



FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

IMPORTANCIA DE LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y LAS DISTORSIONES COGNITIVAS EN LA ADICCIÓN AL ALCOHOL

Autor: José Gamoneda Larripa
Tutor Profesional: Lara Kehrmann Irisarri
Tutor Metodológico: David Paniagua Sánchez

Madrid
Mayo 2017

José
Gamonedá
Larripa



IMPORTANCIA DE LA EVITACIÓN EXPERIENCIAL Y LAS DISTORSIONES COGNITIVAS EN LA ADICCIÓN AL ALCOHOL

Resumen

El objetivo del presente estudio fue evaluar el peso de la relación de las distorsiones cognitivas y la evitación experiencial con la adicción al alcohol. Para contrastar esto, se utilizaron el cuestionario AQQ de Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis (2006) en su versión española (Barraca, 2004) para medir la evitación experiencial, y CEQ de Lefebvre (1981) en su versión actualizada (Pössel, 2009) para las distorsiones cognitivas. Ambos cuestionarios se utilizaron tanto en una muestra de adictos (por lo que se acudió a un centro de tratamiento de la adicción, N = 16) como de no adictos (a modo control, obteniendo esta muestra a través de internet, N = 16), consiguiendo una muestra total de 36 sujetos. Los resultados fueron obtenidos a través de tres regresiones logísticas (una con la variable evitación experiencial, otra con la variable distorsiones cognitivas y otra con ambas variables incluyendo también edad y sexo). Con estos análisis se apreció que la variables distorsiones cognitivas (78,1% porcentaje global de acierto) y evitación experiencial (93,8% porcentaje global de acierto) son significativas cuando se clasifican a los sujetos en el grupo de adictos o no adictos, encontrando que cuando se incluyen a todas las variables en el modelo solo es significativa la evitación experiencial. Estos resultados tienen implicaciones a nivel teórico, ya que constatan el núcleo de la psicopatología en la Terapia de Aceptación y Compromiso, principalmente, y de la Terapia Cognitivo Conductual. Teniendo también implicaciones prácticas, ya que señalan un foco primordial de tratamiento, la evitación experiencial.

Palabras clave: evitación experiencial, distorsiones cognitivas, adicción al alcohol, alcoholismo.

Abstract

The aim of this study was to evaluate the significance of cognitive distortions and experiential avoidance in alcoholism. In order to compare this, the AQQ (Hayes, Luoma, Bond, Masuda and Lillis, 2006) in its Spanish version (Barraca, 2004) was used to measure experiential avoidance, and CEQ (Lefebvre, 1981) updated by Pössel (2009) for cognitive distortions. These questionnaires were used on a sample of addicts (who attend an addiction treatment center, N = 16) and non-addicts as a control sample (obtaining this sample through the internet, N = 16), obtaining a total sample of 36 subjects. The results were obtained through three logistic regressions (one with experiential avoidance, another one with cognitive distortions and another one with both variables, including age and sex). It was observed that cognitive distortions (78.1% overall success classification) and experiential avoidance (93.8% overall success classification) were significant when classifying the subjects in the group of addicts or non addicts. The findings showed that when all variables are included in the regression model only experiential avoidance was significant. These findings have implications at a theoretical level, since they confirm the core of psychopathology in Acceptance and Commitment Therapy (mostly) and Cognitive Behavioral Therapy. At a practical level, experiential avoidance would be the variable to be aware of when settling the focus of treatment.

Key words: experiential avoidance, cognitive distortions, alcohol addiction, alcoholism.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5) (APA, 2013) define el alcoholismo como trastorno por consumo de alcohol, conceptualizando este como una ingesta problemática de alcohol que incide en el malestar del individuo de forma significativa, y al que está asociada una serie de características. Dichas características serían relativas a la frecuencia y la cantidad de alcohol consumido más tiempo del previsto, a la búsqueda inefectiva del cese del consumo o a la afectación de este a las áreas vitales de la persona en cuestión. De igual manera, el impulso o ganas de consumir, las acciones dedicadas a conseguir alcohol y el consumo a pesar del conocimiento de las consecuencias personales (físicas, psicológicas o sociales) son características clave de este problema.

Según las estadísticas obtenidas del informe del Observatorio Español de las Drogas y Toxicomanías (OEDT) (2016) el alcohol es la droga de mayor consumo en la actualidad, teniendo un porcentaje de prevalencia elevado. El 78% de la población ha tomado alcohol en los últimos 12 meses, el 64% en el último mes y el 10% lo hace a diario, siendo esta prevalencia estable y alta desde los años 90. Dicho informe estima que 1.600.000 españoles de 15 a 64 años consumen alcohol de forma peligrosa, representando el 5% de dicha población. En el mismo informe se puede apreciar que en el 38% del total de las urgencias hospitalarias relacionadas con el consumo de sustancias está presente el alcohol, señalando estas estadísticas el peligro del consumo abusivo.

Saber qué factores influyen en la adicción al alcohol es un tema que reviste gran importancia para su tratamiento, más y cuando apreciamos el gran número de personas que han sido tratadas por abuso de alcohol en los últimos años (ver Tabla 1.). Por otro lado, es importante señalar que los informes que se manejan probablemente infraestiman esta adicción, ya que muchos no acuden a terapia o quedan sin registrar en la recogida de los datos.

Tabla 1. *Número de admisiones a tratamiento por abuso o dependencia de alcohol*

<u>Año</u>	<u>Primeros tratamient</u>	<u>Con tratamiento</u>	<u>Total</u>
		<u>previo</u>	
2005	10.096	8.133	18.950
2006	10.172	8.611	19.454
2007	9.898	8.587	19.224
2008	9.395	9.753	26.318
2009	10.924	11.288	27.958
2010	15.126	11.764	28.111
2011	11.612	10.350	29.014
2012	14.816	12.714	28.234
2013	15.121	12.978	28.652
2014	15.240	12.418	27.658

Nota. Recuperado de OEDT (2016, p. 162).

En el informe de la OEDT (2016), se puede apreciar el registro de 212 casos de defunción por reacción aguda al consumo de alcohol en España en 2014, siendo una de las drogas que más mortalidad producen. Si esto lo unimos a todos los problemas de salud asociados al alcohol, se hace evidente la magnitud del problema que nos presenta esta adicción.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) el consumo de alcohol puede producir más de 200 enfermedades médicas (entre las que se encuentran la cirrosis y algunos tipos de cáncer, entre otras) y trastornos mentales. Además también se encuentra relacionada con traumatismos, accidentes de tránsito y enfermedades infecciosas como, por ejemplo, la tuberculosis o Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), reduciendo, también, la esperanza de vida. De igual manera, el consumo abusivo de alcohol puede tener efectos negativos respecto al área social de estas personas, pudiendo perjudicarles en el trabajo, en la familia y en otros círculos sociales.

Además de consecuencias para el individuo, el consumo abusivo de alcohol, o alcoholismo, también tiene efectos para la sociedad en general. Es evidente el gran gasto que produce esta condición, relativo a todas las enfermedades relacionadas y su tratamiento (incluyendo campañas de prevención), además de dispositivos relacionados con la seguridad vial, no siendo las únicas áreas en las que el consumo produce un gasto elevado. Es importante señalar que las consecuencias negativas no son solo para el individuo adicto o la sociedad en general, sino para las personas cercanas (familiares, amigos, pareja,...) de las personas que consumen de forma abusiva. Esto es debido a que este consumo abusivo tiene implicaciones a la hora de relacionarse (pudiendo tener comportamientos violentos,...), pudiendo implicar serios desajustes en su vida social, laboral, familiar y personal (Sarasa-Renedo et al., 2014).

Como podemos apreciar, el consumo abusivo de alcohol es un problema grave para la salud pública, y lo viene siendo durante años. Debido a esto, conocer los factores que llegan a cronificar este consumo, es decir, mantenerlo, es clave para abordar este problema, ya que su tratamiento resulta fundamental para la salud física y psicológica de la población

Evitación experiencial, distorsiones cognitivas y su relación con la adicción al alcohol.

