



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

**Evitación experiencial y craving en
pacientes con trastorno por
uso de sustancias**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Marc Casanovas Saperas
Tipo de trabajo:	Proyecto de investigación
Línea de investigación:	Diagnóstico e intervención en adultos. Evaluación y psicodiagnóstico en psicología general sanitaria.
Formato de trabajo:	Individual
Modalidad de TFE:	Proyecto de investigación
Director/a:	Clara Martínez Cao
Fecha:	8 de junio de 2026

Resumen

Este estudio analiza la relación entre la evitación experiencial y el craving en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), explorando además el papel de la patología dual, la edad de inicio y la cronicidad. Se emplea un diseño observacional con una muestra clínica ($N = 20$) integrada en dispositivos de tratamiento, utilizando instrumentos estandarizados de autoinforme (AAQ-II y MaCS). Los resultados confirman la hipótesis principal, evidenciando una correlación positiva, fuerte y estadísticamente significativa entre la evitación experiencial y la intensidad del craving ($r = .520$, $p = .019$). Las hipótesis secundarias no alcanzan significación, con una limitación atribuible a la reducida potencia estadística del tamaño de la muestra. Los hallazgos resultan coherentes con los modelos de refuerzo negativo, que conceptualizan el craving como una forma de escape emocional.

Palabras clave: Evitación experiencial, Craving, Trastorno por uso de sustancias, flexibilidad psicológica, Terapia de aceptación y compromiso

Abstract

This study analyzes the relationship between experiential avoidance and craving in patients with Substance Use Disorder (SUD), additionally exploring the role of dual pathology, age of onset, and chronicity. An observational design is used with a clinical sample ($N = 20$) enrolled in treatment services, using standardized self-report instruments (AAQ-II and MaCS). The results confirm the main hypothesis, showing a positive, strong, and statistically significant correlation between experiential avoidance and craving intensity ($r = .520$, $p = .019$). The secondary hypotheses do not reach significance, a limitation attributable to the reduced statistical power of the sample size. The findings are consistent with negative reinforcement models, which conceptualize craving as a form of emotional escape.

Keywords: Experiential avoidance, craving, substance use disorder, psychological flexibility, acceptance and commitment therapy

Índice de contenidos

1	Marco teórico	6
1.1.	Definición y diagnóstico del trastorno por uso de sustancias (TUS)	6
1.2.	Prevalencia e impacto socioeconómico del TUS	7
1.3.	Limitaciones de los enfoques tradicionales	8
1.4.	El papel del refuerzo negativo y la evitación experiencial	8
1.5.	El craving: de la reacción automática a la respuesta flexible	9
1.6.	Comorbilidad psiquiátrica y patología dual	10
2	Pronóstico y factores de riesgo en el TUS.....	13
2.1.	La edad de inicio como factor de riesgo y predictor de pronóstico	13
2.2.	Historial de tratamientos e institucionalización	14
3	Evolución del abordaje psicoterapéutico en el TUS.....	16
3.1.	Modelos tradicionales de tratamiento: prevención de recaídas y terapia cognitivo-conductual estándar	16
3.2.	Terapias de tercera generación: La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en las adicciones.....	17
3.3.	El modelo hexaflex aplicado al ciclo adictivo.....	19
4	Justificación	21
4.1.	Limitaciones en la conceptualización y abordaje tradicional del craving.....	21
4.2.	Identificación del vacío empírico y variables moduladoras del trastorno	22
4.3.	Aplicabilidad clínica y viabilidad del estudio.....	23
5	Objetivos	24
5.1.	Objetivo principal.....	24
5.2.	Objetivos secundarios.....	24
6	Hipótesis.....	25

7	Marco metodológico	26
7.1.	Diseño	26
7.2.	Participantes	26
7.3.	Instrumentos	27
i.	Cuestionario Ad hoc de Variables Sociodemográficas y Clínicas	27
ii.	Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Ruiz et al., 2013).....	27
iii.	Escala de Mannheim para el craving (MaCS; Nakovics et al., 2009)	27
7.4.	Procedimiento.....	28
7.5.	Análisis de datos	29
8	Resultados	31
8.1.	Análisis descriptivo de la muestra	31
8.2.	Supuesto de normalidad y homocedasticidad	34
8.3.	Asociación de la evitación experiencial y el craving y las variables clínicas	36
8.3.1	Relación entre la evitación experiencial y el craving	36
8.3.2	Diferencias en evitación experiencial y craving en función de la patología dual	39
8.4.	Asociación entre la edad de inicio del consumo, la evitación experiencial y el craving	40
8.5.	Relación de la cronicidad clínica con los niveles actuales de evitación experiencial y craving.....	41
9	Discusión	42
9.1.	Contraste de la hipótesis principal: relación entre evitación experiencial y craving	42
9.2.	Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas	43
9.3.	Implicaciones clínicas	44
9.4.	Limitaciones	44
9.5.	Prospectiva.....	45
9.6.	Conclusiones	45

Referencias bibliográficas.....	47
Anexo A. Informe de valoración de trabajo de fin de máster	52

1 Marco teórico

1.1. Definición y diagnóstico del trastorno por uso de sustancias (TUS)

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5-TR American Psychiatric Association, 2022) se describe el TUS como la agrupación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia.

La estructura diagnóstica del TUS se organiza en torno a un patrón patológico de comportamientos que el DSM-5-TR agrupa en cuatro áreas críticas:

- Control deficitario (Criterios 1-4): Incluye el consumo de cantidades superiores a las previstas, el deseo persistente de abandonar el consumo sin éxito, la inversión excesiva de tiempo en actividades relacionadas con la sustancia y la presencia de un deseo intenso o urgencia por consumir (craving).
- Deterioro social (Criterios 5-7): Referente al incumplimiento de obligaciones fundamentales y la persistencia en el consumo a pesar de los problemas interpersonales o sociales derivados.
- Consumo de riesgo (Criterios 8-9): Caracterizado por el uso en situaciones físicamente peligrosas o a pesar de tener conciencia de problemas físicos o psicológicos exacerbados por la sustancia.
- Criterios farmacológicos (Criterios 10-11): Comprenden la tolerancia (necesidad de dosis mayores para el mismo efecto) y la abstinencia (síndrome derivado de la reducción de la concentración de la sustancia en sangre).

Un aspecto fundamental que destaca el DSM-5-TR es que el TUS conlleva cambios subyacentes en los circuitos cerebrales que persisten incluso tras la desintoxicación, especialmente en los casos graves. Estos cambios neurobiológicos explican por qué el individuo experimenta recaídas repetidas ante estímulos condicionados y por qué el deseo intenso de consumo (craving) se activa de manera automática en determinados ambientes.

La gravedad del trastorno se gradúa según el número de criterios cumplidos: leve (2-3 síntomas), moderado (4-5) o grave (6 o más).

No obstante, desde una perspectiva clínica profunda, los pacientes con TUS se ven atrapados por estados emocionales inusuales y urgencias compulsivas de consumo, mostrándose notablemente imperturbables ante el recuerdo de las consecuencias negativas de sus actos (Childress et al., 1999).

Si bien el DSM-5-TR ofrece la "fotografía" de los síntomas, la perspectiva funcional propuesta por autores como Sequeda et al. (2026) permite analizar para qué sirve ese patrón. Bajo este prisma, la psicopatología puede entenderse como un conjunto de métodos poco saludables de evitación experiencial, un fenómeno donde el individuo no está dispuesto a permanecer en contacto con experiencias privadas particulares (sensaciones corporales, pensamientos, emociones o recuerdos) y toma medidas para alterar su forma o frecuencia (Hayes et al., 1996). Así, los criterios diagnósticos se interpretan como manifestaciones de una rigidez conductual donde el consumo es la principal herramienta de regulación ante el malestar.

1.2. Prevalencia e impacto socioeconómico del TUS

De acuerdo con el Informe Mundial sobre las Drogas 2025 de la UNODC, el TUS afectó a 64 millones de personas a nivel global en 2023, lo que supone un aumento del 13% en la última década y representa que 1 de cada 5 de los 316 millones de consumidores mundiales presenta dependencia o uso problemático. Su prevalencia está liderada por el cannabis, responsable del 42% de los casos globales, mientras que los opioides causan dos tercios de las muertes directas. A nivel poblacional, los datos exponen vulnerabilidades específicas: en la juventud, el inicio temprano eleva el riesgo de daño cognitivo irreversible y psicosis. En las mujeres, pese a una proporción de consumo de 1:3 frente a los hombres, experimentan una progresión acelerada y una severa brecha asistencial, ya que solo 1 de cada 18 mujeres con TUS recibe tratamiento, frente a 1 de cada 7 hombres. El impacto multidimensional del TUS se cuantifica clínicamente en 28 millones de años de vida saludable perdidos en 2021 y una comorbilidad psiquiátrica que afecta a casi la mitad de los pacientes. A nivel social y económico, el TUS multiplica entre 4 y 10 veces la probabilidad de perpetrar violencia y genera costes que alcanzan los 500.000 millones de dólares anuales en Estados Unidos.

1.3. Limitaciones de los enfoques tradicionales

Tradicionalmente, los modelos de adicción enfatizaron mecanismos neurobiológicos como la desregulación dopaminérgica y la sensibilización de los circuitos de recompensa (Sequeda et al., 2026). Se ha propuesto que la transición hacia un deseo o craving patológicamente fuerte es lo que define el uso compulsivo (Koob y Le Moal, 2001). Sin embargo, la evidencia actual sugiere que el craving y la conducta adictiva se deben específicamente a la sensibilización de la saliencia de incentivo, mediada por sistemas de dopamina, lo cual transforma el "deseo" ordinario en un deseo obsesivo y compulsivo (Robinson y Berridge, 1993).

Es crucial distinguir que el deseo "wanting" es un proceso neurobiológico distinto del placer "liking" en el TUS, mientras el deseo por la sustancia aumenta, el placer derivado de ella a menudo disminuye, lo que explica por qué la motivación persiste incluso en ausencia de gratificación hedónica (Robinson y Berridge, 1993). Aunque estos marcos explican las bases neuroquímicas, a menudo descuidan factores contextuales que perpetúan la adicción. La evidencia subraya que la adicción es, además de un trastorno farmacológico, un trastorno psicológico de regulación emocional (Sequeda et al., 2026).

1.4. El papel del refuerzo negativo y la evitación experiencial

Revisiones sistemáticas recientes (Sequeda et al., 2026) y el meta-análisis de Barrado-Moreno et al. (2026) coinciden en señalar que la evitación experiencial (EE) y el refuerzo negativo no son procesos aislados, sino mecanismos críticos que se retroalimentan en el desarrollo y mantenimiento del trastorno por uso de sustancias. Específicamente, los hallazgos de Barrado-Moreno et al. (2026) aportan evidencia robusta al cuantificar una correlación significativa entre la inflexibilidad psicológica y la gravedad de la adicción, mientras que investigaciones centradas en la predicción de recaídas (Morrison, 2023; Shorey et al., 2017) subrayan que el alivio del malestar interno actúa como el principal motor del consumo persistente.

