



## **RECAÍDA Y AUTOENGAÑO**

### **RELAPSE AND SELF DECEPTION**

Carlos Sirvent<sup>1</sup>, María Villa Moral<sup>2</sup>, Pilar Blanco<sup>3</sup>, Raquel Delgado<sup>4</sup>, Clara Fernández<sup>5</sup>.

- (1) Psiquiatra. Fundación Instituto Spiral Madrid
- (2) Profesora titular de Psicología Social. Universidad de Oviedo
- (3) Médica psicoterapeuta. Fundación Instituto Spiral Madrid
- (4) Psicopedagoga. Fundación Instituto Spiral Vañes
- (5) Psicóloga. Fundación Instituto Spiral Vañes

[csr@institutospiral.com](mailto:csr@institutospiral.com)

Recaída, Engaño, Autoengaño, Insight, Conciencia del problema, Motivación, Tratamiento.  
Relapse, Deceive, Self deception, Insight, Awareness, Motivation, Treatment.

#### **RESUMEN:**

El autoengaño patológico está presente en buen número de procesos, sobre todo aquellos que son susceptibles de recaer, en especial los que tienen un curso episódico como ciertos trastornos adaptativos y neuróticos en general, procesos somatopsíquicos, trastornos disociativos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos facticios, trastornos de la personalidad, adicciones, simulación, trastornos de estado de ánimo, incumplimiento terapéutico, duelo, problemas de identidad, etc. Aspectos limítrofes como la falta de conciencia del problema, de insight y de motivación abocan hacia el autoengaño, retroalimentándose mutuamente. Recaer o no en un proceso, depende de un diálogo interno mediatizado no solo por la psicopatología en cuestión (pulsiones, temores, etc.) sino por el autoengaño. Se alcanza el cénit o momento crítico cuando el sujeto -tras una pugna cognitiva en la que "lo que debo hacer" equivale a "lo que quiero hacer"- justifica el ya inminente comportamiento de recaída. Presentamos un doble estudio, uno cuantitativo y otro cualitativo. El primero consiste en un estudio retrospectivo donde se comparaba el nivel de autoengaño de sujetos que recayeron con otros que habían superado situaciones de riesgo, para lo cual se aplicó el inventario IAM- 40. La muestra la constituían 190 pacientes (82 mujeres y 102 varones) diagnosticados de adicción. El segundo estudio, cualitativo, consistió en cinco grupos de discusión (focus-groups) de 8 miembros cada uno, que debatieron sobre el proceso de recaída y su relación con el autoengaño en base a su propia experiencia. Los componentes de dichos grupos habían recibido la suficiente formación sobre el autoengaño, de manera que aportasen datos sin contaminar la exposición.

#### **ABSTRACT:**

Pathological self-deception is present in many processes, especially those which are susceptible to relapse, in particular those which have an episodic evolution, such as certain adaptive disorders or neurotic disorders in general, somatopsychic processes, dissociative disorders, eating disorders, factitious disorders, personality disorders, addiction, malingering, mood disorders, non-compliance with therapy, grieving, identity problems, etc. Border aspects as the lack of awareness, insight and

## RECAÍDA Y AUTOENGAÑO

motivation leads toward self-deception, feed on each other. Relapse or not into a process depends on an internal dialogue mediated not only by the psychopathology in question (pulsions, fears, etc.) but self-deception. It reached the zenith or critical moment when the subject after a cognitive conflict in which "what to do" means "I want to do" justifies the imminent relapse behavior. We present a qualitative study, consisting of a series of focus groups of addicted subjects into 5 groups of 8 members to debate on the relapse process and its relation to self-deception based on their own experience. The components of these groups had received sufficient training on deception, so adduce uncontaminated exposure data.

## INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales en su mayor parte mantienen alguna forma de autoengaño basal que nunca es homeostático ni transitorio, sino que provoca una transformación estructural que intercepta la toma de conciencia y por tanto la curación del sujeto. Por autoengaño patológico nos referimos a aquel que viene cualificado por la incapacidad para apercibirse de los efectos negativos del propio comportamiento. O que -aún apercibiéndose y siendo consciente del problema- no adopte o no quiera adoptar soluciones, o espera que éstas vengan desde fuera. Muchos sujetos viven instalados en el autoengaño sin que éste le suponga un inconveniente. Pero un paciente, es decir – una persona que sufre a consecuencia de su autoengaño- no puede permitirse el lujo de mantenerlo porque, o no sanará nunca, o recaerá sin siquiera darse cuenta.