La evitación experiencial y las distorsiones cognitivas son conceptualizadas como el núcleo de la patología para la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Pérez, 2014) y para la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) (Beck, 1995), respectivamente.

La evitación experiencial es definida como el proceso por el que la persona no quiere contactar con sus experiencias internas (estados, emociones, recuerdos, sensaciones, pensamientos,...), intentando alterarlas o evitando que se produzcan (Pérez, 2014; Pérez, 2008), siendo esto el núcleo de la

psicopatología desde ACT. Por otro lado, las distorsiones cognitivas pueden ser definidas como esquemas erróneos de pensamiento que nos llevan a procesar la información de forma desadaptativa (Beck, 1995), estando en la base de la evaluación y la intervención de la TCC.

Debido a esto, el tratamiento de diferentes patologías (incluida la adicción) desde el punto de vista de la TCC tiene el objetivo de modificar estas distorsiones (Beck, 1995; Najavits, Gotthardt, Weiss y Epstein, 2004). En lo que respecta a ACT, el objetivo terapéutico a conseguir, a nivel general es la aceptación de las experiencias internas y la orientación hacia los valores, tomando esto como alternativa a la evitación (Pérez, 2014; Villagrà, Fernández, Rodríguez, González-Menéndez, 2014).

En el contexto de la adicción al alcohol, la TCC y ACT tienen concepciones diferentes del mismo. En el caso de ACT el uso de la sustancia se concebiría como otra forma de evitar o modificar experiencias internas que, para la persona en cuestión, son desagradables (Luciano, Páez-Blarrina y Valdivia-Salas, 2010). Es decir, sería una forma de evitación experiencial incluida en un contexto más amplio de evitación, en el cual otras conductas topográficamente distintas podrían cumplir esta función evitadora (Luciano, Gómez, Hernández y Cabello, 2001). Como, por ejemplo, cada vez que una persona tiene un sentimiento de tristeza y se pone a ver una película para evitarlo, pudiendo usar para lo mismo el alcohol. Desde el punto de vista de la TCC, la adicción podría explicarse como un problema de pensamiento, es decir, la conducta de adicción se sostendría por el procesamiento erróneo de la realidad (McHugh, Hearon y Otto, 2010; Steigerwald y Stone, 1999). Como podemos ver, las explicaciones básicas del comportamiento problemático serían esencialmente diferentes y, debido a esto, la concepción de la terapia y la puesta en práctica de la misma difieren tanto en su filosofía como en sus objetivos.

Las variables comentadas (evitación experiencial y distorsiones cognitivas), surgen de dos corrientes psicológicas diferenciadas, las terapias contextuales (dentro de la cual se incluye ACT) y la terapia cognitivo-conductual. Ambas terapias podrían enmarcarse en un contexto más amplio, la denominada la terapia de conducta (Pérez, 2014).

A diferencia de la TCC, las terapias contextuales no establecen un estatus diferente a la cognición, si no que la sitúan en el mismo nivel que las emociones o la conducta motora, ya que, desde un punto de vista contextual, las emociones y los pensamientos también son conducta (Pérez, 2014). Esto hace referencia a la filosofía funcional de la terapia contextual, ya que, desde dicha visión, la topografía o forma de la conducta no es importante en sí misma, sino que lo importante es la función que cumple en un contexto (interno y externo). De esta filosofía subyacente nace la concepción que tienen estas terapias de la psicopatología, la denominada evitación experiencial. Según Luciano et al. (2010) la evitación experiencial está en la base de la conducta adictiva, siendo el uso de la sustancia en cuestión, una forma de evitar experiencias con las que no hay un contacto flexible.

Debido a esto, ACT sitúa la patología en el contexto y, más que hablar de conductas problemáticas y síntomas, habla de funcionamientos en el contexto de la persona. De esto se deriva la concepción holística del ser humano de estas terapias, concibiendo a este como un todo en un contexto amplio, tanto interno (situación donde se dan los diferentes eventos privados) como externo (Pérez, 2014). La TCC, a diferencia de ACT, tiene una visión más mecanicista del ser humano, proporcionando una concesión causal (mecánica) al pensamiento (distorsiones cuando hablamos de psicopatología). Es decir, para la TCC la causa de la conducta está en un elemento con estatus superior respecto a los demás, el pensamiento, mientras que en para ACT la causa de la conducta está en el contexto. Debido a esto, la TCC acude a explicaciones de la conducta de carácter interno, concibiendo a la patología, o conducta problemática, como desadaptativa o patológica. Mientras que ACT entiende esta conducta como adaptada en un contexto, con una función, por lo tanto el cambio está en el contexto y su función, y no en la cognición u otros elementos internos (Pérez, 2008).

El foco de la terapia, por todo lo que hemos visto, es ciertamente diferente. En la TCC se busca la reestructuración cognitiva o la modificación conductual con el objetivo de transformar estas formas de procesamiento desadaptativas y reducir el síntoma (Beck, 1995). Sin embargo, ACT busca la aceptación de los eventos privados (en vez de transformarlos) para que la persona pueda orientarse a sus valores, siendo estos horizontes vitales a los que uno se encamina (Pérez, 2014). Por lo tanto, el éxito de la terapia se mide de forma diferente (reducción del síntoma en la TCC vs aceptación y orientación a los valores personales en ACT).

A pesar de las diferencias, es importante comentar ciertas convergencias de ambas corrientes, ya que ambas terapias están enmarcadas en un movimiento más amplio denominado terapia de conducta. Dichas corrientes utilizan técnicas conductuales para conseguir objetivos terapéuticos y el análisis funcional como medio de evaluación. Por otro lado, en la TCC también se conceptualiza la evitación emocional como un elemento patógeno, aunque de forma más limitada a como lo hace ACT. De igual manera, en ambas terapias el componente psicoeducacional está presente, como forma de racionalizar la terapia y las vivencias de la persona en cuestión (Pérez, 2014).

Hay abundante literatura que pone a prueba la eficacia del tratamiento basado en ACT respecto a adicciones, tanto estudios de caso único como de diseño grupal, cómo se puede apreciar en la revisión realizada por López (2014). En concreto, en alcoholismo, también podemos hallar esta clase de investigaciones, encontrando estudios de caso único (Luciano et al., 2001), pero no con una muestra grupal. El hecho de no encontrar estudios de corte grupal puede ser explicado a través de dos razonamientos principalmente. Uno sería relativo a los 18 años de ACT como terapia formalizada, encontrando el primer manual en 1999 (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), siendo más corta su

comprobación empírica con ensayos clínicos controlados (Luciano, 2016). Debido a esto, resulta difícil encontrar, hasta el momento, estudios de corte grupal respecto a consumo abusivo de alcohol, aunque sí con otro tipo de adicciones (López, 2014). La otra razón por la que no se han encontrado estudios al respecto sería relativa a la filosofía funcional de esta terapia. Debido a esta filosofía, esta terapia está centrada en los funcionamientos idiosincrásicos de los sujetos (Pérez, 2006), y no tanto en las características formales o topográficas de las diferentes conductas. Es por ello que resultan más útiles los estudios de caso único, más armónicos con esta terapia debido a que permiten describir mejor el funcionamiento, estando, de igual manera, en mayor concordancia con su perspectiva idiosincrásica. Por otro lado, ocurre un fenómeno similar con la TCC, ya que no se encuentran estudios de caso único en el ámbito de las adicciones vistas y tratadas desde esta corriente. Esto puede ser debido a la perspectiva nomotética de esta terapia (Pérez, 2006), por la cual se focaliza en los funcionamientos normativos de los grupos, alejándose de la perspectiva idiosincrásica, y centrándose, de igual manera, en las características topográficas de la conducta (Pérez, 2006). El abordar las características formales de la conducta, y no funcionales, permite comparar grupos más fácilmente que si se tuviera una perspectiva funcional. Además, al tener una filosofía nomotética, se buscan y promueven técnicas y evaluaciones relativas a topografía conductual, permitiendo esto una mejor comparación entre grupos. Adoptando, de igual manera, esta clase de estudios porque brindan mayor evidencia que los de caso único.