En este marco, la ACT se presenta como una terapia transdiagnóstica cuyo objetivo central es el incremento de la flexibilidad psicológica (FP) (Chin y Hayes, 2017). La FP es la capacidad de mantener un contacto consciente con el momento presente y de cambiar o persistir en una conducta dirigida a metas, dependiendo de lo que la situación permita. Por el contrario, la

inflexibilidad psicológica (IP), de la cual la EE es una dimensión fundamental, se manifiesta como un patrón rígido de comportamiento guiado por las experiencias internas o por el intento de evitarlas, en lugar de por objetivos vitales elegidos (Chin y Hayes, 2017).

En el ámbito de las adicciones, esta IP se traduce en una falta de voluntad para permanecer en contacto con eventos internos aversivos, como el craving o el malestar emocional, recurriendo al consumo como una estrategia de escape (Barrado-Moreno et al., 2026; Sequeda et al., 2026). Este patrón se consolida mediante el mecanismo del refuerzo negativo, donde la conducta de consumo se fortalece al permitir la eliminación o el alivio inmediato de un estímulo aversivo. A medida que el trastorno se cronifica, las motivaciones basadas en este alivio del malestar predominan sobre la búsqueda de placer, estimándose que hasta el 67% de las recaídas ocurren como una respuesta de escape ante sensaciones desagradables (Morrison, 2023).

La interrelación entre la EE y el refuerzo negativo genera lo que se conoce como la paradoja del control: los esfuerzos por suprimir o evitar pensamientos y deseos relacionados con la sustancia suelen provocar un incremento en su frecuencia e intensidad (Pérez-Romero y Vite-Sierra, 2020). La evidencia empírica respalda esta conexión. Los meta-análisis recientes muestran una correlación moderada y positiva ($r = .34$) entre la evitación y el abuso de sustancias, lo que confirma que niveles más altos de EE se asocian consistentemente con una mayor gravedad clínica (Barrado-Moreno et al., 2026).

Por lo tanto, el objetivo es reducir la evitación experiencial y aumentar la capacidad del individuo para actuar según sus valores a pesar de la presencia de eventos privados aversivos (Coffino et al., 2018).

1.5. El craving: de la reacción automática a la respuesta flexible

Para profundizar en la cronicidad del Trastorno por Uso de Sustancias (TUS), es imperativo trascender la visión del craving como un simple síntoma de abstinencia y analizarlo como un proceso neurocognitivo de automaticidad conductual. Desde la Teoría de la Sensibilización del Incentivo (Robinson y Berridge, 1993), el craving se conceptualiza como el resultado de una neuroadaptación en los sistemas dopaminérgicos que genera una saliencia de incentivo patológica. Según Robinson y Berridge (1993), este proceso implica que los estímulos

asociados a la sustancia adquieren una capacidad desproporcionada para capturar la atención y disparar el deseo, operando de forma preconsciente e independiente del placer derivado del consumo "liking". En este sentido, la urgencia de consumo no es una elección deliberada, sino una respuesta hiper-sensibilizada que se integra en lo que Tiffany (1990) describe como esquemas de acción automáticos. Estos esquemas funcionan como unidades de comportamiento complejas que el individuo ejecuta con un esfuerzo cognitivo mínimo, lo que explica por qué el deseo puede transformarse en consumo sin una deliberación consciente previa.

La evidencia proporcionada por Mallik et al. (2021) sugiere que la falta de conciencia plena sobre las experiencias internas en el momento en que ocurren facilita que el individuo actúe bajo respuestas condicionadas sin auto-conciencia. En este estado de baja conciencia interoceptiva, el sujeto no "observa" la aparición de la urgencia, sino que "es" la urgencia, reaccionando ante ella de forma rígida y predeterminada. Esta desconexión entre la sensación y la conciencia es lo que permite que el esquema automático de consumo se despliegue sin encontrar barreras regulatorias.

Sin embargo, la patología no reside únicamente en la automaticidad del impulso, sino en la trampa de la rigidez que surge cuando el individuo intenta gestionar dicho malestar. Al experimentar el craving como una condición aversiva e intolerable, el sujeto recurre frecuentemente a estrategias de supresión o control. Como señalan Pérez-Romero y Vite-Sierra (2020), este esfuerzo por eliminar o no sentir el deseo desencadena la "paradoja del control". El intento deliberado de suprimir un pensamiento o urgencia aumenta su accesibilidad cognitiva y su intensidad subjetiva. Este fenómeno paradójico refuerza el ciclo de la adicción, ya que el individuo, al fracasar en su intento de control mental, termina recurriendo a la sustancia como único método efectivo, aunque disfuncional a largo plazo, para aliviar el malestar, consolidando así un patrón de evitación experiencial.

1.6. Comorbilidad psiquiátrica y patología dual

El abordaje del Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) adquiere una notable complejidad cuando coexiste con otros diagnósticos psiquiátricos. Los individuos con esta patología dual suelen experimentar un curso clínico crónico y de mayor gravedad en ambas enfermedades,

lo que se traduce en peores resultados terapéuticos en comparación con aquellos que presentan un diagnóstico único (Stewart, 2022). Se observa un deterioro más acusado en el funcionamiento psicológico general y una mayor acumulación de problemáticas psiquiátricas subyacentes (Somohano et al., 2019). Esta comorbilidad eleva la probabilidad de recaída, acelera el tiempo hasta la misma y fomenta la falta de adherencia al tratamiento (Somohano et al., 2019; Stewart, 2022). Dado que los trastornos no tratados tienden a exacerbarse mutuamente (Stewart, 2022), y la propia angustia mental actúa como un obstáculo para la recuperación del TUS, resulta imperativo identificar tempranamente estos patrones al ingreso clínico para ajustar la planificación y mejorar las predicciones del pronóstico (Snaychuk et al., 2024).

Para desentrañar la relación entre la patología dual y la severidad de la adicción, es preciso analizar el papel del malestar emocional. La literatura científica indica de forma consistente que existe una correlación positiva entre el afecto negativo y el craving (Somohano et al., 2019). Específicamente, el malestar asociado a factores como el estrés y los trastornos de ansiedad comórbidos incrementan de forma notable la probabilidad de abuso de sustancias (Stewart, 2022). En poblaciones clínicas ingresadas, se ha constatado que la presencia de síntomas tanto ansiosos como depresivos está directamente vinculada a una mayor intensidad de los antojos o urgencia de consumo (Snaychuk et al., 2024). Esta dinámica es evidente en cuadros clínicos severos como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), donde los pacientes con altas puntuaciones en sintomatología traumática también reportan niveles superiores de depresión, ansiedad, estrés y craving; siendo precisamente la naturaleza aversiva y aparentemente incontrolable de este malestar lo que empuja al individuo hacia la sustancia (Somohano et al., 2019).

El mecanismo central que articula esta respuesta disfuncional es la evitación experiencial. Se conceptualiza como el proceso mediante el cual un individuo intenta controlar o modificar la forma, frecuencia o sensibilidad situacional de sus eventos privados (pensamientos, emociones, recuerdos), incluso cuando dicho esfuerzo genera un perjuicio conductual a largo plazo (Stewart, 2022). Esta inflexibilidad, que constituye la base misma de la ansiedad, transforma la adicción en una herramienta de supervivencia emocional (Stewart, 2022). Frente al sufrimiento psiquiátrico, el individuo recurre al consumo no por la búsqueda de vitalidad o por un comportamiento puramente impulsivo asociado a estados positivos, sino

como un mecanismo de escape (Stewart, 2022). Los datos empíricos respaldan esta vía: los síntomas de evitación propios del TEPT predicen de manera significativa el nivel de craving en usuarios de estimulantes, lo que sugiere que estas drogas se utilizan de forma instrumental para evitar el distrés asociado al trauma o para forzar la implicación en actividades que sirvan de distracción frente a las señales aversivas (Somohano et al., 2019).

En conclusión, el craving en el paciente dual trasciende el mero síndrome de abstinencia biológica; opera como una forma crónica de evitación experiencial frente al sufrimiento psicológico exacerbado. Entender y aislar los factores que vinculan los clústeres sintomáticos de las distintas patologías permite arrojar luz sobre los mecanismos que mantienen esta relación (Somohano et al., 2019). Por ende, el abordaje de la flexibilidad psicológica se vuelve indispensable, dado que su incremento actúa como una variable mediadora que logra reducir concomitantemente los síntomas de ansiedad y depresión (Stewart, 2022), erosionando así la base que sostiene el craving.

2 Pronóstico y factores de riesgo en el TUS

2.1. La edad de inicio como factor de riesgo y predictor de pronóstico

La edad de inicio en el consumo ha demostrado ser un predictor robusto de la severidad de la dependencia y se ha asociado estrechamente con un temperamento impulsivo y de búsqueda de sensaciones (Henderson y Galen, 2003). Los estudios de tipologías clínicas revelan que los grupos de mayor gravedad en el consumo de sustancias se caracterizan, de forma consistente, por una edad de inicio temprana y un mayor número de problemas relacionados con la sustancia (Henderson y Galen, 2003).

Dentro de estos individuos de inicio precoz y alta severidad, la Afectividad Negativa (NA) actúa como una variable de riesgo diferenciadora fundamental (Henderson y Galen, 2003). Específicamente, el subtipo clínico caracterizado por una alta afectividad negativa (denominado Tipo W) presenta un pronóstico adverso con tasas elevadas de patología internalizante y externalizante, problemas tempranos de conducta, mayor densidad familiar de abuso de sustancias y un mayor grado de depresión y ansiedad (Henderson y Galen, 2003). Este grupo también obtiene puntuaciones significativamente superiores en medidas de personalidad antisocial e hipocondría en comparación con otros grupos de severidad clínica (Henderson y Galen, 2003).

Esta elevada carga de afectividad negativa determina los motivos subyacentes al uso de sustancias. Los individuos con inicio temprano y alta afectividad negativa (alta NA y baja afectividad positiva o PA) puntúan significativamente más alto en el consumo por "motivos de afrontamiento" (coping motives) que los grupos de menor severidad, si bien la evidencia empírica no ha hallado diferencias significativas en cuanto a las expectativas de reducción de tensión (Henderson y Galen, 2003). Como señala la literatura, estos motivos de afrontamiento están más fuertemente asociados con un patrón de consumo problemático que los motivos de refuerzo o mejora (Henderson y Galen, 2003).