¿Por qué se mantiene el autoengaño a pesar de los efectos perniciosos del mismo? Sencillamente, por necesidad, una necesidad sentida, percibida, como vital, abrumadora, imperativa e insoslayable. La suma necesidad nubla la mente y anula la voluntad. La persona autoengañada necesita creer lo que cree. En un principio sí podía ser consciente de su (propio) engaño, pero, a base de repetírselo, acaba creyéndolo. La necesidad alimenta el autoengaño y la repetición de dicho comportamiento lo perpetúa

El denominado autoengaño patológico o mórbido es nocivo porque bloquea la recepción de consejos beneficiosos impidiendo al sujeto la toma de conciencia del problema, arraigando en la memoria afectiva donde puede permanecer en estado latente durante meses y años, emergiendo ante un acontecimiento precipitante generalmente de tipo emocional. Para entenderlo citemos el caso de un alcohólico que cree falsamente estar curado hasta que un estímulo de cierta envergadura (una nochevieja, una celebración, un acontecimiento traumático, un duelo, un hecho luctuoso, etc.) o una estimulación suave o mantenida (un pensamiento de autosuficiencia, unas miradas de reojo al bar todos los días) van despertando el deseo latente, dormido, pero no extinguido. También es típico el caso del individuo que espontáneamente siente deseos de “probarse” o mantener un comportamiento pro-adictivo con falsos argumentos (ya estoy bien, por una vez no pasa nada, etc.). El autoengaño acompaña al deseo. Hay que saber disociarlos para que el uno no de falsa cobertura al otro.

En definitiva, el autoengaño patológico o mórbido es la suma de numerosos autoengaños (mayores y menores) que confieren al sujeto que lo padece una dinámica errónea o distorsionada de pensamiento denominada *estilo de autoengaño* que contamina el modo de pensar y actuar del sujeto. Los profesionales a veces se desesperan por la cantidad de equívocos respecto al problema (neurosis, obsesión, adicción, etc.) que mantienen los pacientes a pesar de las evidencias e incluso progresos. Y cuando todo parece que se va corrigiendo, reaparece un nuevo autoengaño que puede ser la emergencia de otro latente. O bien un juicio erróneo incorporado a la razón alimentado por ese estilo de autoengaño que filtra y sesga la realidad. A dicho respecto es primordial no solo corregir los autoengaños parciales sino ese *estilo de autoengaño* que perpetúa el problema. Puede hacerse evidente mediante maniobras cognitivas simples observando la lógica de pensamiento general y el particular referido a su problema psicopatológico y a las particulares circunstancias de cada paciente.

## AUTOENGAÑO, RECAÍDA Y FACTORES DETERMINANTES

El autoengaño patológico está presente en buen número de procesos, sobre todo aquellos que son susceptibles de recaer, en especial los que tienen un curso episódico como ciertos trastornos adaptativos y neuróticos en general, procesos somatopsíquicos, trastornos disociativos, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos facticios, trastornos de la personalidad, adicciones, simulación, trastornos de estado de ánimo, incumplimiento terapéutico, duelo, problemas de identidad, etc. En definitiva -y como se ha referido- es patrimonio del mundo de las neurosis aunque se presenta en cierto tipo de psicosis, sobre todo las de tipo paranoide (incluyendo esquizofrenias) dañando la parte conservada de conexión con el mundo real. En el ámbito de las adicciones, el autoengaño es uno de los más importantes factores de recaída. Datos de diferentes investigaciones de Marlatt (2005) (1) y Donovan (1996) (2) sobre factores y causas de recaída estiman que un 68 % de adictos que recibieron tratamiento recayeron bajo la influencia directa e indirecta del autoengaño. Y -lo que es más grave- se erigió en principal causa de recaída (un 51%) de drogodependientes que habían realizado programas de larga duración. Este hallazgo nos permite asegurar que el abordaje de este fenómeno es imprescindible para prevenir recaídas