Respecto a estudios de caso único en ACT podemos encontrar un caso de alcoholismo en el que se prueba la efectividad de esta terapia, encontrando que las situaciones de consumo son desencadenadas por un funcionamiento basado en la evitación experiencial (Luciano et al., 2001). En este caso se aprecia como el tratamiento basado en la aceptación y la orientación a valores resulta efectivo tanto a corto plazo como a largo plazo. En este estudio, pese a producirse tres episodios de ingesta alcohólica durante el tratamiento, se consigue la abstinencia completa a largo plazo, comprobándose esto con un seguimiento de 13 meses. La valoración de esta terapia en este caso, y en los demás, se evaluó no solo por la abstinencia, sino por la capacidad de estar en contacto con los eventos privados desagradables, es decir, aceptarlos (lo contrario a la evitación experiencial) y por la orientación hacia los valores. Heffner, Eifert, Parker, Hernández y Sperry (2003) encontraron, al igual que en el caso anteriormente descrito, como ACT muestra efectividad en un caso de alcoholismo. Estos autores centran el tratamiento, sobre todo, en la clarificación de valores y el compromiso con estos, es decir, en la toma de acciones comprometidas respecto a las áreas significativas de la persona en cuestión. En este caso se consigue la abstinencia a largo plazo, aunque no completa, y una mejora en la calidad de vida de forma significativa. De igual manera, también podemos encontrar estudios de caso único en el consumo de cannabis (Luciano et al., 2010; Twohig, Shoenberger y Hayes, 2007), al igual que respecto al consumo de metadona (Stotts, Masuda y Wilson, 2009), y relativos al consumo de varias sustancias (López, 2010; López, 2013). Encontrando incluso en patología dual, en este caso de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), como se muestra en Batten y Hayes (2005) apreciando como la intervención desde ACT muestra efectividad.

Estos estudios comparten la visión de la evitación experiencial como núcleo de la patología en los diferentes casos, pudiendo tener las personas diferentes comportamientos pero todos con función evitacional. Otro punto en común sería los principios de tratamiento, buscando todos la flexibilidad psicológica, es decir, la aceptación de los eventos privados en vez de su control y la orientación a valores.

En lo que se refiere a diseños grupales, ACT y TCC también tienen eficacia demostrada en el tratamiento de ciertas adicciones. Estos estudios han buscado comprobar la eficacia de la intervención comparándola con otros tratamientos habituales de la adicción. Se puede apreciar en Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto y Montesinos (2009) como el tratamiento basado en ACT es igual de eficaz que el basado en la TCC a corto plazo, siendo, a largo plazo, más eficaz ACT (5,13 veces superior la abstinencia que en el grupo de TCC). La intervención desde ACT en este estudio sería característica por aceptar las emociones y sensaciones desagradables, en lugar de intentar controlarlas, y por la toma de acciones orientadas a valores. Respecto a la TCC la intervención es caracterizada por la estrategia de motivación y afrontamiento, además del control de los estímulos externos e internos que disparan el consumo y la psicoeducación. Gifford, Kohlenberg, Hayes, Antonuccio, Piasecki, Rasmussen-Hall y Palm (2004) encuentran resultados similares al comparar ACT con terapia sustitutiva para el tabaco, apreciando que a largo plazo es más efectiva y usando los mismos principio terapéuticos. Litvin (2011) comprueba la eficacia de la aceptación en contraposición de la supresión relativa a dejar de fumar, apreciando esto a través de una serie de conductas (intensidad del *craving*, estado de ánimo, consumo de tabaco y eficacia para dejar de fumar, tanto en el entorno del estudio como en el entorno natural). Encontrando este autor eficacia en ambas estrategias de forma similar, es decir, sin apreciar diferencias entre ambas terapias, lo cual podría ser explicado por la falta de seguimiento a largo plazo de este estudio (limitándose a 3 días tras la finalización tratamiento).

Otros autores como Smout, Longo, Harrison, Minniti, Wickes y White (2010) comparan la eficacia diferencial entre ACT y TCC en una muestra de adictos a las anfetaminas, queriendo examinar diferencias en eficacia y asistencia al tratamiento. Dichos autores no encuentran diferencias significativas entre ambas condiciones en distintos momentos temporales, ni a nivel de resultados ni de asistencia al tratamiento, aunque sí que muestran evidencia para ambos tratamientos. De igual manera, Hayes, Wilson, Gifford, Bisset, Piasecki, Batten, Byrd y Gregg (2004) presentan un estudio con politoxicómanos, asignando tres situaciones terapéuticas de forma aleatoria (ACT y metadona, tratamiento Intensivo de los Doce Pasos y metadona, y una condición tratados únicamente con metadona). Como en los otros estudios mostrados, tras el tratamiento no se evidencian diferencias, pero, a los seis meses tras la finalización de la intervención, si que se encuentran diferencias estadísticamente significativas (siendo más eficaz la terapia psicológica, es decir, tanto ACT como el tratamiento intensivo de Doce Pasos se mostraron superior a la condición en la que se trató con metadona).

Como se puede apreciar, no hay muchos estudios que versen sobre ACT y/o TCC y su eficacia en el tratamiento del alcohol, aunque si encontramos estudios con otras sustancias, hecho que se puede apreciar en este estudio y que ya señalaron otros autores como Levin, Lillis, Seeley, Hayes, Pistorello y Biglan (2012) en el caso de ACT. Debido a esto, el presente estudio, aunque no trate de tratamiento del alcohol sino de variables clave que lo explican, puede añadir evidencia a lo relativamente poco que se ha hecho hasta ahora.

Cuando se trata de examinar los elementos clave de la psicopatología de estas terapias, es decir, comprobar si la evitación experiencial y las distorsiones cognitivas son relevantes en la adicción, a las sustancias en general o al alcohol, vemos una reducción de la literatura al respecto. Debido a esto, el presente estudio puede arrojar cierta luz al papel de estas variables. En el caso de ACT, podemos apreciar como se ha comprobado la significancia de la evitación experiencial en la adicción al alcohol. En Levin et al. (2012) se aprecia como la evitación experiencial explica en una muestra de estudiantes adictos al alcohol la conducta relativa a consumir, comprobando esto a través de una regresión lineal. Esta evitación experiencial, relativa al uso de sustancias, esta mediada por el estrés, encontrando, de igual manera, diferencias significativas entre el grupo de adictos y no adictos. La media encontrada respecto a evitación experiencial en adictos al alcohol fue 19,09 (DT = 7,07), mientras que en no adictos fue de 15 (DT = 6,95), encontrando diferencias significativas entre estas medias ($t(238) = -2,50; p < ,05$; índice de d de Cohen de ,46). En la misma línea, Stewart, Zvolensky y Eifert (2002) comprobaron en una muestra de estudiantes que aquellos que tenían mayores niveles de evitación experiencial eran más proclives al consumo de alcohol, relacionando la motivación para beber con la sensibilidad para la ansiedad, la evitación experiencial y la alexitimia. Es significativo como estos autores encuentran que solo la sensibilidad para la ansiedad y la alexitimia son significativas cuando está presente la evitación experiencial, señalando el rol clave de esta variable respecto al consumo abusivo de alcohol.