La relevancia pronóstica de este patrón de afrontamiento radica en su conexión causal con la inflexibilidad psicológica. La investigación establece que la evitación experiencial es el único

predictor significativo, por encima del resto de variables, del consumo motivado por el refuerzo negativo o motivos de afrontamiento (Chawla y Ostafin, 2007).

En conclusión, la edad de inicio temprana constituye un factor de riesgo que define un pronóstico de alta gravedad dominado por el distrés y el consumo por afrontamiento (Henderson y Galen, 2003), el cual está directamente impulsado por la evitación experiencial (Chawla y Ostafin, 2007). Por este motivo, el entrenamiento clínico en habilidades de afrontamiento adaptativas resulta una intervención prioritaria para estos grupos de inicio precoz y alta problemática (Henderson y Galen, 2003).

2.2. Historial de tratamientos e institucionalización

El historial clínico del paciente, y específicamente la acumulación de tratamientos previos, constituye un indicador fundamental para comprender la gravedad y la función de la conducta adictiva. La literatura científica diferencia los motivos de consumo en dos grandes dominios operantes: el uso orientado a mejorar o alcanzar un estado positivo (refuerzo positivo o PR) y el uso dirigido a afrontar, aliviar o escapar de un estado aversivo (refuerzo negativo o NR) (Dow y Kelly, 2013).

El análisis del historial de tratamientos revela que los pacientes no se distribuyen de manera homogénea entre estas categorías. Aquellos individuos cuyo consumo está motivado por el refuerzo negativo exhiben un perfil clínico significativamente más severo en el momento del ingreso (Dow y Kelly, 2013). En comparación con los pacientes orientados al refuerzo positivo, el grupo NR reporta mayor malestar psiquiátrico, mayor probabilidad de cumplir criterios diagnósticos para trastornos internalizantes del Eje I, un grado superior de problemas derivados del uso de sustancias y, de forma crítica, un historial de tratamientos mucho más extenso que incluye un mayor número de ingresos hospitalarios y sesiones de tratamiento individual (Dow y Kelly, 2013).

Esta acumulación de fracasos terapéuticos e ingresos previos se explica por la propia naturaleza cronificadora del refuerzo negativo. Desde un punto de vista neuroconductual, los reforzadores negativos mantienen la conducta de búsqueda y consumo de drogas no por el estado fisiológico que producen, sino por el estado de malestar que logran aliviar (Robinson y

Berridge, 1993). Mientras que el refuerzo positivo se vincula al consumo para "colocarse" o sentir placer, el refuerzo negativo opera cuando el individuo consume para olvidar sus problemas, aliviar estados afectivos negativos como la depresión y la ansiedad, o mitigar el síndrome de abstinencia (Dow y Kelly, 2013; Koob y Le Moal, 2001).

El núcleo clínico que sostiene este patrón de afrontamiento disfuncional es la inflexibilidad psicológica. La evidencia empírica demuestra que la evitación experiencial es el único predictor significativo, por encima de cualquier otra variable, del consumo motivado por razones de afrontamiento o refuerzo negativo (Chawla y Ostafin, 2007). Por lo tanto, un historial extenso de tratamientos previos actúa como un marcador clínico de un paciente atrapado en un ciclo crónico de evitación experiencial.

Lejos de ser un elemento limitante insalvable, identificar este patrón al ingreso tiene un profundo valor predictivo. El estatus motivacional del paciente (PR frente a NR) predice de forma única la respuesta y los resultados del tratamiento, independientemente de la motivación para la abstinencia, la autoeficacia o los tratamientos previos (Dow y Kelly, 2013). De hecho, los pacientes de refuerzo negativo, pese a su mayor gravedad, muestran una respuesta terapéutica significativa ante tratamientos basados en el entrenamiento de habilidades (CBT), mientras que los pacientes de PR no evidencian la misma mejoría (Dow y Kelly, 2013).

Dado que los motivos de afrontamiento son preeminentes en los grupos de inicio temprano y alta severidad, el entrenamiento en habilidades de regulación emocional se vuelve una intervención indispensable (Dow y Kelly, 2013; Henderson y Galen, 2003). En esta línea, los enfoques basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) han demostrado un soporte empírico superior al de las terapias clásicas de desensibilización, logrando mayores reducciones de la sintomatología clínica en aquellos pacientes que, paradójicamente, presentan niveles iniciales más altos de evitación experiencial (Hayes et al., 2006).

3 Evolución del abordaje psicoterapéutico en el TUS

3.1. Modelos tradicionales de tratamiento: prevención de recaídas y terapia cognitivo-conductual estándar

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y el modelo de Prevención de Recaídas, desarrollados originalmente por Marlatt y Gordon (1985), han constituido el enfoque psicoterapéutico de mayor relevancia histórica en el tratamiento de las adicciones. Este modelo se fundamenta en la interacción entre aspectos psicológicos y ambientales para explicar el consumo, desplazando el foco de los procesos fisiológicos hacia los determinantes emocionales y del entorno.

Dentro de este marco teórico, el concepto de “disparador” resulta fundamental. Se define como una situación de alto riesgo que ocurre inmediatamente antes de la recaída y que tiene la capacidad de inducir el consumo. Para identificar y evaluar estos eventos en la práctica clínica, el modelo propone una Taxonomía de Disparadores de Recaída (TDR) que clasifica las situaciones en dos categorías generales (García Quevedo et al., 2009):

- **Determinantes intrapersonales-ambientales:** Implican respuestas a eventos psicológicos o físicos internos, o reacciones a eventos ambientales sin la influencia directa de terceros. Incluyen estados emocionales negativos (ansiedad, frustración), estados físicos adversos (dolor, abstinencia), la prueba de control personal sobre la sustancia y la respuesta ante la propia urgencia de uso (craving).
- **Determinantes interpersonales:** Engloban aquellos episodios donde se observa una influencia significativa de otras personas. Esto abarca los conflictos interpersonales, la presión social directa o indirecta para consumir, y la exposición a experiencias sociales asociadas al uso.

El objetivo clínico de este modelo, tal y como recogen sus autores originales, consiste en evaluar la vulnerabilidad ante estas situaciones y dotar al individuo de estrategias de afrontamiento y control cognitivo (Marlatt y Gordon, 1985). De este modo, la intervención busca que el paciente sea capaz de suprimir el deseo, reestructurar los pensamientos de consumo y evitar o manejar activamente los precipitantes identificados en la evaluación (García Quevedo et al., 2009; Marlatt y Gordon, 1985).

A pesar de la solidez estructural de este enfoque clásico, la evidencia empírica contemporánea señala limitaciones críticas en su alcance a largo plazo. Evaluaciones sistemáticas recientes que aplican los Criterios Tolin de la Asociación Americana de Psicología (APA) ratifican a la TCC otorgándole una fuerte recomendación como tratamiento con apoyo empírico para el TUS (Boness et al., 2023). Sin embargo, el análisis detallado de los metaanálisis revela un techo terapéutico significativo.

Los datos indican que la TCC produce tamaños del efecto de pequeños a moderados sobre el uso de sustancias, una magnitud que se sostiene fundamentalmente cuando se compara con grupos de control inactivos o intervenciones mínimas (Boness et al., 2023). Más relevante para el curso clínico de la adicción es la evolución temporal de estos resultados. La literatura evidencia que la mayor eficacia de este modelo se concentra en el seguimiento temprano (entre el primer y el sexto mes postratamiento). Pasado este periodo, se registra una caída significativa de la eficacia en el seguimiento tardío (a partir de los ocho meses) (Boness et al., 2023).

Esta dificultad para sostener los resultados en el tiempo no es un fallo circunstancial, sino un fenómeno explicable desde la perspectiva del análisis funcional de la conducta. El modelo tradicional centra sus esfuerzos en que el individuo identifique los disparadores para evitarlos o suprimir activamente los pensamientos de consumo (craving). Sin embargo, la investigación en procesos cognitivos subyacentes demuestra que la supresión activa genera una "paradoja del control" o efecto de proceso irónico (Wegner, 1994). El esfuerzo continuado por bloquear o huir de los estados emocionales negativos requiere un gasto de recursos atencionales insostenible a largo plazo. Cuando el paciente se agota, el intento de control fracasa, actuando como un reforzador de la evitación experiencial y precipitando la recaída (Hayes et al., 1996). Por tanto, el propio mecanismo de control y evitación propuesto por la terapia clásica puede convertirse en el motor del mantenimiento del ciclo adictivo crónico.

3.2. Terapias de tercera generación: La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en las adicciones

Las Terapias de Tercera Generación plantean un abordaje alternativo para el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS). En este contexto, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se define como un modelo de intervención transdiagnóstico cuyo objetivo es incrementar la

flexibilidad psicológica (Wilson et al., 2012). Desde sus bases teóricas en el análisis de la conducta y la Teoría del Marco Relacional (RFT), la ACT conceptualiza la adicción como un patrón de comportamiento aprendido y arraigado (Wilson et al., 2012)

Bajo esta perspectiva, el consumo de sustancias opera funcionalmente como una estrategia de evitación experiencial (Wilson et al., 2012) El individuo utiliza la sustancia a corto plazo para eludir el contacto con experiencias privadas aversivas, tales como el craving, memorias traumáticas o estados emocionales negativos (Wilson et al., 2012). De acuerdo con el modelo, este mecanismo genera un ciclo crónico de "no aceptación" que desconecta al paciente de las actividades valiosas de su vida (Wilson et al., 2012).

Para modificar este patrón, la ACT propone abandonar el intento de suprimir los síntomas, diferenciándose así de la terapia cognitivo-conductual clásica (Wilson et al., 2012). La premisa teórica de la que parte es que el problema clínico no reside en la presencia del craving, sino en la rigidez con la que este evento interno organiza el comportamiento del sujeto (Wilson et al., 2012). En consecuencia, el foco de la intervención se dirige a conseguir una desvinculación funcional entre el impulso y la acción (Wilson et al., 2012).

El objetivo del tratamiento no es eliminar el deseo de consumir, sino alterar la relación del paciente con dicha experiencia (Wilson et al., 2012). La literatura sugiere que al promover la aceptación se debilita el vínculo funcional entre el impulso y el consumo real, facilitando la flexibilidad psicológica (Wilson et al., 2012). Esto permite que el individuo note el malestar sin verse obligado a reaccionar de forma automática, eligiendo emitir conductas dirigidas por sus valores en lugar de por la evitación del síntoma (Wilson et al., 2012).

