Retrieved from <http://www.revistanorte.es/index.php/revista/article/view/555>
- Levin, F. R., & Hennessy, G. (2004). Bipolar disorder and substance abuse. *Biological Psychiatry*, 56, 738–748. Doi:10.1016/j.biopsych.2004.05.008
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Moreno, P. (2010). Técnicas de reestructuración cognitiva. En: Olivares, J. i Méndez, F.X., (2010). *Técnicas de Modificación de Conducta*. 11, 410-442. Editorial Bliiblioteca Nueva. Madrid
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Beléndez, M. (2010). Desensibilización sistemática. En: Olivares, J. i Méndez, F.X., (2010). *Técnicas de Modificación de Conducta*. 2, 80-107. Editorial Bliiblioteca Nueva. Madrid
- Méndez, F.X., Olivares, J. y Quiles, M.J., (2010). Técnicas de relajación y respiración. En: Olivares, J. i Méndez, F.X., (2010). *Técnicas de Modificación de Conducta*. pp 410-442. Editorial Bliiblioteca Nueva. Madrid
- Prochaska, J. i Diclemente C., (1982). Les fases de procés de canvi. A: Feixas, G. i Aguilera, A. (2009). La intervenció psicològica com a procés. *Tècniques d'intervenció i Tractament Psicològic I*, 17, Material docent FUOC, Barcelona.
- Riba, C. (2009). Diferències entre la metodologia qualitativa i la quantitativa i valors d'integració. A: Riba, C. (2009). Dues opcions per l'investigador en psicologia: metodologia qualitativa o quantitativa. *Introducció mètodes d'investigació en psicologia*, 40, Material docent FUOC, Barcelona.

- Serfaty, E. (2011). Patología dual . Comorbilidad trastorno psiquiátrico y consumo de sustancias psicoactivas. *Psicofarmacología*, *11*(71), 17–24.
- Siñol, N., Martínez-Sánchez, E., Guillamó, E., Josefa Campins, M., Larger, F., & Trujols, J. (2013). Efectividad del ejercicio físico como intervención coadyuvante en las adicciones: Una revisión. *Adicciones*, *25*, 71–85.
- Van der Voort, T. Y., van Meijel, B., Goossens, P. J., Renes, J., Beekman, A. T., & Kupka, R. W. (2011). Collaborative care for patients with bipolar disorder: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, *11*(1), 133. doi:10.1186/1471-244X-11-133
- Vives, J., Portell, M. i Boixadós, M. (2014). Mètodes i disseny d'investigació. A: Vives, J., Portell, M. i Boixadós, M. (2014). Mètodes d'Investigació Quantitativa. Episodi 0. *Mètodes d'Investigació Quantitativa*. pp 16-29, Material docent FUOC, Barcelona.

11. Annexos

Escala Multidimensional de *Craving* d'Alcohol (EMCA)

Durant l'última setmana...	Molt d'acord	Bastant d'acord	Ni d'acord ni en desacord	Bastant en desacord	Molt en desacord
1. He tingut ànsia de beure	5	4	3	2	1
2. Hagués fet qualsevol cosa per beure	5	4	3	2	1
3. He desitjat beure	5	4	3	2	1
4. He pogut controlar completament el meu desig per beure.	5	4	3	2	1
5. Prendre una copa hagués sigut ideal.	5	4	3	2	1
6. He estat pensant la forma d'anar a buscar una beguda.	5	4	3	2	1
7. Beure hagués sigut meravellós.	5	4	3	2	1
8. He tingut molt sovint la ment ocupada amb imatges relacionades amb la beguda.	5	4	3	2	1
9. Les de beure han sigut molt intenses.	5	4	3	2	1
10. M'hagués sentit millor si hagués pogut beure.	5	4	3	2	1
11. He experimentat una vegada o més un intens desig de beure.	5	4	3	2	1
12. Encara que hagués tingut l'oportunitat no hagués begut.	5	4	3	2	1

ALENDARI DE TREBALL

Etapes i Tasques/ tivitats de seguiment (PACs)	Febrer		Març				Abril				Maig			Observacions/ Comentaris estudiant
	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	
Acordar conjuntament amb el psultor quina temàtica bordará i la organització del cés de desenvolupament del G														
Elecció del tema														
1.1. Identificar un tema														Inicialment es va escollir tema de forma m general
1.2. Portar a terme una cerca cumental sobre el tema escollit														
1.3. Establir objectius i ntejar hipòtesis de treball														Es fa una distinció cl dels trastorns que tractaran en la intervenc
Planificació del treball														
2.1. Identificar els elements amentals del TFG														Es fa l'elecció definitiva la temàtica escollida i planificació del treball.
2.2. Organitzar elements amentals del treball														Debat a l'aula per perfil decidir el tema desenvolupar
2.3. Temporalitzar les diferents es del treball														
Desenvolupament del treball														
3.1. Seleccionar les fonts amentals per a la construcció l marc teòric de referència del G														Es fa el desenvolupam principal dels objecti explicació del proble exposició de la línia teòr amb literatura i cel d'estudis i revisions.
3.2. Integrar el coneixement r construir el marc teòric														
3.3. Recollir, analitzar i rpretar les dades obtingudes ¹														Elecció i definició disseny d'estudi propo en el treball
3.4. Expressar-se rectament amb domini del nguatge del camp científic en alà, castellà o en una tercera ngua														Correcció del treball català així com traducció l'anglès de l'apartat resu
Lliurament de la memòria														
4.1. Comunicar de forma recta la informació														