De igual manera, hay estudios que muestran como el estilo de coping evitativo explica el consumo de sustancias (Avants, Warburton y Margolin, 2000; Asberg y Renk, 2012), pudiendo entender que dicho estilo de afrontamiento es abarcado por la denominada evitación experiencial. Podemos entender el estilo de coping evitativo como el patrón de conducta característico por la evitación persistente de estímulos que resultan aversivos para el sujeto, viendo como la evitación experiencial incluye este funcionamiento. Por otro lado, hay estudios como el de Bunaciu, Feldner, Blumenthal, Babson y Schmidt (2010) que muestran como la evitación del pánico está relacionada con el consumo de alcohol y la nicotina. Este funcionamiento puede concebirse como evitación experiencial, ya que se evitan estímulos o estados internos que puedan producir pánico o ansiedad, y se usa el alcohol como forma de evitar o regular estas experiencias emocionales. Edwards, Dunham, Ries y Barnett (2006) encuentran a las experiencias intrusivas relacionadas con el TEPT como la segunda variable con más correlación con el consumo

abusivo de alcohol, diciendo en sus conclusiones que el consumo de alcohol sería una manera de evitar estar experiencias desagradables (lo cual sería evitación experiencial).

Estudios como el de Ostafin y Marlatt (2008) muestran como intervenciones basadas en mindfulness resultan efectivas en la adicción, viendo como el polo opuesto de la evitación (la aceptación mediada por el mindfulness) disminuyen el comportamiento adictivo. Esto podría indicar cierta significancia de la evitación experiencial como elemento clave en la adicción. En este sentido, toda la evidencia mostrada, en lo que se refiera a terapias basadas en la aceptación, podrían indicar una posible significancia de la evitación experiencial en el consumo de alcohol.

Todos estos estudios indicarían la importancia de la evitación experiencial en el consumo de alcohol, usando la sustancia para evitar, modificar o regular estas experiencias que resultan desagradables para el individuo.

En lo que respecta a distorsiones cognitivas, encontramos ciertos estudios, como el de McHugh et al. (2010), que hablan de la importancia de las distorsiones cognitivas (sobre todo las relativas a las consecuencias, a la racionalización y a la falta de control sobre la sustancia) en el mantenimiento y origen de la adicción a sustancias. Resaltando estos autores la importancia de trabajar para reducir estas distorsiones en el tratamiento de la adicción. Por otro lado, en el estudio de Younesi, Ebrahimi y Mohammadi (2015), se encuentra en una muestra de adictos a metanfetamina y estimulantes un pensamiento más determinista a la hora de afrontar ciertas situaciones. Pudiendo ser esto debido a ciertas distorsiones cognitivas, resaltando estos autores la importancia de modificar estas distorsiones para tratar la adicción a estas sustancias. Por otro lado, Polo y Amar (2006) aprecian como ciertas distorsiones son comunes entre los adictos con diagnóstico dual, pudiendo ser un problema este diagnóstico, ya que no es una muestra de adictos simplemente. Chabon y Robins (2009) hayan altos niveles de distorsiones cognitivas en pacientes depresivos que abusan de sustancias, siendo similares a los sujetos depresivos, por lo que estos niveles de distorsiones pueden ser relativos a la depresión y no tanto al abuso de sustancias. Estos autores analizan únicamente la correlación, lo cual unido a la muestra (con diagnóstico dual y riesgo suicida) limita las conclusiones que se puedan sacar de este estudio. Najavits et al. (2004) encuentran un resultado similar. En este caso con una muestra con diagnóstico de TEPT y de abuso de sustancias, teniendo el mismo problema, ya que las distorsiones cognitivas podrían estar más relacionadas con el TEPT.

Si bien es cierto que la literatura que relaciona distorsiones cognitivas con el abuso de sustancias no es muy amplia, sí que es verdad que hay muchos estudios que comprueban empíricamente la presencia de estas distorsiones cognitivas en otro tipo de adicción, la ludopatía (Myrseth, Brunborg y Eidem, 2010; Barrault y Varescon, 2013; Cunningham, Hodgins y Toneatto, 2014; Labrador y Ruiz, 2008). Pudiendo

incluso encontrar un metaanálisis que nos muestra como las distorsiones cognitivas están más presentes en los jugadores patológicos que en los no patológicos (Goodie y Fortune, 2013).

Esto puede señalar que es probable que encontremos ciertas distorsiones cognitivas en otra clase de adicción, como sería en el caso del abuso de alcohol, por lo cual el presente estudio puede ser interesante.

El hecho de que se compruebe la eficacia diferencial de los tratamientos pero no de las bases psicopatológicas en los que se apoyan puede resultar llamativo. Esto puede ser debido a que, al ser ACT una terapia relativamente nueva, busca comprobar su eficacia comparándose con otras terapias que se han demostrado efectivas, como es el caso de la TCC. De igual manera, este hecho puede ser explicado por qué ambas terapias se enmarcan en la denominada Terapia de Conducta, por lo que puede tener sentido el compararla, ya que es lógico contrastar terapias que pertenecen a la misma familia, más y cuando ACT (y las demás terapias contextuales) surgen de forma reactiva a la filosofía y práctica de la terapia cognitivo-conductual, buscando recuperar la filosofía y práctica contextual que estas terapias habían dejado de lado. A pesar de esto, puede resultar interesante ver en un mismo estudio, con misma muestra y condiciones, como de significativas son estas variables de la condición de la adicción. Esto puede llegar a apreciar diferencias entre ambas a la hora de explicar el comportamiento adictivo, como se espera en el presente estudio, pudiendo, por tanto atribuir estas diferencias a las variables en el estudio y no a las condiciones del mismo.

La clarificación de la significancia de estas variables en la adicción podría ayudar a sustentar, aún más, la psicología básica de estas terapias en el campo de la adicción. Por otro lado, podría ayudar a señalar que el foco de la terapia podría situarse en dichas variables, sin desplazar a otras necesariamente. Esto podría establecer prioridades de intervención en función de cuales se encuentren más significancias. Es curioso como estas terapias han contrastado su eficacia diferencial, comparándose entre ellas, en lo relativo al tratamiento de la adicción (Hernández-López et al., 2009; Smout et al., 2010). Sin embargo, no parece que dicha comparación se haya llevado a la psicología básica de ambas, es decir, parece que no hay estudios que comprueben diferencialmente los elementos que sustentan la base psicopatológica de dichas terapias, ni el campo de la adicción ni en otros de interés. Esto último, sería una de las principales aportaciones de este estudio, llevar estas comparaciones a la psicología básica en la que sostiene sus teorías y prácticas ambas teorías, pudiendo de esta manera apreciar que terapia tienen más fundamento en lo que se refiere a psicología básica. Es por ello que el objetivo de esta investigación es estudiar la relación de las distorsiones cognitivas y la evitación experiencial con la adicción al alcohol.

En el presente estudio se contemplan tres hipótesis.

- 1) La evitación experiencial se relaciona positivamente con la adicción al alcohol.
- 2) Las distorsiones cognitivas se relacionan positivamente con la adicción al alcohol.
- 3) La evitación experiencial se relaciona de forma positiva y en mayor medida que las distorsiones cognitivas con la adicción al alcohol.

Método

Participantes

La muestra estuvo comprendida por un total de 32 personas. Siendo un grupo de 16 adictos al alcohol y otro de 16 no adictos, aunque con características sociodemográficas similares al grupo de adictos (respecto al sexo y la edad). Dicha muestra poseía un rango de edad entre 18 y 50 años, de procedencia española y sexo masculino (18 en total) y femenino (14 en total). Los criterios de inclusión para el grupo de adictos fueron estar en un centro de tratamiento para la adicción (en este caso el centro Momento), tener adicción al alcohol, tener una edad comprendida entre 18 y 50 años y procedencia española. Respecto al grupo de no adictos se establecieron como criterios de inclusión que no tuviesen ningún tipo de adicción (tanto a sustancias como de otro tipo), que tuviesen una edad comprendida entre 18 y 50 años y que tuviesen procedencia española. Los criterios de exclusión para el grupo de adictos fueron ser menor de edad o mayor de 50 años, no tener procedencia española, no estar en un centro de tratamiento para la adicción y tener una adicción diferente al alcohol. Respecto al grupo de no adictos, los criterios de exclusión fueron ser menor de 18 años o mayor de 50, no tener procedencia española y tener algún tipo de adicción.

Instrumentos de medida

El primer cuestionario realizado por los sujetos estuvo compuesto por una serie de ítems relativos a datos sociodemográficos. Dichos ítems recogerían datos relativos a la edad y sexo.