La eficacia empírica de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en conductas adictivas ha sido evaluada recientemente frente a otros tratamientos activos (Krotter et al., 2024). Los resultados del metaanálisis muestran que la ACT incrementa la probabilidad de abstinencia al finalizar el tratamiento (Log RR = 0.264; IC 95%: 0.046, 0.482) y en el seguimiento a corto plazo (Log RR = 0.295; IC 95%: 0.108, 0.483) (Krotter et al., 2024). En la comparativa directa, la ACT registró una tasa de abstinencia del 26.93% frente al 16.05% de la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) al concluir la intervención ($p = .002$) (Krotter et al., 2024). La evaluación de la adherencia indicó que las tasas de finalización del tratamiento en la ACT son equivalentes a las de los modelos tradicionales (Log RR = 0.0038; IC 95%: -0.026, 0.034) (Krotter et al., 2024).

3.3. El modelo hexaflex aplicado al ciclo adictivo

El modelo de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) operacionaliza el incremento de la flexibilidad psicológica a través de seis procesos funcionales (Wilson et al., 2012). En el tratamiento de las adicciones, estos procesos actúan coordinadamente para alterar la función que los síntomas tienen sobre la conducta del individuo (Wilson et al., 2012).

- **Aceptación:** Se define como la disposición activa a permanecer en contacto con experiencias privadas, como las sensaciones corporales o las emociones, sin intentar alterar su forma o frecuencia de manera innecesaria (Wilson et al., 2012). En el ámbito de las adicciones, se utiliza para debilitar el vínculo funcional entre el impulso (craving) y la conducta de consumo (Wilson et al., 2012). El proceso implica la apertura a las experiencias aversivas o síntomas de abstinencia cuando esto sirve a un patrón de vida basado en valores (Wilson et al., 2012).
- **Defusión:** Consiste en producir una desvinculación funcional (delinking) entre el pensamiento y la acción, disminuyendo la rigidez con la que los eventos verbales organizan el comportamiento (Wilson et al., 2012). El objetivo es que el paciente aprenda a observar sus narrativas internas sobre la eficacia de la droga o sus dudas sobre el tratamiento como simples eventos mentales pasajeros (Wilson et al., 2012). Esto busca evitar que el individuo actúe automáticamente ante los pensamientos que preceden al consumo (Wilson et al., 2012).
- **Atención al momento presente:** Implica el desarrollo de una atención flexible, deliberada y no juiciosa sobre la situación actual (Wilson et al., 2012). Este proceso aborda directamente la rumiación sobre fracasos pasados o la preocupación por el futuro, que operan como predictores del comportamiento de consumo (Wilson et al., 2012). En la clínica, se entrena al paciente para distribuir su atención de forma fluida, evitando que se focalice exclusivamente en las sensaciones físicas del craving (Wilson et al., 2012).
- **Yo-como-contexto:** Se refiere a la toma de perspectiva para contactar con un sentido del yo que observa las experiencias en lugar de estar definido por ellas (Wilson et al., 2012). En pacientes con adicción, este proceso facilita la separación respecto a los impulsos físicos intensos (Wilson et al., 2012). Al adoptar la perspectiva del

observador, el individuo puede experimentar el flujo de pensamientos y deseos sin verse constreñido por roles rígidos como la etiqueta de "adicto" o por estados de vergüenza (Wilson et al., 2012).

- **Valores:** Se definen como direcciones de vida elegidas libremente que establecen reforzadores intrínsecos para el comportamiento (Wilson et al., 2012). A través de este proceso, el enfoque psicoterapéutico se desplaza de la mera sobriedad hacia la construcción de una vida significativa (Wilson et al., 2012). Al identificar cómo el consumo de sustancias aleja al sujeto de sus metas personales, familiares o laborales, el paciente encuentra la motivación para elegir acciones constructivas en presencia de malestar (Wilson et al., 2012).
- **Acción comprometida:** Consiste en el desarrollo de patrones de actividad persistentes que son consistentes con los valores elegidos, incluyendo el regreso a dichos patrones cuando ocurre una desviación (Wilson et al., 2012). En el contexto de las adicciones, cada momento se aborda como una elección discreta de consumo o no consumo (Wilson et al., 2012). Si ocurre una recaída, la acción comprometida implica el reenganche inmediato en actividades valoradas y la búsqueda de apoyo para reconstruir el patrón de conducta (Wilson et al., 2012).

4 Justificación

4.1. Limitaciones en la conceptualización y abordaje tradicional del craving

El abordaje clínico del Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) sigue representando un desafío significativo a nivel global. Según datos de la UNODC (2025), la prevalencia del consumo y su impacto en la salud pública mantienen una tendencia al alza. A pesar de la disponibilidad de tratamientos estandarizados, la cronicidad del trastorno es elevada, observándose que una amplia mayoría de los pacientes experimenta recaídas durante el primer año posterior al cese del consumo (Morrison, 2023). Estas dificultades para mantener la abstinencia a largo plazo sugieren la necesidad de revisar y complementar las conceptualizaciones tradicionales del craving.

Históricamente, los modelos biomédicos han priorizado el estudio de la desregulación dopaminérgica, conceptualizando la adicción predominantemente como un trastorno de búsqueda de recompensa. Sin embargo, la evidencia indica que este enfoque es insuficiente. Robinson y Berridge (1993) evidenciaron una clara disociación entre el wanting y el liking demostrando que la urgencia por consumir persiste e incluso se incrementa aunque el efecto placentero de la sustancia disminuya por la tolerancia. A esto se suma el modelo de alostasis propuesto por Koob y Le Moal (2001), el cual postula que el sistema de recompensa sufre una alteración crónica hacia un estado de "angustia en espiral" motivado por los sistemas de estrés cerebral. Esto explica empíricamente por qué el craving severo se mantiene de forma residual mucho después de que los signos del síndrome de abstinencia aguda hayan desaparecido.

Consecuentemente, asumir el craving únicamente como un deseo orientado a la gratificación limita el alcance terapéutico. La literatura señala que el mecanismo subyacente en una gran proporción de las recaídas es el refuerzo negativo, es decir, el consumo no busca la euforia, sino escapar de estados emocionales o cognitivos aversivos (Morrison, 2023). En esta dinámica, la evitación experiencial adquiere un papel central. El paciente utiliza la sustancia como una estrategia de afrontamiento desadaptativa para regular el malestar asociado al propio craving y a los estresores vitales.

Esta función evitativa plantea un reto para los abordajes clínicos centrados de manera exclusiva en la supresión directa de los pensamientos de consumo. La literatura sobre la "paradoja del control" (Pérez-Romero y Vite-Sierra, 2020) advierte que los esfuerzos

deliberados por eliminar, suprimir o evitar eventos privados aversivos suelen generar un efecto rebote. Intentar no experimentar el craving puede incrementar su frecuencia, intensidad y accesibilidad cognitiva, elevando la probabilidad de recaída frente a señales ambientales. Por ello, resulta científicamente pertinente desplazar el foco de evaluación. Más allá de medir la intensidad del deseo, es necesario analizar cómo interactúa este síntoma con la inflexibilidad psicológica del paciente para comprender los mecanismos de mantenimiento del trastorno.

4.2. Identificación del vacío empírico y variables moduladoras del trastorno

La evidencia actual señala que la evitación experiencial es un proceso central en el mantenimiento del Trastorno por Uso de Sustancias. Trabajos recientes (Barrado-Moreno et al., 2026) y otros estudios (Chawla y Ostafin, 2007) coinciden en que la EE es un predictor robusto del consumo motivado por el reforzamiento negativo, operando como una estrategia de escape ante experiencias internas aversivas. Sin embargo, existe un vacío empírico respecto a cómo interactúa este mecanismo cuando el paciente presenta variables de agravamiento en contextos clínicos. Gran parte de la literatura evalúa la inflexibilidad psicológica de forma estática en muestras generales, sin desglosar su comportamiento frente a marcadores de severidad y cronicidad.

En primer lugar, es necesario explorar el impacto de la comorbilidad psiquiátrica en esta dinámica. Los pacientes con patología dual presentan cursos clínicos más severos y peores resultados terapéuticos (Stewart, 2022). Dado que el malestar psiquiátrico parece orientar el craving hacia el alivio de síntomas específicos (Somohano et al., 2019), resulta pertinente aportar datos comparativos que clarifiquen si la fuerza de la asociación entre EE y urgencia de consumo difiere significativamente respecto a los perfiles con un único diagnóstico.

En segundo lugar, se requiere más evidencia sobre cómo la trayectoria temporal del trastorno condiciona la rigidez psicológica. Henderson y Galen (2003) asociaron el inicio temprano en el consumo con una mayor afectividad negativa y un uso centrado en el afrontamiento. Evaluar empíricamente esta variable permitirá observar si la precocidad del inicio se vincula a largo plazo con un patrón de EE más consolidado en la etapa adulta.

Por último, la cronicidad terapéutica constituye una variable clave para entender la persistencia del trastorno. La literatura sugiere que los pacientes guiados por el reforzamiento

negativo tienden a acumular historiales de tratamiento más extensos y mayor distrés (Dow y Kelly, 2013). Incorporar la medición de tratamientos previos resulta fundamental para analizar si la recurrencia de ingresos actúa correlacionalmente como un marcador clínico de un patrón crónico de evitación.

4.3. Aplicabilidad clínica y viabilidad del estudio

El propósito de este trabajo es explorar la interacción entre la evitación experiencial, el craving y diversas variables clínicas, con el fin de aportar información que resulte de utilidad práctica en el ámbito de la psicología sanitaria. Al identificar cómo factores como la patología dual, la cronicidad o la edad de inicio modulan el mantenimiento del consumo, se busca ofrecer una comprensión más ajustada de los factores que influyen en el pronóstico de los pacientes.

En el área de la evaluación, conocer estas interacciones proporciona a los profesionales una visión más integral. La intención del estudio es sumar indicadores a la evaluación tradicional, observando la flexibilidad psicológica del individuo como un elemento complementario que ayude a perfilar el riesgo clínico y las necesidades del paciente desde las fases iniciales de contacto.

Respecto a la intervención, los resultados pretenden ofrecer orientación sobre qué vías terapéuticas pueden ser más beneficiosas para los distintos subtipos clínicos. Si los datos apuntan a que en ciertos perfiles el craving se sostiene predominantemente por mecanismos de escape, esta información apoyaría la conveniencia de integrar o priorizar enfoques basados en la tolerancia al malestar y la aceptación. El objetivo es sumar evidencia que facilite a los clínicos la adaptación de los tratamientos, contribuyendo a enfocar los recursos hacia las intervenciones que ofrezcan un mejor pronóstico para cada caso.

En cuanto a la viabilidad, el diseño propuesto se ajusta a las dimensiones y recursos viables para este nivel de investigación. Se emplean instrumentos psicométricos estandarizados y de breve aplicación. Esta decisión metodológica asegura una recolección de datos eficiente, evitando sobrecargar a los pacientes y garantizando que el estudio pueda desarrollarse sin interferir en sus rutinas terapéuticas habituales.