Hunter-Reel, D. McCrady, B. Hildebrandt, 2009 (3) revisaron los factores sociales y los estudios de recaída con el alcohol dentro del modelo de recaída de Witkiewitz & Marlatt (4), quienes, revisando la literatura científica, encontraron que el número de miembros y la inversión del individuo en la red social, y la disponibilidad social de alcohol y las conductas específicas de los miembros de la red pueden predecir resultados de retorno a la bebida. Sin embargo, poco se sabe acerca de los mecanismos por los cuales estas variables sociales influyen en los resultados. Los autores postulan que dichas variables sociales influyen en los resultados al afectar a factores intraindividuales centrales para el modelo de prevención de recaídas, por ejemplo, la autoeficacia, expectativas de resultados, el ansia, la motivación, estados afectivos negativos). Sin embargo R. L. Stout, R. Longabaugh, y R. Amy (5) aseguran que tanto la estructura como el contenido de la taxonomía de Marlatt contienen varias limitaciones a la hora de predecir la probabilidad o el tipo de recaída después del tratamiento. Para aquellos sujetos que recibieron tratamiento basado en la abstinencia plena del alcoholismo resultaba eficaz la formación en habilidades de afrontamiento, lo que parecía conferir validez clínica a su modelo de recaída (Marlatt, G. Alan, 1996). (6)

Mullen, Kenneth Hammersley, Richard, 2006 (7) analizan las razones para interrumpir o continuar el uso de heroína en varones drogodependientes de mediana edad, examinando la contribución del tratamiento de drogas y los factores sociales en este proceso mediante entrevistas cualitativas semiestructuradas aplicada a hombres de Glasgow que habían recibido previamente tratamiento por problemas de drogas, encontrando que el éxito en el cese del consumo cese se produjo después de varios intentos y tratamientos repetidos, a menudo en el contexto de cambios importantes de su vida. La recaída se produjo cuando dejaron de fumar heroína sin preparación mental adecuada, volviendo a viejos refugios y circunstancias de vida, las dificultades cotidianas, el tedio de una vida sin heroína, y la incapacidad de hacer frente a las emociones normales previamente bloqueados por el consumo de heroína. Sus vidas podrían ser entendidas como un conjunto de tensiones entre la subcultura de la heroína y el barrio convencional. Adicionalmente, Zywiak, Connors W. H., Gerard J. 1996 (8) siguiendo la taxonomía de Marlatt, encontraron factores determinantes en la presión social, las emociones positivas y negativas, considerando el papel notable de emociones como la ira y la depresión

## INVESTIGACIÓN

Presentamos un estudio cualitativo consistente cinco grupos de discusión (focus-groups) de ocho miembros cada uno, que debatieron sobre el proceso de recaída y su relación con el autoengaño en base a su propia experiencia, para lo cual se utilizó un protocolo semiestructurado plenamente abierto al devenir del grupo. Los componentes de dichos grupos habían sufrido una o varias recaídas significativas y en cierta medida sorpresiva; esto es, transcurridos varios meses de abstinencia y un cierto esfuerzo activo por mantenerla; además habían recibido la suficiente formación sobre el autoengaño, de manera que aportasen datos sin contaminar la exposición.

## RESULTADOS

La recaída por autoengaño afecta más a sujetos que llevan tiempo en tratamiento. Los que recaen a corto plazo ni se molestan en autoengañarse: consumen porque quieren y se preocupan poco en buscar argumentos. (9) Mostramos algunas proposiciones relacionadas con el autoengaño (10- 13) que se repetían en los grupos de discusión:

- Confundir deseos con realidad ("Por una vez no pasa nada")
- Creencia errónea e inflexible a (falsa) conveniencia del paciente ("Yo se mejor que nadie lo que tengo que hacer")
- Sistema de referencia prejuicioso ("Ya se lo que me van a decir. Conozco de sobra los programas y no me van a aportar nada nuevo")
- No creerse adicto pese a las evidencias ("Yo no soy como esos pringados")
- Autosuficiencia (juzgarse mejor de lo que realmente está) Mejor que yo no me conoce nadie.
- Falso autoconocimiento. ("Mejor que yo no me conoce nadie")
- Autodepreciación (juzgarse incompetente)
- Autodestructividad ciega ("Mi peor enemigo soy yo mismo")
- Euforia o exaltación no realista del ánimo ("Celebremos una buena noticia")
- Anhedonia o abatimiento anímico (No disfruto con nada)
- Sentimientos negativos (ira, vacío emocional, inescapabilidad)
- Falsa convicción de irrecuperabilidad o determinismo ("La droga no se cura" "Lo que tenga que ser será")