Los cuestionarios utilizados fueron el denominado Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) de Hayes et al. (2006) en su versión española (Barraca, 2004), el Cognitive Error Questionnaire (CEQ) de Lefebvre (1981) actualizado por Pössel (2009) y la Escala de Adicción General (EAG) de Ramos, Sansebastián y Madoz (2001).

El cuestionario AAQ es una prueba que mide la evitación experiencial, constando de 9 ítems a responder por el sujeto. Al sujeto, por tanto, se le presentan 9 ítems teniendo que apreciar hasta qué punto son aplicables a él mismo, es decir, el grado de veracidad que tienen para él, yendo la posibilidad de respuesta de “1 nunca verdad” a “7 siempre verdad”, teniendo así 7 posibles respuestas, siendo una escala tipo Likert. Un ejemplo de ítem al que se responde es “mis sentimientos no me dan miedo”. Se

encontró que este cuestionario poseía una fiabilidad de ,74 según el índice de alfa de Cronbach (de consistencia interna) y una correlación test-retest de ,71, en muestra española, encontrándose como una medida fiable (Barraca, 2004). Respecto a la validez, parece que se constató la validez convergente (apreciando correlaciones altas con otros cuestionarios como se indica en Barraca, 2004) y predictiva (encontrando que se puede discriminar entre la población clínica y no clínica como se aprecia en Barraca, 2004).

El cuestionario CEQ es una prueba que mide distorsiones cognitivas, estando formado por 24 ítems a responder por el sujeto, siendo una escala tipo Likert. A la persona se le presentan 24 ítems teniendo que observar hasta qué punto son aplicables para él, teniendo 4 grados de respuesta (de 0 a 4), situándose en un polo “nada que ver con como yo pensaría” (0) y en el otro polo “casi exactamente igual a como yo pensaría” (4). Un ejemplo de ítem sería “eres el gerente de una pequeña empresa de negocios. Tienes que despedir a uno de los empleados que ha estado trabajando muy mal. Has estado aplazando esta decisión durante días y piensas, “sé que cuando le despida va a montar un escándalo y va a demandar a la empresa””. Pössel (2009) encontró 4 factores en este cuestionario respecto a la muestra alemana (abstracción selectiva, sobregeneralización, personalización y catastrofización). La consistencia interna sería de $\alpha = ,62$ para catastrofización, de $\alpha = ,73$ para sobregeneralización, de $\alpha = ,64$ para personalización, de $\alpha = ,59$ para abstracción selectiva y de $\alpha = ,87$ para la escala en general. De igual manera, este cuestionario también posee una buena fiabilidad, obtenida a través del método test-retest (establecido en un periodo temporal de 4 semanas). La fiabilidad sería de $r = ,70$ para catastrofización, de $r = ,69$ para sobregeneralización, de $r = ,69$ para personalización, de $r = ,69$ para atención selectiva y de $r = ,79$ para la escala en general. Respecto a la validez, se examinó la validez predictiva y concurrente, viendo correlaciones entre el CEQ en versión alemana y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Encontrando, respecto a validez concurrente, $r = ,25$ respecto a catastrofización, $r = 0,26$ respecto sobregeneralización, $r = ,31$ respecto a personalización, $r = ,27$ respecto a atención selectiva y $r = ,33$ respecto a la escala total. En el caso de la validez predictiva se encontró una $r = ,25$ para catastrofización, una $r = ,25$ para sobregeneralización, una $r = ,28$ para personalización y una $r = ,32$ para toda la escala. Estos índices fueron significantes con $p \leq ,01$.

La escala EAG de Ramos et al. (2001) es una prueba que mide adicción en general, la cual está formada por 11 ítems, a los cuales tiene que responder el sujeto en cuestión. Por lo tanto, la persona en cuestión debe responder a estos ítems en función de la veracidad o representatividad que tienen para él. La posibilidad de respuesta esta dividida en siete puntos entre los polos cierto y falso, situándose en la parte central las respuestas “ni lo uno ni lo otro” o “los dos a la vez” indicando un valor de 0. Un ejemplo de ítem sería “he dejado de hacerlo, sin problemas cada vez que he querido”. Según el procedimiento de las dos mitades esta escala obtuvo una correlación de ,86 (Spearman-Brown), con un índice de fiabilidad de $r = ,92$ (Ramos et al., 2001). Si hablamos de validez, la escala en cuestión obtuvo validez convergente y de

constructo, superando el 70% las comunalidades de los ítems individualizados (h^2). Por otro lado, al llevar a cabo un análisis factorial se obtuvo un único factor, indicando la unidimensionalidad de esta escala.

Respecto al Google Formularios es necesario comentar que es un formato por el cual se administran diferentes cuestionarios a través de internet. Google Formularios es una aplicación online de Google que te permite crear cuestionarios y recoger los datos de forma online. Los ítems eran los compuestos por los cuestionarios anteriormente descritos, por lo que en dicho cuestionario fue contemplada una explicación del objeto de la investigación y su utilidad, una presentación de los autores, una explicación del carácter confidencial de la investigación y los cuestionarios, a modo introductorio. Los cuestionarios se presentaron de la misma forma que en la modalidad escrita, describiendo también las instrucciones y modos de respuesta.

Diseño

El diseño del presente estudio fue transversal, ya que los datos fueron obtenidos en un único momento temporal. Los datos obtenidos a partir de ambos cuestionarios se analizaron con el programa SPSS Statistics 23.0, viendo a través de tres regresiones logísticas como estas variables (edad, sexo, evitación experiencial y las distorsiones cognitivas) se relacionan con la adicción, apreciando si lo hacen o no y viendo el grado en el que lo hacen. A través de este análisis se comprobó la significancia de las variables. Los sujetos fueron asignados al grupo de adictos al alcohol o no adictos en función de si estaban recibiendo tratamiento en un centro relativo a adicciones o no. En el caso del grupo de no adictos, es necesario señalar que se usó la escala EAG de Ramos et al. (2001) debido a que esta mide adicción en general, pudiendo descartar sujetos que tuviesen otras adicciones diferentes al alcohol. Si no se hubiera hecho esto el estudio podría obtener unos resultados sesgados respecto a las distorsiones cognitivas y la evitación experiencial, ya que si hubiese otra adicción presente podrían tener puntuaciones altas en estas variables.

Procedimiento

Previo a la recogida de muestra, se presentó al Comité Ético de la Universidad Pontificia de Comillas el formato de recogida que se describe a continuación, para que fuese aprobado por este comité, consiguiendo este objetivo y pudiendo así comenzar con la recogida de datos. En esta etapa previa a la recogida de datos, el cuestionario CEQ de Lefebvre (1981) actualizado por Pössel (2009) fue traducido del inglés de forma paralela por una persona bilingüe y otra con el grado en Traducción e Interpretación. Para obtener la edición final se reunieron ambas personas y se llegó a un acuerdo respecto a las discrepancias.

Para obtener los datos requeridos se acudió al centro de tratamiento de la adicción llamado Centro Momento para tener acceso a la muestra y administrar los diferentes cuestionarios. Momento es un centro privado dedicado a la evaluación y tratamiento de todo tipo de adicciones, de forma exclusiva y sin diagnóstico dual, basando su intervención en sesiones individuales, de grupo, familiares y talleres psicoeducativos, ofreciendo un servicio exclusivamente ambulatorio. El enfoque terapéutico está orientado a la abstinencia completa, combinando diferentes intervenciones basadas en el trabajo emocional y en los principios del Programa de Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos, fundado por Wilson y Smith (Wilson, 2007) y el Modelo Minnesota, fundado por Ripley y un grupo de alcohólicos anónimos recuperados (Carreras, 2011). Para llevar a cabo el proceso de obtención de datos se contactó con el director del centro mencionado, el cual ofreció un espacio y momento adecuado para la administración de los cuestionarios. Una vez reunido en el centro a los sujetos en cuestión, se pasó a explicar el objetivo del estudio y su utilidad, además de reseñar lo anónimo del procedimiento. Tras esto se pasaron los cuestionarios propiamente dichos en formato papel, explicando las instrucciones para asegurar su conocimiento, recogiendo antes de estos los datos sociodemográficos comentados anteriormente (sexo y edad). Una vez hecho esto se dio el tiempo necesario para que finalizaran la realización de los cuestionarios y se recogieron estos. Para finalizar se dio de nuevo las gracias y se reseñó el carácter anónimo y la importancia del estudio. Tras esto se transfirieron los datos a una tabla en el programa de Microsoft Office Excel 2007 y así poder analizar los datos a través del programa SPSS Statistics 23.0 tal y como se describe en el diseño.