5 Objetivos

5.1. Objetivo principal

Determinar la naturaleza de la relación y la asociación existente entre la evitación experiencial y la intensidad del craving en pacientes con Trastorno por Uso de Sustancias en un actual tratamiento terapéutico.

5.2. Objetivos secundarios

OE1: Analizar la asociación entre la evitación experiencial y la intensidad del craving en la muestra, identificando posibles diferencias en función de la presencia de patología dual.

OE2: Explorar si la edad de inicio del consumo problemático se relaciona con evitación experiencial actual y la severidad del craving.

OE3: Describir la posible relación entre variables de cronicidad, como los años de evolución de la adicción y el número de tratamientos previos, con los niveles actuales de evitación experiencial y craving.

6 Hipótesis

H1: Se espera hallar una correlación positiva y estadísticamente significativa entre los niveles de evitación experiencial y la intensidad del craving en la muestra global. También se hipotetiza que el subgrupo de pacientes con diagnóstico de patología dual presentará puntuaciones significativamente superiores en ambas dimensiones clínicas en comparación con aquellos sin comorbilidad psiquiátrica.

H2: Se hipotetiza la existencia de una relación estadísticamente significativa (inversamente proporcional) entre la edad de inicio y las variables centrales del estudio. De tal modo que un inicio más precoz del consumo problemático se asociará con una mayor inflexibilidad psicológica y una mayor severidad del craving durante el tratamiento actual.

H3: Se postula que las variables indicativas de cronicidad se asociarán con el estado clínico actual. Específicamente, un mayor número de años de evolución de la adicción y una mayor acumulación de tratamientos de deshabituación previos se asociará con niveles más elevados de evitación experiencial e intensidad del craving.

7 Marco metodológico

7.1. Diseño

El presente trabajo constituye un estudio empírico basado en una metodología cuantitativa. Específicamente, se empleó un diseño observacional, no experimental y de corte transversal, dado que la recogida de datos se llevó a cabo en un único momento temporal sin manipulación deliberada de las variables de estudio. Atendiendo a los objetivos de la investigación, el alcance es de tipo descriptivo y correlacional, con el propósito fundamental de caracterizar clínicamente a la muestra y analizar la dirección y magnitud de las asociaciones entre la evitación experiencial, el craving y las diferentes variables de cronicidad asociadas al Trastorno por Uso de Sustancias.

7.2. Participantes

La selección de la muestra se llevó a cabo mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, contando con los usuarios que se encontraban accesibles y en tratamiento activo en el momento del estudio. La muestra final válida estuvo compuesta por 20 pacientes diagnosticados con Trastorno por Uso de Sustancias (TUS).

Para la configuración de la muestra se establecieron unos criterios de selección. Como criterios de inclusión se requirió:

- Ser mayor de edad.
- Presentar un diagnóstico principal de TUS según los criterios vigentes y encontrarse en tratamiento activo.
- Poseer las capacidades cognitivas preservadas para comprender la naturaleza de la evaluación.
- Haber otorgado su consentimiento informado de forma expresa y voluntaria.

Por su parte, se aplicaron los siguientes criterios de exclusión:

- Presentar un estado de intoxicación aguda o síndrome de abstinencia severo en el momento de la evaluación que interfiriera con la cumplimentación atenta de las pruebas.
- Presencia de deterioro cognitivo grave o cuadro psicótico agudo.

- Existencia de barreras idiomáticas que impidieran la correcta comprensión de los ítems de los instrumentos autoadministrados.

7.3. Instrumentos

Para la obtención de los datos se administró una batería de evaluación estandarizada compuesta por los siguientes instrumentos:

i. Cuestionario Ad hoc de Variables Sociodemográficas y Clínicas

Se diseñó un registro específico para recabar las variables sociodemográficas de control (edad, estado civil, nivel educativo y situación laboral). Adicionalmente, se incluyó un apartado clínico orientado a recoger las variables determinantes para el estudio: sustancia principal de consumo, diagnóstico de patología dual (comorbilidad psiquiátrica), edad de inicio en el consumo problemático, años de evolución de la adicción y número de tratamientos de deshabituación previos. Así como régimen de medicación psicofarmacológica actual.

ii. Cuestionario de Aceptación y Acción II (AAQ-II; Ruiz et al., 2013)

Este instrumento evalúa el nivel de evitación experiencial y la inflexibilidad psicológica. Está compuesto por 7 ítems que se responden mediante una escala tipo Likert de 7 puntos, anclada desde 1 "Nunca es verdad" hasta 7 "Siempre es verdad". La escala presenta una estructura unifactorial que no incluye ítems de puntuación invertida. La suma de las respuestas proporciona una puntuación total (puntuación mínima 7, puntuación máxima 49), donde los valores más altos reflejan mayores niveles de evitación experiencial y rigidez ante eventos privados aversivos. En lo que respecta a sus garantías metodológicas, la validación española evidenció una buena consistencia interna con un coeficiente Alfa de Cronbach global de .88, con rangos que oscilaron entre .75 y .93 en las distintas submuestras evaluadas. Además de su fiabilidad, el instrumento demostró validez discriminante al diferenciar de forma estadísticamente significativa las puntuaciones entre muestras clínicas y no clínicas, así como una fuerte correlación con otras medidas de psicopatología general.

iii. Escala de Mannheim para el craving (MaCS; Nakovics et al., 2009)

Para medir la urgencia de consumo se administró este instrumento específico. El MaCS evalúa multidimensionalmente la intensidad del deseo de consumo a través de 12 ítems principales, los cuales se agrupan en dos subescalas:

- Aspectos cognitivos compulsivos, que evalúan la frecuencia de los pensamientos intrusivos sobre la sustancia, el grado de preocupación que generan y la cantidad de esfuerzo mental o atención diaria que requieren para ser manejados.
- Aspectos conductuales y motivacionales, centrados en medir la urgencia ineludible por consumir, la pérdida de control o incapacidad para detenerse una vez iniciado el consumo, y cómo esta necesidad interfiere en el funcionamiento psicosocial del individuo.

Las preguntas se responden mediante una escala tipo Likert de 5 opciones (codificadas de 0 a 4). El cálculo de su puntuación total refleja el nivel de severidad del craving experimentado por el paciente, donde valores superiores señalan una mayor urgencia e incapacidad para escapar del deseo de sustancia. Al sumar los 12 ítems, se obtiene una puntuación total que oscila entre 0 y 48 puntos. La interpretación de este resultado se estructura en tres niveles: de 0 a 2 puntos se considera un craving nulo o residual, de 3 a 13 puntos indica un craving de riesgo (vulnerabilidad moderada que requiere atención), y una puntuación superior a 13 determina un craving patológico. En su estudio de validación original, este instrumento demostró una excelente consistencia interna, con un coeficiente Alfa de Cronbach oscilante entre .87 y .93.

7.4. Procedimiento

El proceso de reclutamiento y la recogida de datos empíricos se llevaron a cabo presencialmente en las instalaciones del Centre Català de Solidaritat (CECAS). Previo al inicio de esta fase, se obtuvo la autorización formal del propio centro, así como el aval de la Comisión de Investigación de TFM de la Universidad Internacional de La Rioja. Dicha comisión emitió un dictamen favorable al concluir que el proyecto cumplía estrictamente con las normativas éticas y los criterios deontológicos vigentes. Una vez aprobados estos trámites, la recolección de información se articuló mediante la convocatoria de una sesión grupal con los pacientes. Al inicio de dicha sesión, el investigador principal realizó una breve introducción informativa en la que se expusieron los objetivos, la naturaleza y la finalidad del estudio.

A continuación, se facilitó a cada participante un paquete documental impreso estructurado en dos partes: el documento de consentimiento informado y un cuadernillo de evaluación unificado que integraba el registro sociodemográfico y los cuestionarios clínicos (AAQ-II y

MaCS). La cumplimentación de los instrumentos se realizó de forma presencial en una sala habilitada específicamente para la recogida de datos. El tiempo aproximado de respuesta osciló entre los 5 y 10 minutos. Durante todo el proceso, el investigador permaneció en la sala con el objetivo de resolver de forma individualizada cualquier duda de comprensión sobre los ítems o el formato de respuesta, minimizando así la pérdida de datos o los sesgos de interpretación.

Desde el punto de vista ético y legal, la investigación se desarrolló en estricto cumplimiento de los principios fundamentales de la Declaración de Helsinki para la investigación médica en seres humanos. La participación fue estrictamente voluntaria y condicionada a la lectura, comprensión y firma previa del consentimiento informado. Para garantizar la privacidad, la confidencialidad y el total anonimato en el tratamiento de los datos, no se recabó ninguna información de carácter identificativo directo; en su lugar, se empleó un sistema de pseudoanonimización mediante la asignación de códigos alfanuméricos únicos a cada protocolo de evaluación.

7.5. Análisis de datos

El procesamiento y análisis estadístico de los datos empíricos se llevó a cabo utilizando el software estadístico Jamovi en su versión 2.6.

En una primera fase, se calcularon los estadísticos descriptivos básicos para caracterizar el perfil sociodemográfico y clínico de la muestra. Para las variables de naturaleza continua se extrajeron las medias y desviaciones estándar (DE), mientras que para las variables categóricas se calcularon las frecuencias absolutas y los porcentajes correspondientes.

De forma preliminar al contraste de hipótesis se evaluó el cumplimiento de los supuestos paramétricos. La distribución de las variables dependientes se analizó mediante la prueba de bondad de ajuste de Shapiro-Wilk, indicada para muestras de tamaño reducido ($N = 20$), y el supuesto de homocedasticidad se verificó a través de la prueba de Levene para la igualdad de varianzas. En todos los casos los resultados fueron no significativos, por lo que se asumió el cumplimiento de ambos supuestos (ver Tabla 3).

En consecuencia, para evaluar las asociaciones bivariadas planteadas en las hipótesis del estudio se empleó como prueba principal el coeficiente de correlación r de Pearson. Para la interpretación de la intensidad de la asociación se adoptaron los criterios de Cohen (1988),

considerando valores absolutos próximos a .10 como una intensidad débil, en torno a .30 como moderada y de .50 o superiores como fuerte. Dado que la potencia de las pruebas de normalidad es limitada en muestras de tamaño reducido, y como medida de control y robustez metodológica, todas las correlaciones, tanto las referidas a las puntuaciones totales como las del análisis dimensional de las subescalas del craving, se confirmaron de forma complementaria mediante el coeficiente no paramétrico Rho de Spearman, que no requiere el supuesto de normalidad. La convergencia entre ambos coeficientes refuerza la fiabilidad de las asociaciones observadas.