La mayor parte de pacientes describieron sus recaídas en términos que podrían perfectamente adscribirse a los descritos por Marlatt y Witkiewitz por un lado y Newton, Thomas et als, 2009 (14) por otro como modelos preclínicos construidos para enfatizar aspectos únicos de la adicción como comportamiento, entre los que destacamos el refuerzo negativo ("evitación del dolor"), el refuerzo positivo ("búsqueda del placer"), la prominencia de Incentivos ("craving"), el aprendizaje de estímulo respuesta ("hábito"), y la disfunción del control inhibitorio ("impulsividad"). Lou, Mingwu Wang et als.(15); Holub, A.; Hodgins, (16)

A título de ejemplo exponemos cinco casos que pueden ilustrar lo anterior. Como rutina descriptiva incluyo el factor precipitante y el desencadenante o mantenedor de la recaída

### Caso 1: *Incomprendida*

Mujer, 45 años. Sustancia problema: alcohol

Factor precipitante: estado emocional negativo

Factor desencadenante: autoengaño por falsa seguridad en las propias capacidades

"Llevaba 2 años sin consumir. La muerte de mi padre me había sumido en un estado de desesperación. Anteriormente, hace varios años, ya había recaído a la muerte de mi madre. De nuevo me sentí sola y con un marido al lado que no sabía darme la comprensión y ayuda que necesitaba; por el contrario, era adusto y distante. Necesitaba más cariño y no dejarme tanto tiempo sola, abandonada en mi soledad. Cuando llevaba 3 ó 4 días de duelo entré en un bar a comprar tabaco y pedí una cerveza sin alcohol, a la que concedí bastante importancia porque era consciente del riesgo de que una bebida me llevara a la otra. Recuerdo que me dije a mi misma "total estoy sola...". Sin embargo estaba segura de mi fortaleza y de que no iba a recaer, pero apenas dos días después me vi luchando conmigo misma y mis ganas de salir de la enfermedad hasta que perdí los papeles y continué bebiendo en los bares toda la tarde y toda la noche. Por otra parte el alcohol no me gusta, no me gusta el sabor ni siquiera el efecto pero me evita pensar y me mete más en mi misma".

### Caso 2: *Maltratada*

Mujer 41 años. Sustancia problema: alcohol y cocaína

Factor precipitante: estado emocional bivalente: positivo y negativo a la vez.

## RECAÍDA Y AUTOENGAÑO

Factor desencadenante: doble autoengaño por minimización del riesgo ante el primer consumo y luego por creer que los de su entorno no se apercibirían y podría mantener el consumo sin recaer. Ingresada en una casa de acogida para mujeres maltratadas desde hacía 8 meses, manteniéndose abstinentes hasta que se celebró el juicio de separación con su maltratador al que le tenía pánico. La doble sensación de euforia por haber pasado el juicio unida al miedo por reencontrar a su expareja en el juzgado le llevó a celebrarlo tomando dos cervezas. Al día siguiente ya bebía por la mañana y por la tarde estaba ebria. Pasaba todo el día fuera llegando solo a acostarse al piso tutelado y salir temprano con cualquier excusa evitando a las educadoras hasta que su vida fue tan caótica que se derrumbó. "Después del juicio me vi sin mi casa, sin la gente de mi entorno y con una inmensa pena".

### Caso 3: *Hedonista*

Varón 25 años. Sustancia problema: cocaína

Factor precipitante: estado emocional negativo

Factor desencadenante: autoengaño basal, trivializar todo aquello que le estaba vetado (amistades marginales, deambular por entornos peligrosos, etc.) restándole importancia pese a los consejos del equipo

Estaba en tratamiento ambulatorio en otra institución. El equipo le advertía de los riesgos que corría si mantenía el mismo modus vivendi sin cortar con las dinámicas comportamentales que una y otra vez le llevaron al consumo. "Primero ingresé dos meses en una comunidad terapéutica y luego, en la etapa ambulatoria conseguí mantenerme dos meses sin consumir pero a mi bola, relacionándome con gente de consumo, bebiendo cerveza sin alcohol hasta que un día tuve una discusión y tomé cocaína. Luego empecé a consumir de sábado en sábado hasta que al tercer fin de semana de consumo me mandaron ingresar aquí. La semana que transcurrió antes del ingreso me puse a tope, drogándome sin control todos los días para aprovechar el tiempo al máximo"