Este procedimiento se hizo de forma parecida en el caso del grupo de no adictos, escribiendo y clarificando los objetivos y utilidad del estudio, además de reseñar el carácter anónimo y presentando las instrucciones pertinentes en un formulario de Google. Para ello, se convirtieron estos cuestionarios al formato que presenta Google Formularios, junto a las instrucciones y objetivos. Se difundió a través de internet (vía Facebook ® y Whatsapp ®), pudiendo responder a estos cuestionarios en formato online. En el caso de que obtuviesen puntuaciones que pudiesen indicar algún tipo de adicción se descartó al sujeto en cuestión, para que no sesgase los datos y resultados, prescindiendo de un total de 17 sujetos. Tras esta primera criba, se utilizó la página web www.random.org para seleccionar a los sujetos del grupo control, ya que había más sujetos no adictos que adictos (65 frente a 16), pudiendo así igualar los grupos. Dicha página permite seleccionar números de forma aleatoria, introduciendo el parámetro de la muestra control total obtenida (de 1 a 65), el programa seleccionó de forma aleatoria 16 números, los cuales correspondían con los sujetos del grupo de no adictos, en función de cómo estaban ya ordenados en la base de datos. Es decir, si el programa seleccionó de forma aleatoria el número 10 se fue a la base de datos y se tomó el sujeto en la décima posición. Una vez hecho esto, se recogieron los datos para transferirlos al programa de Microsoft Office Excel 2007 y se analizaron los datos a través del programa SPSS Statistics 23.0 tal y como se describe en el diseño.

Resultados

Análisis

Se hicieron análisis descriptivos de la variable evitación experiencial, distorsiones cognitivas y edad en los diferentes grupos (adictos al alcohol y no adictos). De igual manera, se hicieron regresiones logísticas para ver como las diferentes variables (evitación experiencial, distorsiones cognitivas, sexo y edad) se relacionan con la adicción. En todos los contrastes se utilizó un nivel de confianza del 95% considerándose significativos los resultados de $p < 0,05$. Todos estos análisis se realizaron con el programa SPSS Statistics 23.0.

Estadísticos descriptivos

La muestra de adictos tuvo una media de edad de 30 años (DT = 9,89), encontrándose los sujetos entre 18 y 50 años, mientras que la de no adictos fue 26 años (DT = 8,51), encontrándose entre 18 y 50 años. Respecto al sexo, en el grupo de adictos tuvo un total de 6 mujeres y 10 hombres, mientras que en el de no adictos hubo un total de 8 mujeres y 8 hombres.

La media de la puntuación directa en la escala que mide evitación experiencial en el grupo de adictos fue 42,68 (DT = 3,91), yendo la puntuación directa de 38 a 55. Por otro lado, la media en el grupo de no adictos fue de 31,18 (DT = 5,75), yendo de 22 a 40.

La media de la puntuación directa en la escala que mide la variable distorsiones cognitivas en el grupo de adictos fue de 35,87 (DT = 16,67), yendo la puntuación directa de 12 a 67. Respecto al grupo de no adictos la media fue 21,18 (DT = 10,67), yendo de 8 a 48.

Regresiones logísticas

Se hizo una regresión logística empleando como variable clasificatoria la evitación experiencial. Puesto que p es igual a ,03 se rechaza la hipótesis nula (β igual a 0), lo que implica que la evitación experiencial contribuye significativamente a mejorar el ajuste del modelo nulo (el que no incluye la evitación experiencial). Por otro lado, se aprecia que R^2 es igual a ,89, por lo que el modelo con evitación experiencial comparte el 89% de la variabilidad de la adicción. Con dicho análisis se aprecia que la adicción es muy bien clasificada (sensibilidad de 93,80%), exactamente igual que la no adicción (especificidad de 93,80%), teniendo un porcentaje de acierto total de 93,80% en base a la evitación experiencial. Debido a esto vemos que esta variable clasifica correctamente a 15 de 16 sujetos del grupo de adictos en el grupo de adictos. Como se puede apreciar existe una relación directa entre evitación experiencial y la adicción. Por cada punto más en evitación experiencial la *odds* de ser adicto aumenta un 27% (ver Tabla 2.).

Tabla 2. Modelo de ecuación con evitación experiencial.

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1^a	EE	1,30	,60	4,66	1	,03	,27

Nota. Variables especificadas en el paso 1: EE = Evitación experiencial

Por otro lado, se hizo una regresión logística empleando como variable clasificatoria las distorsiones cognitivas. Puesto que p es igual a ,01 se rechaza la hipótesis nula (β igual a 0), lo que implica que las distorsiones cognitivas contribuyen significativamente a mejorar el ajuste del modelo nulo (el que no incluye las distorsiones cognitivas). Por otro lado, se aprecia que R^2 es igual a ,30, por lo que el modelo con distorsiones cognitivas comparte el 30% de la variabilidad de la adicción. A través de este análisis se aprecia que la adicción es muy bien clasificada (sensibilidad de 75%), aunque la no adicción es mejor clasificada (especificidad de 81,30%), teniendo un porcentaje global de 78,10%, en base a las distorsiones cognitivas. Esto quiere decir que esta variable clasifica correctamente a 12 de 16 sujetos del grupo de adictos en el grupo de adictos, y a 13 de 16 en el de no adictos. Como se puede observar existe una relación directa entre las distorsiones cognitivas y la adicción. Por cada punto más en distorsiones cognitivas la *odds* de ser adicto aumenta un 91% (ver Tabla 3.).

Tabla 3. Modelo de ecuación con distorsiones cognitivas.

		B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)
Paso 1^a	DC	,08	,03	5,51	1	,01	,91

Nota. Variables incluidas en el paso 1: DC = Distorsiones Cognitivas

Por último, se hizo una regresión logística empleando como variables clasificatorias las distorsiones cognitivas, la evitación experiencial, el sexo y la edad. Al introducir todas las variables mencionadas a la vez el modelo final solo incluía como variable significativa la evitación experiencial. El modelo con solo la evitación experiencial como variable independiente se presentó anteriormente.

Discusión

Los resultados obtenidos muestran que la evitación experiencial se relaciona positivamente en gran medida la adicción al alcohol, tal y como se podía apreciar de forma parecida en otros estudios como el de Levin et al. (2012), encontrando estos resultados respecto a las distorsiones cognitivas, pero en menor medida. Esto implica la constatación de las hipótesis planteadas. Dichas hipótesis serían relativas a la

relación positiva existente entre evitación experiencial y adicción, distorsiones cognitivas y adicción, y la relativa a la mayor potencia de la evitación experiencial en su relación positiva con la adicción.