Para analizar las diferencias de medias relativas a la influencia de la patología dual se aplicó la prueba T de Student para muestras independientes. De forma homóloga al análisis correlacional, y como resguardo metodológico ante el tamaño muestral limitado, los contrastes de medias se confirmaron de manera complementaria mediante la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney.

Para la interpretación de todos los análisis inferenciales aplicados en el estudio, el nivel de significación estadística se fijó en un valor alfa de .05 ($p < .05$).

8 Resultados

8.1. Análisis descriptivo de la muestra

La muestra final analizada estuvo compuesta por 20 pacientes en tratamiento por TUS. La edad media de los participantes fue de 45.70 años ($DE = 9.77$). A nivel sociodemográfico, cabe señalar que el 50% de la muestra se encontraba en situación de desempleo en el momento de la evaluación y un 65% reportó estar soltero/a.

Desde el punto de vista clínico y en consonancia con las variables definidas en el primer objetivo específico, la adicción a la cocaína fue el diagnóstico primario predominante, aglutinando al 65% de los pacientes, seguida por el trastorno por uso de alcohol (30%). Por otro lado, un 35% de los evaluados presentaba un diagnóstico de patología dual.

En relación con las variables temporales y de cronicidad requeridas para abordar el segundo y tercer objetivo específico, el inicio del consumo problemático se situó en torno a los 24.05 años de media ($DE = 11.60$), lo que se traduce en una evolución temporal de la adicción de 21.40 años ($DE = 10.62$). Por otro lado, en cuanto al historial terapéutico, un 65% de la muestra ya había transitado por uno o más tratamientos de deshabituación previos. El detalle exhaustivo de las frecuencias y estadísticos de estas variables sociodemográficas y clínicas se encuentra recogido en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1

Características Sociodemográficas (N = 20)

Variable	M (DE)
Edad (años)	45.70 (9.77)
Estado Civil	N (%)
Soltero/a	13 (65.0%)
Casado/a o Pareja de hecho	3 (15.0%)
Separado/a o Divorciado/a	4 (20.0%)
Nivel Educativo	
Sin estudios	6 (30.0%)
Educación Primaria	2 (10.0%)
Secundaria (ESO)	6 (30.0%)
Bachillerato / FP Medio	5 (25.0%)
FP Superior / Universidad	1 (5.0%)
Situación Laboral	
Empleado/a	5 (25.0%)
Desempleado/a	10 (50.0%)
Estudiante	2 (10.0%)
Incapacidad / Pensionista	3 (15.0%)

Nota. M = Media; DE = Desviación Estándar.

Tabla 2

Características Clínicas de la Muestra (N = 20)

Sustancia Principal	N (%)
Alcohol	6 (30.0%)
Cocaína	13 (65.0%)
Adicciones Conductuales (Juego)	1 (5.0%)
Patología Dual	
Sin comorbilidad psiquiátrica	13 (65.0%)
Con comorbilidad psiquiátrica	7 (35.0%)
Variables Históricas [M (DE)]	
Edad de inicio del consumo	24.05 (11.60)
Años de evolución de la adicción	21.40 (10.62)
N.º de Tratamientos Previos	
0 (Primer tratamiento)	7 (35.0%)
1	7 (35.0%)
2	1 (5.0%)
3 o más	5 (25.0%)

Nota. M = Media; DE = Desviación Estándar.

8.2. Supuesto de normalidad y homocedasticidad

Con carácter preliminar a los análisis orientados a dar respuesta a los objetivos del estudio, se llevó a cabo la verificación de los supuestos estadísticos requeridos para la aplicación de pruebas paramétricas. En la Tabla 3 se detallan los estadísticos y los niveles de significación correspondientes a la evaluación de la distribución de las variables dependientes (evitación experiencial y craving) mediante la prueba de bondad de ajuste de Shapiro-Wilk, así como la verificación de la igualdad de varianzas entre los grupos de contraste a través de la prueba de Levene.

Tabla 3

Pruebas de Normalidad y Homocedasticidad para las variables de estudio

Variable		Prueba de Shapiro-Wilk (W) p		Prueba de Levene (F) p	
AAQ-II	TOTAL				
(Evitación Experiencial)		.947	.324	0.454	.509
MaCS Total (Craving)		.925	.122	0.540	.472
MaCS Cognitivos	Aspectos	.944	.284	2.489	.132
MaCS Conductuales	Aspectos	.955	.458	0.347	.563

Nota. N = 20. W = prueba de Shapiro-Wilk; F = prueba de Levene. Todos los valores $p > .05$, por lo que se cumplen los supuestos de normalidad y homocedasticidad.

Como se observa en la Tabla 3, ambos supuestos metodológicos se cumplieron, al obtener valores p superiores a .05 en la totalidad de las variables analizadas. La distribución no se apartó significativamente de la normalidad en ninguna de las medidas y la prueba de Levene confirmó la homogeneidad de varianzas entre los grupos de contraste. El cumplimiento de estos supuestos habilita el uso de la estadística paramétrica para los análisis inferenciales.

Cabe señalar que, de las cuatro variables evaluadas, la puntuación global del MaCS Total presentó el valor de ajuste a la normalidad más bajo, si bien se mantuvo claramente dentro del rango de la normalidad. Por este motivo, y dado el tamaño muestral reducido, los análisis correspondientes a la puntuación global del craving se acompañaron de pruebas no paramétricas a modo de comprobación de la robustez de los resultados.

8.3. Asociación de la evitación experiencial y el craving y las variables clínicas

8.3.1 Relación entre la evitación experiencial y el craving

Para dar respuesta al objetivo principal se examinó la asociación lineal entre la inflexibilidad psicológica (evaluada a través de las puntuaciones totales del cuestionario AAQ-II) y el craving (medida por el total del cuestionario MaCS) en la muestra global ($N=20$). Tal y como se detalla en la matriz de correlaciones (ver Tabla 4), los análisis confirmaron la existencia de una correlación lineal positiva, de magnitud fuerte y estadísticamente significativa entre ambas variables ($r = .520$, $p = .019$). Atendiendo a la distribución limítrofe de la variable global de craving, se aplicó de forma complementaria la prueba no paramétrica Rho de Spearman, la cual ratificó la fortaleza de esta asociación ($r_s = .565$, $p = .009$). Al profundizar en el análisis dimensional del craving, se observó que la evitación experiencial correlaciona de forma positiva y significativa con magnitudes similares tanto en los aspectos cognitivos compulsivos ($r = .453$, $p = .045$) como en los aspectos conductuales y motivacionales ($r = .465$, $p = .039$). Ambas asociaciones dimensionales se mantuvieron significativas al aplicar el coeficiente Rho de Spearman (cognitivos compulsivos, $r_s = .451$, $p = .046$; conductuales-motivacionales, $r_s = .459$, $p = .042$). Este resultado indica que, dentro de la muestra estudiada, mayores niveles de evitación experiencial se asocian consistentemente con una mayor intensidad en el nivel de craving reportado, reflejándose de manera proporcional tanto en la dimensión cognitiva como en la conductual (ver Figura 1).

Tabla 4

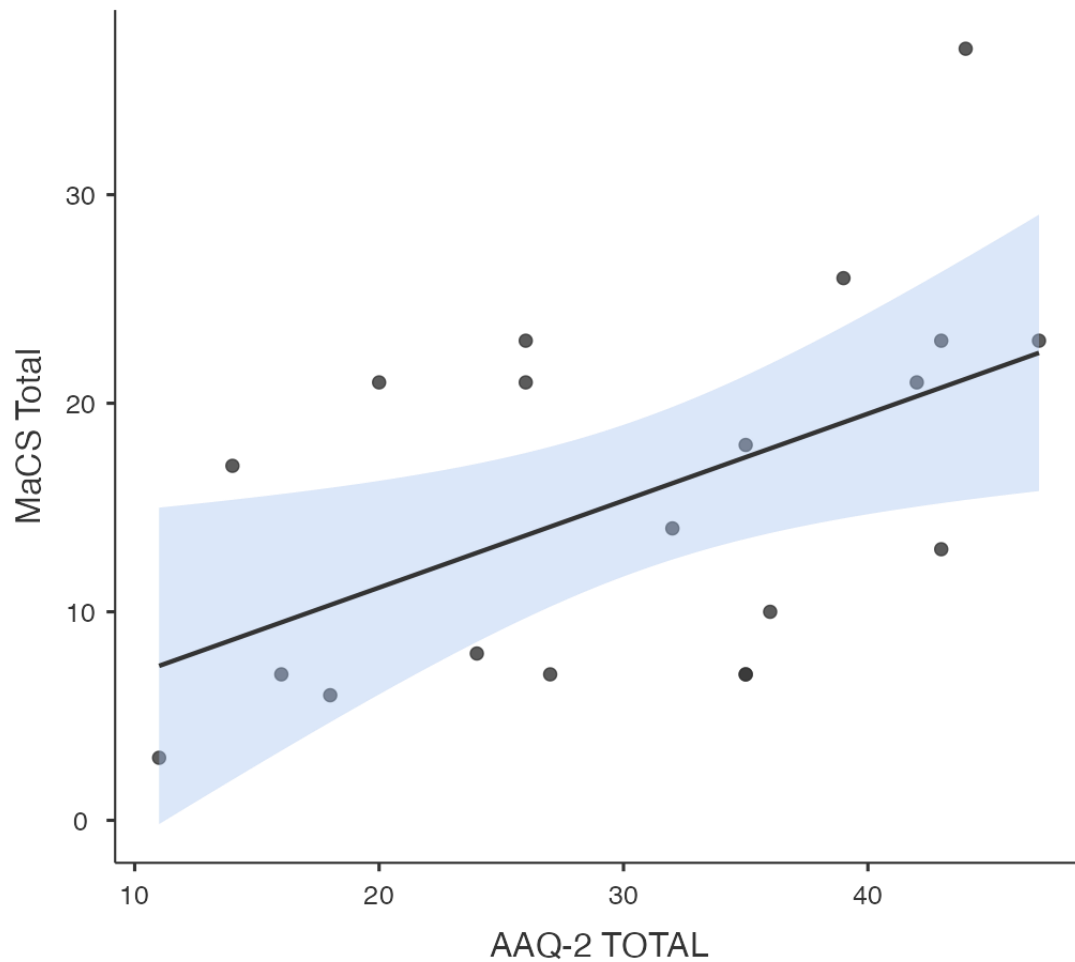
Matriz de Correlaciones Bivariadas de las Variables Clínicas y de Cronicidad

Variables predictoras temporales	/	Evitación Experiencial (AAQ-II Total)	Craving Total (MaCS Total)	MaCS Aspectos Cognitivos	MaCS Aspectos Conductuales
Evitación Experiencial (AAQ-II Total)			.520*	.453*	.465*
Edad de inicio		-.205	-.201	.045	-.389
Años de evolución		.196	-.069	-.259	.128
N.º de tratamientos previos		.298	.203	.169	.189