### Caso 4: *Bipolar*

Mujer 36 años. Sustancia problema: cocaína

Factor precipitante: psicopatología basal. Fluctuaciones anímicas

Factor desencadenante: emergencia de autoengaño latente

Tengo bipolaridad. Consumía mucha cocaína y decidí parar. Entré en un programa de tratamiento ambulatorio y me mantuve 8 meses abstinentes aunque tenía in mente la droga. Me aparté del entorno del consumo y recuperé hábitos saludables. Pero mi enfermedad bipolar seguía, pasando de la tristeza a la alegría con picos pronunciados. Un día de euforia me encontré con un camello y consumí coca. Lo dije en el centro y me estabilizaron. Un mes después discutí fuerte con mi hermana. Marché a comprar gran cantidad de droga para suicidarme. Acabé en el Hospital. He tenido muchas recaídas siempre relacionadas con el estado de ánimo. Más veces el maníaco que el depresivo. Las peores recaídas han estado intermediadas por el alcohol, al que nunca renuncié porque nunca me pareció un problema

### Caso 5: *Enfermo del alma*

Varón 47 años. Sustancia problema: cocaína y heroína

Factor precipitante: doble: minimización del riesgo y error de atribución.

"A los 30 meses de un tratamiento largo salí con excesiva autosuficiencia convencido de que yo no era un adicto como los del centro. Empecé a beber y consumir drogas a excepción de heroína que consideraba intocable porque un primer consumo equivaldría a la destrucción. Empecé a sentirme frustrado porque la vida no me gustaba y un día no me bastó con la cocaína. Estaba enfermo del alma y llorando marché a fumar heroína por primera vez en mi vida. Luego vinieron varios síndromes de abstinencia y la autodestrucción total. Ahora me doy cuenta de que todas las drogas son adictivas".

### CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El autoengaño es un constructo no muy difícil de manejar terapéuticamente una vez que se comprende e interioriza. No equivale exactamente a falta de insight o conciencia del problema, ni tampoco se limita a una mera perspectiva epistemológica porque incluye aspectos (p.ej. el autoengaño latente) que añaden una nueva dimensión clínica y terapéutica. El estudio cualitativo de sujetos con larga trayectoria de recaídas después de varios meses de abstinencia nos condujo enseguida al concepto de autoengaño mórbido latente, aquel que arraiga en la memoria afectiva donde puede permanecer en estado larvario durante meses y años, que –recordemos- afloraba ante un acontecimiento precipitante de cierta relevancia emocional. Si a lo anterior le añadimos que la mera repetición del comportamiento erróneo perpetúa el autoengaño cobraremos conciencia de lo importante que es remover al sujeto y hacer que quiebre el círculo vicioso de la rutina vital, de su tendencia natural a evitar el cambio, a permanecer instalado en el engaño. Como decía Xavier Serrano García “vivimos instalados en la sensación de que vamos a ser siempre los mismos intentando por todos los medios frenar el proceso de cambio y evitar el conflicto, el movimiento y el sufrimiento. Se coloca así el individuo en una situación de búsqueda de estabilidad, de estatismo y ahí es donde aparece el sufrimiento crónico y la institución empieza a pervertirse, porque se crean mecanismos para evitar la asunción de la realidad, de que posiblemente el sistema ya no facilita la función originaria”.

Y puesto que el autoengaño es hijo de la necesidad, para intentar desmontarlo es imprescindible percatarse de la necesidad subyacente al mismo, sin esperar que el sujeto se dé cuenta de su embeleco. La mentira –como el olvido- forma parte de la memoria transformándose y haciendo difícil el retorno al origen. Indagar retrospectivamente en el autoengaño hasta llegar al engaño original es un recorrido difícil y penoso, repleto de dificultades defensivas, pero posible de tratar si se incorpora al currículo terapéutico. Cuanto más precozmente, mejor.

## RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

1. G. Alan Marlatt and Dennis M. Donovan, EDS: *Relapse Prevention, Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*, 2nd ed. Guilford Publications, Inc., New York, 2005, pp. 416, \$45  
DOI: [10.1037/0003-066X.41.7.765](https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.765)
2. Donovan D.M. (1996). Marlatt's classification of relapse precipitants: is the Emperor still wearing clothes? *Addiction Abingdon England*, 91 (Suppl, Issue: 12), 131-137  
DOI: [10.1037/0003-066X.41.7.765](https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.7.765)
3. Hunter-Reel, Dorian; McCrady, Barbara; Hildebrandt, Thomas: Haciendo hincapié en los factores interpersonales: una extensión del modelo de Marlatt y Witkiewitz recaída  
*Adicción*, vol.104,8, pp.1281-1290, 2009.  
DOI: [10.1111/j.1360-0443.2009.02611.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02611.x)
4. Witkiewitz & Marlatt, Hendershot et al.:  
Gráfica: Revised cognitive-behavioral model of relapse (Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy 2011 6:17, 2004  
DOI: [10.1186/1747-597X-6-17](https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17)
5. Robert L. Stout, Richard Longabaugh, Amy Rubin: Predictive validity of Marlatt's relapse taxonomy versus a more general relapse code  
Article first published online: 3 MAY 2002  
*Addiction*, vol. 91, Issue 12s1, pp 99-110, December 1996.  
DOI: [10.1046/j.1360-0443.91.12s1.20](https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.91.12s1.20).
6. Marlatt, G. Alan, Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model  
*Addiction*, vol.91, pp.37-39, 1996.  
DOI: [10.1046/j.1360-0443.91.12s1.15.x](https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.91.12s1.15.x)
7. Mullen, Kenneth Hammersley, Richard: El intento de cesación de la heroína uso entre los hombres que se acercaban a mediados de la vida  
*Drogas: Educación, Prevención y Políticas*, vol.13, pp.77-92, 2006  
DOI: [10.1080/09687630500343137](https://doi.org/10.1080/09687630500343137)
8. Zywiak, W.H., Connors, G.J., Maisto S.A, Westerberg, V.S.: Relapse research and the Reason for Drinking Questionnaire: A factor análisis of Marlatt 's taxonomy.  
*Addiction*, vol.91 (supl.), 121-130, 1996.  
DOI: [10.1046/j.1360-0443.91.12s1.2.x](https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.91.12s1.2.x)
9. Sirvent C., Moral M.V., Blanco P, Rivas C., Quintana L., & Campomanes G. (2011). Vivir en el engaño [Living on deception]. *Revista Psicología.com.*, 15. Revista internacional on-line. doi <http://www.fispiral.com/wp/wp-content/uploads/2012/01/5.pdf>
10. Sirvent, C. (2007). La sociopatía adquirida en drogodependencias [The acquired sociopathy in drug- addiction]. *Revista Española de Drogodependencias*, 3, 310-341.
11. Sirvent, C. (2008). Autoengaño y adicción. Clínica y psicoterapia [Self-deception and addiction. Clinic and psychotherapy] Book of the III Symposium Nacional sobre Adicción en la Mujer (pp. 70-104). Madrid: Madrid Salud. Doi <http://www.fispiral.com/wp/wp-content/uploads/articulos/46.pdf>



## RECAÍDA Y AUTOENGAÑO

12. Sirvent, C. (2010). ¿Por qué mienten los borrachos cuando están sobrios? [Why drunkards lie when sober?] (pp. 5-21). Congress "Lying and self-deception in today's society". Madrid. doi [http://www.fispiral.com/wp/wp-content/uploads/2012/01/La\\_mentira\\_y\\_el\\_autoenga%C3%B1o.pdf](http://www.fispiral.com/wp/wp-content/uploads/2012/01/La_mentira_y_el_autoenga%C3%B1o.pdf)
13. Sirvent C., & Blanco P. (2007). La mentira transformada [The transformed lie]. Artículo 8º Congreso Virtual de Psiquiatría 2007. doi <http://www.fispiral.com/wp/wp-content/uploads/2012/01/18.pdf>
14. Newton, Thomas F. De La Garza, II, Richard Kalechstein, Ari D.Tziortzis, Desey Jacobsen, Caitlin A.: Las teorías de la adicción: Explicaciones usuarios de metanfetamina "para continuar con el Uso de Drogas y la recaída. Revista Americana de Adicciones, vol.18,4, pp. 294-300, 2009.  
DOI: [10.1080/10550490902925920](https://doi.org/10.1080/10550490902925920)
15. Lou, Mingwu Wang, Erlei Shen, Yunxia Wang, Jiping: Cue-Elicited Craving in Heroin Addicts at Different Abstinent Time: An fMRI Pilot Study, Substance Use & Misuse, vol.47,6, pp. 631 – 639, 2012.
16. DOI: [10.3109/10826084.2011.646381](https://doi.org/10.3109/10826084.2011.646381)  
Holub, Alice; Hodgins, David C.; Peden, Nicole E.: Development of the temptations for gambling questionnaire: A measure of temptation in recently quit gamblers  
Addiction Research & Theory, vol.13-2, pp. 179 – 191, 2005.  
DOI: [10.1080/16066350412331314902](https://doi.org/10.1080/16066350412331314902)