Si nos fijamos en el modelo que incluye la evitación experiencial vemos que la especificidad y la sensibilidad es igual (93,80%), teniendo un porcentaje de acierto general del 93,80%. Esto implica que en el 93,80% se clasifican correctamente a los sujetos en el grupo de adictos y de no adictos utilizando esta variable para clasificar a los sujetos, lo cual podemos considerar que es un porcentaje ciertamente alto. Cuando incluimos todas las variables, los resultados son los mismos, ya que la evitación experiencial es la única que entra en el modelo, siendo suficiente para clasificar a los sujetos en el grupo de adictos o no adictos. Sin embargo, estos porcentajes bajan cuando se toma únicamente las distorsiones cognitivas como variable clasificadora, teniendo una sensibilidad del 75% y una especificidad del 81,30%, siendo el porcentaje global del 78,10%. Esto implica que se clasifican correctamente en el grupo de adictos al 75%, y en el grupo de no adictos el 81,30%, a través de esta variable. Apreciando a partir de esto como tiene menor potencia a la hora de clasificar que la evitación experiencial, aunque sigue siendo un porcentaje alto. Esto puede ser debido a limitaciones en la medición de las distorsiones cognitivas, o limitaciones en la muestra, aunque la principal explicación manejada a la hora de interpretar estos resultados es la relativa a una mayor importancia de la evitación experiencial en relación con la adicción, lo cual era una de las hipótesis manejadas. Por otro lado, si nos fijamos en los coeficientes β de las ecuaciones de regresión del modelo que incluye evitación experiencial y del modelo que incluye distorsiones cognitivas apreciamos que la relación positiva de la evitación experiencial con el alcoholismo es mayor (1,30 para evitación experiencial y ,85 para distorsiones cognitivas). Esto volvería a indicar una relación positiva más potente entre la evitación experiencial y el alcoholismo que entre las distorsiones cognitivas y esta adicción.

Por otro lado, podemos observar que por cada punto más en distorsiones cognitivas la *odds* de ser adicto aumenta un 91%, mientras que por cada punto más en evitación experiencial la *odds* de ser adicto aumenta un 27%. Ambos resultados son ciertamente amplios pero, como se puede apreciar, en lo que se refiere a distorsiones cognitivas lo son aún más. Esto podría indicar que las distorsiones cognitivas pueden tener una mayor relevancia en lo que se refiere al alcoholismo. Sin embargo, si apreciamos los coeficientes R^2 , podemos observar que, aunque ambos coeficientes son ciertamente amplios, la evitación experiencial comparte mayor varianza con la adicción (89% frente a 30%). Si unimos este último resultado al hecho de que al incluir a todas las variables a competir en el modelo de regresión solo resulta significativa la evitación experiencial, podemos volver a afirmar que esta variable comparte más variabilidad con el alcoholismo. De nuevo, estos resultados confirmarían la hipótesis que confiere una mayor importancia a la evitación experiencial frente a las distorsiones cognitivas, en lo que se refiere a la adicción al alcohol, enseñándonos la potente relación de la evitación experiencial con este problema.

Los resultados hallados tienen varias implicaciones, tanto a nivel teórico como práctico. A nivel teórico, puede ayudar a confirmar la psicología básica de estas terapias. Ambas terapias se han venido aplicando en el tratamiento de la adicción y, aunque su eficacia es comprobada (Smout et al., 2010), sus bases habían sido menos constatadas. De hecho, puede encontrarse pocos estudios en lo que se refiere a alcoholismo y evitación experiencial (encontrando solo el estudio de Levin et al., 2012; y el de Stewart et al., 2002). No llegando a hallar ninguno en lo que se refiere a distorsiones cognitivas y alcohol, aunque sí con otras sustancias (Younesi et al., 2015; Chabon y Robins, 2009) u otro tipo de adicciones, como la ludopatía (Goodie y Fortune, 2013; Myrseth et al., 2010; Barrault y Varescon, 2013; Cunningham et al., 2014; Labrador y Ruiz, 2008). Por lo que, de alguna manera, este estudio puede constatar la contemplación de estas variables a la hora de entender la adicción. Esto, no solamente apoya a las bases de la terapia, sino a su práctica, ya que dichas corrientes psicológicas están focalizadas en estas variables, apoyando desde nuestros resultados la praxis clínica de estas terapias.

De igual manera, en los resultados se aprecia que, cuando incluimos todas las variables concebidas en este estudio (evitación experiencial, distorsiones cognitivas, sexo y edad), el modelo solo toma la evitación experiencial, siendo esta variable suficiente en relación con la adicción al alcohol, lo cual, sin duda, resulta interesante. En principio, se esperaba que las distorsiones cognitivas entrasen en el modelo cuando todas las variables eran incluidas, por lo que su exclusión resultó algo inesperado, aunque sí que se tenía la expectativa relativa a una mayor importancia de la evitación experiencial a la hora de relacionarse con la adicción. Esto implica que esta variable podría tomar un papel protagonista a la hora de establecer el tratamiento relativo a la adicción al alcohol. Debido a esto, sería interesante, intentar fomentar estrategias alternativas a la evitación o regulación de los eventos privados, ya que de lo contrario se redundaría en el mismo estilo de actuación que el comportamiento adictivo. Dichas estrategias podrían basarse en la aceptación y el contacto con la propia experiencia, típicas de la terapia contextual (en la que se incluye ACT) o humanista. La eficacia de la aceptación en contraposición de la supresión ya fue remarcada en el estudio de Litvin (2011), y apoyada por otros que basan su intervención en la aceptación (Luciano et al., 2001; Heffner et al., 2003). Debido a esto, puede ser interesante ver otras formas de evitar que pueda tener el sujeto, ya que, aunque topográficamente sean diferentes, pueden tener una misma clase funcional, es decir, una misma función, la evitación (Luciano et al., 2010). Con esto no se quiere decir que estrategias basadas en la reestructuración sean ineficaces, sino que estrategias basadas en la aceptación pueden ser más útiles. Por otro lado, algo que sería interesante verificar en estudios venideros, es si las distorsiones cognitivas, de alguna manera, están relacionadas con la evitación experiencial. Pudiendo esto explicar porque cuando tomamos de forma aislada las distorsiones cognitivas se relacionan con la adicción, y cuando las tomamos junto a la evitación experiencial queda excluida del modelo.

Respecto a las limitaciones de este estudio cabe señalar la relativa al instrumento usado para medir las distorsiones cognitivas, es decir, el cuestionario CEQ de Lefebvre (1981) actualizado por Pössel (2009), ya que este cuestionario no ha sido validado con muestra española. Esto podría explicar, en parte, el porqué esta variable quedaba excluida del modelo cuando se introducían todas las variables, pudiendo explicar también el porqué de la obtención de una desviación típica tan alta en las puntuaciones. Por otro lado, el hecho de que los integrantes del grupo de adictos estuviesen en tratamiento pudo afectar a los resultados obtenidos, ya que el tratamiento puede incidir sobre estas variables, reduciéndolas, si bien es cierto que las diferencias que se obtuvieron eran las esperadas.

En futuros estudios es recomendable la utilización de una versión adecuada a la población española para medir las distorsiones cognitivas, o, en su defecto, desarrollarla o validarla de forma adecuada al español, ya que no parece haber un instrumento de estas características para muestra española. Por otro lado, resultaría esclarecedor usar en próximos estudios un diseño longitudinal experimental en vez de transversal descriptivo, ya que esto permitiría valorar la relación causa efecto que parece que se deja entrever entre las variables. De igual manera, sería interesante utilizar un número mayor de muestra, e incluir otras variables que puedan estar presentes en la adicción al alcohol. En relación con esto último, futuras investigaciones podrían tener en cuenta otras adicciones, tanto a sustancias como de otro tipo.

Resumiendo lo expuesto, podríamos reseñar la importancia de la evitación experiencial sobre las distorsiones cognitivas en la relación a la adicción, aunque las distorsiones también pueden merecer consideración. Esto puede tener implicaciones teóricas, ayudando a fortalecer las bases de la psicopatología tal y como la entienden estas corrientes (ACT y TCC), teniendo, como se ha dicho, más fuerza el concepto de evitación experiencial. Este fenómeno es aplicable a la práctica clínica, ya que puede establecer focos de tratamiento, sobre todo en lo relativo a la evitación, y su contraparte, la aceptación y el contacto con la experiencia. Para terminar, podríamos decir que los resultados nos muestran que el problema relativo a la adicción al alcohol podría residir más en la evitación de experiencias o eventos privados desagradables para la persona (Luciano et al., 2010) que en una interpretación errónea de la realidad (McHugh et al., 2010; Steigerwald y Stone, 1999).