*Nota. Coeficiente de correlación de Pearson (r). *p < .05. Todas las correlaciones se replicaron con el coeficiente Rho de Spearman, sin cambios en su dirección ni en su significación (asociación principal, $r_s = .565$, $p = .009$). El resto de correlaciones no alcanzaron la significación estadística*

Figura 1

Relación entre Evitación Experiencial (AAQ-II) e Intensidad de Craving (MaCS)



*Nota. El gráfico de dispersión ilustra la correlación positiva y estadísticamente significativa ($r = .520$, $p = .019$) hallada en la muestra ($N = 20$). La recta de regresión se acompaña del sombreado correspondiente al **intervalo de confianza del 95 %**. A mayor puntuación en inflexibilidad psicológica, se observa una mayor intensidad en el deseo de consumo.*

8.3.2 Diferencias en evitación experiencial y craving en función de la patología dual

En segundo lugar, para completar el análisis propuesto en el OE1, se analizó el impacto de la comorbilidad psiquiátrica en estas dimensiones. Mediante una prueba T de Student para muestras independientes, se compararon las puntuaciones del grupo de pacientes con diagnóstico de patología dual ($n=7$) frente al grupo sin patología dual ($n=13$). Los resultados (ver Tabla 5) indicaron que no existen diferencias estadísticamente significativas en los niveles de evitación experiencial entre el grupo con patología dual ($M = 32.3$, $DE = 11.3$) y el grupo sin ella ($M = 29.8$, $DE = 11.18$). Las dos pruebas aplicadas convergieron en este resultado: tanto el contraste paramétrico, $t(18) = -0.479$, $p = .638$, como el no paramétrico, U de Mann-Whitney = 41.5, $p = .751$, ratificando la ausencia de diferencias entre ambos subgrupos de forma independiente a los supuestos de normalidad.

De manera análoga, tampoco se hallaron diferencias en la severidad del craving: las dos pruebas volvieron a coincidir, $t(18) = 0.375$, $p = .712$, y U de Mann-Whitney = 49.5, $p = .788$. Este patrón de homogeneidad se mantuvo en las dos dimensiones del craving, donde ambas pruebas volvieron a coincidir en la ausencia de diferencias: aspectos cognitivos compulsivos, $t(18) = 0.089$, $p = .930$, y U de Mann-Whitney = 39.5, $p = .662$; aspectos conductuales-motivacionales, $t(18) = 0.562$, $p = .581$, y U de Mann-Whitney = 38.0, $p = .577$. Por lo tanto, los datos obtenidos apuntan a una asociación directa entre la evitación experiencial y el craving, si bien la presencia de patología dual no se identifica como una variable diferenciadora significativa en la muestra evaluada.

Tabla 5

Diferencias de Medias en evitación experiencial y craving en Función de la Patología Dual

Variable	Sin patología dual (n = 13)	Con patología dual (n = 7)	t (18)	p
	M (DE)	M (DE)		
Evitación Experiencial (AAQ-II)	29.8 (11.18)	32.3 (11.3)	-0.479	.638
Craving Total (MaCS)	16.2 (7.44)	14.6 (11.5)	0.375	.712

Nota. M = Media; DE = Desviación Estándar; t = estadístico de la prueba T de Student para muestras independientes; p = nivel de significación. Ninguna de las diferencias resultó estadísticamente significativa ($p > .05$).

8.4. Asociación entre la edad de inicio del consumo, la evitación experiencial y el craving

En respuesta al segundo objetivo específico, enfocado en explorar la relación entre la edad de inicio en el consumo y los niveles de inflexibilidad psicológica y severidad del craving, se analizó la asociación de esta variable temporal con las puntuaciones de evitación experiencial y craving. Los resultados obtenidos mediante el coeficiente de correlación de Pearson (ver Tabla 4) indicaron la ausencia de una relación estadísticamente significativa entre la edad de inicio y el nivel de inflexibilidad psicológica ($r = -.205$, $p = .385$). De forma similar, tampoco se evidenció una asociación significativa con la intensidad del craving reportado por los pacientes ($r = -.201$, $p = .394$). Por tanto, los datos indican que, en la muestra evaluada, una menor edad de inicio en el consumo no se asocia significativamente con mayores niveles actuales en estas dimensiones clínicas.

8.5. Relación de la cronicidad clínica con los niveles actuales de evitación experiencial y craving

Finalmente, para abordar el tercer objetivo específico, se analizó si los indicadores de cronicidad de la adicción (años de evolución y número de tratamientos previos) mantenían una asociación con el estado clínico de los participantes. El análisis correlacional (ver Tabla 4) reveló que los años de evolución del consumo no correlacionaron de forma significativa ni con la evitación experiencial ($r = .196$, $p = .408$) ni con el craving total ($r = -.069$, $p = .774$). Por otro lado, al evaluar la carga de tratamientos previos, se observó una correlación positiva débil con la evitación experiencial ($r = .298$, $p = .202$) y con el craving ($r = .203$, $p = .391$), pero en ningún caso estas asociaciones alcanzaron la significación estadística ($p > .05$). Atendiendo a estos resultados, se observa que ni la acumulación de años de consumo ni el número de tratamientos previos mantienen una asociación estadísticamente significativa con los niveles actuales de inflexibilidad psicológica y craving en los pacientes analizados.

9 Discusión

El propósito de este estudio era examinar la relación entre la evitación experiencial y el craving en pacientes con trastorno por uso de sustancias en tratamiento y comprobar si dicha relación se veía modulada por la presencia de patología dual, la edad de inicio del consumo y la cronicidad de la adicción. Los resultados son nítidos en la cuestión central y menos concluyentes en las secundarias. La hipótesis principal se confirmó: la evitación experiencial y la intensidad del craving se asociaron de forma positiva, fuerte y significativa, un patrón que se mantuvo al replicar el análisis con pruebas no paramétricas y que se reflejó con una magnitud similar en las dimensiones cognitiva y conductual-motivacional del craving. Las hipótesis secundarias, en cambio, no alcanzaron significación estadística: la patología dual no diferenció los niveles de evitación ni de craving entre subgrupos, y tampoco la edad de inicio ni las variables de cronicidad se relacionaron con el estado clínico actual de los pacientes.

9.1. Contraste de la hipótesis principal: relación entre evitación experiencial y craving

Los resultados obtenidos confirman la hipótesis principal de esta investigación, evidenciando una correlación lineal positiva, de magnitud fuerte y estadísticamente significativa entre los niveles de evitación experiencial y la intensidad del craving en la muestra evaluada. Conviene matizar, no obstante, que el reducido tamaño muestral limita la precisión de esta estimación, ya que las correlaciones obtenidas en muestras pequeñas presentan intervalos de confianza amplios y tienden a sobreestimar el tamaño real del efecto. Es por ello que la diferencia respecto al valor de la literatura debe tomarse con prudencia.

Este hallazgo empírico resultó algo superior a la literatura revisada y respalda funcionalmente las críticas a los enfoques tradicionales. Tal y como postulan los modelos de alostasis (Koob y Le Moal, 2001) y la disociación entre deseo y placer (Robinson y Berridge, 1993), los datos sugieren que la urgencia de consumo no opera de forma exclusiva como un impulso biológico orientado a la gratificación. Por el contrario, la asociación observada en este estudio se alinea con la perspectiva del refuerzo negativo, apoyando la idea de que el paciente utiliza el consumo como una estrategia de escape ante su malestar interno (Morrison, 2023).

En términos clínicos, confirmar esta asociación implica que la evitación experiencial y el craving se correlacionan de forma estrecha: los pacientes con una menor capacidad para tolerar su propio malestar sin intentar suprimirlo (alta evitación experiencial) tienden a experimentar una urgencia de consumo significativamente más severa. Esto corrobora lo apuntado por autores como Chawla y Ostafin (2007) y Barrado-Moreno et al. (2026), posicionando a la evitación experiencial no como un mero rasgo secundario, sino como un mecanismo activo que interactúa directamente con la gravedad de la sintomatología adictiva.

9.2. Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas

Respecto a las hipótesis secundarias, enfocadas en observar cómo influyen la patología dual, la edad de inicio y la cronicidad, los análisis no arrojaron resultados estadísticamente significativos. La comparación entre pacientes con y sin patología dual no reflejó diferencias concluyentes y tampoco se observó una relación clara con la edad a la que empezaron a consumir ni con la cantidad de tratamientos previos.

Al interpretar estos datos, resulta más útil observar las limitaciones prácticas del estudio que cuestionar la literatura clínica existente. El motivo principal que explica esta falta de significación es el tamaño reducido de la muestra. Al contar con solo 20 participantes y dividirlos en subgrupos aún más pequeños, las pruebas pierden la capacidad matemática necesaria para detectar patrones. Es bastante probable que estas diferencias clínicas sí existan en la realidad de la consulta, pero con un volumen de datos tan bajo la estadística no logra capturarlas.

Finalmente, conviene hacer una reflexión sobre cómo se ha evaluado la cronicidad en este caso. Contabilizar el número de ingresos o tratamientos previos es un recurso práctico, pero es posible que no ofrezca la imagen completa de la gravedad del paciente. Al registrar únicamente un valor numérico, cabe la posibilidad de que se queden fuera matices importantes del historial, como el grado de compromiso del usuario o el tipo de intervención que recibió en su momento. Reconocer esta limitación sugiere que el uso de indicadores clínicos más amplios podría reflejar con mayor precisión cómo se relaciona el historial del paciente con su urgencia actual por consumir.

9.3. Implicaciones clínicas

El principal hallazgo tiene una lectura útil para la práctica. Si el craving va unido a la evitación experiencial, interesa observar no solo cuánta urgencia de consumo refiere el paciente, sino cómo se relaciona con ella: incorporar una medida de flexibilidad psicológica en la evaluación inicial puede ayudar a perfilar ese aspecto. En el tratamiento, los pacientes que tienden a suprimir o a huir de su malestar podrían beneficiarse de enfoques centrados en la aceptación y la tolerancia al malestar más que en el control directo del deseo, dado que intentar eliminar el craving tiende a intensificarlo. Estas orientaciones deben tomarse con prudencia, ya que el estudio describe una asociación y no pone a prueba ninguna intervención.

9.4. Limitaciones

Cualquier interpretación de estos resultados debe hacerse teniendo en cuenta las limitaciones prácticas y de diseño de la investigación.

En primer lugar, el estudio tiene un diseño transversal. Al haber evaluado a los pacientes en un único momento temporal, los datos permiten comprobar que la evitación experiencial y el craving van de la mano, pero impiden establecer qué ocurre primero. Es decir, con esta información no es posible confirmar de forma tajante si la rigidez psicológica provoca directamente el aumento del deseo de consumo, o si, por el contrario, es el desgaste de sufrir un craving constante lo que lleva al paciente a utilizar estrategias de escape emocional.

En segundo lugar, existe un margen de error asociado a cómo se ha recogido la información. Por un lado, existe una dificultad de acceso a la población con TUS, impidiendo tener un tamaño muestral representativo. Por otro lado, al utilizar cuestionarios donde el paciente valora su propio estado, se depende de su capacidad para saber qué está sintiendo. Es frecuente que las personas con adicciones y problemas de salud mental asociados tengan dificultades para identificar, comprender y poner nombre a su propio malestar emocional. Esta falta de precisión a la hora de mirarse a sí mismos puede hacer que sus respuestas no reflejen con total exactitud su nivel real de rigidez psicológica, añadiendo cierta distorsión a los datos.

Por último, es necesario señalar una limitación relacionada con la elección de los instrumentos de medida. Para evaluar la evitación experiencial se ha utilizado el AAQ-II, un cuestionario diseñado para medir esta variable de forma general. Lo ideal para este proyecto habría sido

emplear el AAQ-SA (*Acceptance and Action Questionnaire for Substance Abuse*), que evalúa la evitación específicamente vinculada al consumo de sustancias. Sin embargo, se tuvo que descartar su uso debido a que, actualmente, no existe una versión validada de este cuestionario para la población española. El uso del AAQ-II es posible que haya restado precisión a la hora de captar los detalles exactos de cómo el paciente evita su malestar en el contexto particular de la adicción.

9.5. Prospectiva

A partir de los resultados obtenidos y de las limitaciones identificadas en este proyecto, se plantean varias líneas de cara a futuras investigaciones en este campo.

En primer lugar, dado que la relación general entre la evitación experiencial y el craving ha resultado significativa, una prioridad para próximos estudios sería la traducción, adaptación y validación psicométrica del AAQ-SA (*Acceptance and Action Questionnaire for Substance Abuse*) en población española. Disponer de esta herramienta específica permitiría a los profesionales medir la rigidez psicológica directamente vinculada a las conductas de consumo, ganando en precisión con respecto a los instrumentos generales que se utilizan actualmente.

En segundo lugar, para resolver la falta de significación estadística en las variables de patología dual, edad de inicio y cronicidad, es necesario replicar este diseño utilizando muestras notablemente más amplias. Sería conveniente plantear estudios colaborativos o multicéntricos que faciliten el acceso a un mayor número de participantes. Esto permitiría formar subgrupos con el volumen de datos suficiente para comprobar si estas características clínicas influyen realmente en la relación entre evitación y craving.

Finalmente, con el objetivo de superar las limitaciones de los datos obtenidos en un solo momento, se recomienda el desarrollo de diseños longitudinales. Hacer un seguimiento a lo largo del tiempo de los pacientes en tratamiento ayudaría a esclarecer la relación de causa y efecto, permitiendo observar si los cambios en los niveles de evitación experiencial preceden a la reducción de la urgencia por consumir, o viceversa.

9.6. Conclusiones

El objetivo principal se cumple: en esta muestra, la evitación experiencial y el craving se asocian de forma positiva y significativa, de manera que a mayor tendencia a evitar el malestar

interno mayor es la intensidad del deseo de consumo. El diseño transversal no permite, no obstante, determinar qué variable antecede a la otra.

En cuanto al primer objetivo específico, esa asociación aparece por igual en las dos dimensiones del craving, la cognitiva y la conductual y motivacional. La patología dual no diferenció los niveles de evitación ni de craving entre los pacientes, aunque el escaso número de cada subgrupo impide concluir que esa diferencia no exista.

El segundo objetivo específico no obtiene respaldo, la edad de inicio del consumo no se relacionó de forma significativa con la evitación ni con el craving actuales.

Tampoco el tercer objetivo, ni los años de evolución de la adicción ni el número de tratamientos previos mostraron una relación significativa con el estado clínico actual de los pacientes.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.^a ed., texto rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barrado-Moreno, V., Serrano-Ibáñez, E. R., Esteve, R., Ramírez-Maestre, C. y Sánchez-Meca, J. (2026). The role of psychological flexibility and inflexibility in substance addiction, abuse, or misuse: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 24, 1496–1519. <https://doi.org/10.1007/s11469-025-01468-4>
- Boness, C. L., Votaw, V. R., Schwebel, F. J., Moniz-Lewis, D. I. K., McHugh, R. K. y Witkiewitz, K. (2023). An evaluation of cognitive behavioral therapy for substance use disorders: A systematic review and application of the Society of Clinical Psychology criteria for empirically supported treatments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 30(2), 129–142. <https://doi.org/10.1037/cps0000131>
- Chawla, N. y Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871–890. <https://doi.org/10.1002/jclp.20400>
- Childress, A. R., Mozley, P. D., McElgin, W., Fitzgerald, J., Reivich, M. y O'Brien, C. P. (1999). Limbic activation during cue-induced cocaine craving. *American Journal of Psychiatry*, 156(1), 11–18. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.1.11>
- Chin, F. y Hayes, S. C. (2017). Acceptance and commitment therapy and the cognitive behavioral tradition: Assumptions, model, methods, and outcomes. En S. G. Hofmann y G. J. G.

- Asmundson (Eds.), *The science of cognitive behavioral therapy* (pp. 155–173). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00007-6>
- Coffino, J. A., Heiss, S. y Hormes, J. M. (2018). Targeting acceptance in the management of food craving: The mediating roles of eating styles and thought suppression. *Eating Behaviors*, 29, 132–136. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2018.04.002>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.ª ed.). Lawrence Erlbaum.
- Dow, S. J. y Kelly, J. F. (2013). Listening to youth: Adolescents' reasons for substance use as a unique predictor of treatment response and outcome. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(4), 1122–1131. <https://doi.org/10.1037/a0031065>
- García Quevedo, L. R., Oropeza Tena, R. y Vázquez Pineda, F. (2009). Confiabilidad de la Entrevista de Recaídas para Usuarios de Sustancias Adictivas (ERSA). *Psicología Iberoamericana*, 17(2), 41–48.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Henderson, M. J. y Galen, L. W. (2003). A classification of substance-dependent men on temperament and severity variables. *Addictive Behaviors*, 28(4), 741–760. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(01\)00269-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(01)00269-6)

- Koob, G. F. y Le Moal, M. (2001). Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis. *Neuropsychopharmacology*, 24(2), 97–129. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(00\)00195-0](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(00)00195-0)
- Krotter, A., Aonso-Diego, G., González-Menéndez, A., González-Roz, A., Secades-Villa, R. y García-Pérez, Á. (2024). Effectiveness of acceptance and commitment therapy for addictive behaviors: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 32, Artículo 100773. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100773>
- Mallik, D., Kaplan, J., Somohano, V., Bergman, A. y Bowen, S. (2021). Examining the role of craving, mindfulness, and psychological flexibility in a sample of individuals with substance use disorder. *Substance Use & Misuse*, 56(6), 782–786. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1899220>
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- Morrison, B. M. (2023). *Substance abuse variables: Distress, craving and avoidance as predictors of relapse* (Publicación n.º 30640237) [Tesis doctoral, California Lutheran University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Nakovics, H., Diehl, A., Geiselhart, H. y Mann, K. (2009). Entwicklung und Validierung eines Instrumentes zur substanzunabhängigen Erfassung von Craving: Die Mannheimer Craving Scale (MaCS) [Desarrollo y validación de un instrumento para la evaluación del craving con independencia de la sustancia: la Escala de Craving de Mannheim (MaCS)]. *Psychiatrische Praxis*, 36(2), 72–78. <https://doi.org/10.1055/s-2008-1067546>
- Pérez-Romero, L. Á. y Vite-Sierra, A. (2020). Midiendo la flexibilidad psicológica: Validación del Cuestionario de Aceptación y Acción en el abuso de drogas. *Psicología y Salud*, 30(1), 95–104. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2621>

- Robinson, T. E. y Berridge, K. C. (1993). The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*, 18(3), 247–291. [https://doi.org/10.1016/0165-0173\(93\)90013-P](https://doi.org/10.1016/0165-0173(93)90013-P)
- Ruiz, F. J., Langer Herrera, A. I., Luciano, C., Cangas, A. J. y Beltrán, I. (2013). Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire – II. *Psicothema*, 25(1), 123–129. <https://doi.org/10.7334/psicothema2011.239>
- Sequeda, G., Durán-Rondón, S., Acosta-López, J. E., Torres-Santos, E.-A. y Rivera-Porras, D. (2026). Experiential avoidance and psychoactive substance use: Systematic review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 16(2), Artículo 22. <https://doi.org/10.3390/ejihpe16020022>
- Shorey, R. C., Gawrysiak, M. J., Elmquist, J., Brem, M., Anderson, S. y Stuart, G. L. (2017). Experiential avoidance, distress tolerance, and substance use cravings among adults in residential treatment for substance use disorders. *Journal of Addictive Diseases*, 36(3), 151–157. <https://doi.org/10.1080/10550887.2017.1302661>
- Snaychuk, L. A., Hirst, S. A. y Basedow, C. A. (2024). Inpatient treatment for substance use disorders: Reductions in substance cravings, anxiety, and depressive symptoms. *Journal of Substance Use*, 29(3), 426–432. <https://doi.org/10.1080/14659891.2023.2173095>
- Somohano, V. C., Rehder, K. L., Dingle, T., Shank, T. y Bowen, S. (2019). PTSD symptom clusters and craving differs by primary drug of choice. *Journal of Dual Diagnosis*, 15(4), 233–242. <https://doi.org/10.1080/15504263.2019.1637039>

- Stewart, J. (2022). *Symptom reduction and psychological flexibility: An examination of an ACT-based group intervention for dual diagnosis patients* [Tesis doctoral, Palo Alto University]. ProQuest Dissertations & Theses Global.
- Tiffany, S. T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug-use behavior: Role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97(2), 147–168.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.97.2.147>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2025). *World drug report 2025: Contemporary issues on drugs*. <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>
- Wegner, D. M. (1994). Ironic processes of mental control. *Psychological Review*, 101(1), 34–52.
<https://doi.org/10.1037/0033-295X.101.1.34>
- Wilson, K. G., Schnitzer, L. W., Flynn, M. K. y Kurz, A. S. (2012). Acceptance and commitment therapy for addiction. En S. C. Hayes y M. E. Levin (Eds.), *Mindfulness & acceptance for addictive behaviors: Applying contextual CBT to substance abuse & behavioral addictions* (pp. 27–68). New Harbinger Publications.

Anexo A. Informe de valoración de trabajo de fin de máster