Referencias

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Avants, S.K., Warburton, L.A., & Margolin, A. (2000). The Influence of Coping and Depression on Abstinence from Illicit Drug Use in Methadone-Maintained Patients. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 26 (3), 399-416.

- Barraca, J. (2004). Spanish Adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychological Therapy*, 4(3), 505-515.
- Barrault, S., & Varescon, I. (2013). Cognitive Distortions, Anxiety, and Depression Among Regular and Pathological Gambling Online Poker Players. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 16(3), 183-188.
- Batten, S.V., & Hayes, S.C. (2005). Acceptance and Commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. A case study. *Clinical case studies*, 4(3), 246-262.
- Beck, J.S. (1995). *Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bunaciu, L., Feldner, M.T., Blumenthal, H., Babson, K. A., & Schmidt, N. (2010). A test of the relations between avoidance of panic-related situations and substance use, substance dependence, and depression among subclinical panickers. *Behaviour Research and Therapy*, 48(2), 158-163.
- Carreras, A. (2011). Intervenciones en el Consumo de Alcohol: De los Grupos de Autoayuda a la Regulación de la Propia Conducta. ¿Métodos Complementarios o Antagónicos? *Clínica Contemporánea*, 2(3), 249-269.
- Chabon, B., & Robins, C.J. (1986). Cognitive Distortions among Depressed and Suicidal Drug Abusers. *International Journal of the Addictions*, 21(12), 1313-1329.
- Cunningham, J.A., Hodgins, D.C., & Toneatto, T. (2014). Relating Severity of Gambling to Cognitive Distortions in a Representative Sample of Problem Gamblers. *Journal of Gambling Issues*, 29, 1-9.
- Edwards, C., Dunham, D.N., Ries, A., & Barnett, J. (2006). Symptoms of Traumatic Stress and Substance Use in a Non-Clinical Sample of Young Adults. *Addictive Behaviors*, 31, 2094-2104.
- Goodie, A.S., & Fortune, E.E. (2013). Measuring Cognitive Distortions in Pathological Gambling: Review and Meta-Analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(3), 730-743.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance theory-based treatment for smoking cessation: An initial trial of Acceptance and Commitment Therapy. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy. An experiential approach to behavior change*. New York, NY: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy*, 35, 667-688.
- Heffner, M., Eifert, G.H., Parker, B.J., Hernández, D.H., & Sperry, J.A. (2003). Valued directions: Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(4), 378-383.

- Hernández-López, M., Luciano, M.C., Bricker, J., Roales-Nieto, J.G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation: A Preliminary Study of Its Effectiveness in Comparison With Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors, 23* (4), 723-730.
- Labrador, F.J., & Ruiz, B. (2008). Distorsiones Cognitivas Durante el Juego en Máquinas Recreativas con Premio en Jugadores Patológicos y no Jugadores. *Pensamiento Psicológico, 4*(10), 149-166.
- Levin, M.E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S.C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2012). Exploring the Relationship Between Experiential Avoidance, Alcohol Use Disorders and Alcohol-Related Problems Among First-Year College Students. *Journal of American College Health, 60*(6), 443-448.
- Litvin, E.B. (2011). Responding to Tobacco Craving: Acceptance versus Suppression. (Tesis doctoral no publicada). University of South Florida, Florida.
- López, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Health and Addictions, 10* (2), 37-46.
- López, M. (2013). Tratamiento psicológico de la impulsividad desde la perspectiva de las terapias de conducta de tercera generación. A propósito de un caso. *Anuario de psicología, 43* (1), 117-127.
- López, M. (2014). Estado Actual de la Terapia de Aceptación y Compromiso en Adicciones. *Health and Addictions, 14*(2), 99-108.
- Luciano, M.C. (2016). Evolución de ACT. *Análisis y Modificación de Conducta, 42*(165-166), 3-14.
- Luciano, M.C., Gómez, S., Hernández, M., & Cabello, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y Terapia de Aceptación y compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*(113), 333-371.
- Luciano, M.C., Páez-Blarrina, M., & Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(1), 141-165.
- Luoma, J.B., Kohlenberg, B.S., Hayes, S.C., & Fletcher, L. (2012). Slow and Steady Wins the Race: A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Targeting Shame in Substance Use Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(1), 43-53.
- McHugh, R.K., Hearon, B.A., & Otto, M.W. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders. *Psychiatric Clinics of North America, 33*(3), 511-525.
- Michalczuk, R., Bowden-Jones, H., Verdejo-García, A., & Clark, L. (2011). Impulsivity and Cognitive Distortions in Pathological Gamblers Attending the Uk National Problem Gambling Clinic: A Preliminary Report. *Psychological Medicine, 41*, 2625-2635.
- Myrseth, H., Brunborg, G.S., & Eidem, M. (2010). Differences in Cognitive Distortions Between Pathological and Non-Pathological Gamblers with Preferences for Chance or Skill Games. *Journal of Gambling Studies, 26*, 561-569.

- Najavits, L.M., Gotthardt, S., Weiss, R.D., & Epstein, M. (2004). Cognitive Distortions in the Dual Diagnosis of PTSD and Substance Use Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 28(2), 159-172.
- Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías. (2016). *Estadísticas 2016. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Recuperado de http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2016_INFORME_OEDT.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Alcohol. (2017). Descargado el 15 de Marzo de 2017 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/es/>
- Ostafin, B.D., & Marlatt, G.A. (2008). Surfing the urge: experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27 (4), 404-418.
- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de Psicología y Psicopedagogía*, 5(2), 159-172.
- Pérez, M. (2008). Las terapias de conducta de tercera generación como modelo contextual de psicoterapia. *Formación Continuada a Distancia*, 1-16.
- Pérez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Polo, I., & Amar, J. (2006). Distorsiones cognitivas en los grupos de drogodependientes con diagnóstico dual. *Revista Psicogente*, 9(15), 119-134.
- Pössel, P. (2009). Cognitive Error Questionnaire (CEQ): Psychometric Properties and Factor Structure of the German Translation. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 264-269.
- Ramos, J.A., Sansebastián, J., & Madoz, A. (2001). Desarrollo, validez y seguridad de una escala de adicción general. Un estudio preliminar. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29 (6), 368-73.
- Sarasa-Renedo, A., Sordo, L., Molist, G., Hoyos, J., Guitart, A. M., & Barrio, G. (2014). Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. *Revista española de salud pública*, 88(4), 469-491.
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J.S. (2010). Psychosocial Treatment for Methamphetamine Use Disorders: A Preliminary Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Substance Abuse*, 31(2), 98-107.
- Steigerwald, F., & Stone, D. (1999). Cognitive Restructuring and the 12-Step Program of Alcoholics Anonymous. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16 (4), 321-327.
- Stewart, S.H., Zvolensky, M.J., & Eifert, G.H. (2002). The Relations of Anxiety Sensitivity, Experiential Avoidance, and Alexithymic Coping to Young Adults Motivations for Drinking. *Behavior Modification*, 26 (2), 274-296.

- Stotts, A. L., Masuda, A., & Wilson, K. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy during Methadone Dose Reduction: Rationale, Treatment Description, and a Case Report. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*(2), 205-213.
- Twohig, M.P., Schoenberger, D., & Hayes, S.C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis, 40*(4), 619-632.
- Villagr , P., Fernández, P., Rodríguez, F., & González-Menéndez, A. (2014). Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Substance Use Disorder With Incarcerated Women. *Journal of Clinical Psychology, 0*(0), 1-14.
- Wilson, W.G. (2007). *Alcoh licos An nimos* (3^aEd.). Nueva York: Alcoholics Anonymous World Services.
- Younesi, S. J., Ebrahimi, M. & Mohammadi, H.G. (2015). The Relation between Deterministic Thinking and Mental Health among Substance Abusers Involved in a Rehabilitation Program. *Iranian Rehabilitation Journal, 13*(2), 38-44.