

La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: Una revisión descriptiva

Acceptance and Commitment therapy for disorders related to abuse and use of psychoactive substances: a descriptive overview

Enviado: 13 de junio de 2016 / Aceptado: 12 de octubre de 2016

Laura Fernanda Perea-Gil*

Forma de citar este artículo en APA:

Perea-Gil, L. F. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. *Drugs and Addictive Behavior*, 2(1), 99-121. Doi: <http://dx.doi.org/10.21501/24631779.2264>

Resumen

El abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas es una de las problemáticas asociadas a mayor deterioro en las diferentes áreas de ajuste de las personas que los presentan. Adicional a lo anterior, dentro de los tratamientos centrados en esta problemática, se presentan altos porcentajes de deserción y recaídas. Sobre esta base, resulta pertinente encontrar tratamientos psicológicos que puedan ser eficaces en el abordaje de dicha problemática. Con lo anterior, en las últimas décadas han surgido las denominadas Terapias de Tercera Generación, entre ellas, la Terapia de Aceptación y Compromiso que ha demostrado efectividad en el abordaje de las drogodependencias. Teniendo en cuenta esto, el objetivo del artículo es presentar una revisión de los estudios empíricos en adicciones basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso, a partir de la búsqueda y el análisis de la literatura científica. De acuerdo con los resultados, se concluye que la Terapia de Aceptación y Compromiso es prometedora para el abordaje de las adicciones, sin embargo, se hace necesario realizar un mayor número de estudios, con el fin de ampliar su cuerpo empírico.

* Psicóloga. Especialista en Psicología Clínica. Instituto para la Protección de la Niñez y la Juventud. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: fernandap@idipron.gov.co – lperea@javeriana.edu.co

Palabras clave:

Adicciones; Estudios empíricos; Terapia de aceptación y compromiso.

Abstract

Abuse and dependence of psychoactive substances is one of the problems associated with further deterioration in different areas of adjustment of the people who present them. In addition, within this problem-centered treatments are high percentage of defection and relapse. Once it has been clarified, it is pertinent to find psychological treatments that are effective in addressing this problem. As a result, in the last decades some therapies of third generation have emerged, including the acceptance and commitment therapy that has demonstrated effectiveness in the treatment of drug addiction. With this in mind, the objective of the article was to provide a review of empirical studies on addictions, based on acceptance and commitment therapy from the search and analysis of the scientific literature. From the results it is concluded that the Acceptance and Commitment Therapy generates high expectation in the treatment of addictions; however, it is necessary to perform more studies in order to confirm how useful it is.

Keywords:

Acceptance and Commitment Therapy; addictions; empirical evidence.

Introducción

El abuso y la dependencia de sustancias psicoactivas ha sido un asunto que afecta a un gran número de personas, considerándose como un problema social y de salud pública, en el que se manifiesta una amplia gama de dificultades emocionales y cognitivas (Lejuez, Paulson, Daughters, Bornovalova & Zvolensky, 2006). A partir de esto, se hace necesario implementar tratamientos que puedan ser efectivos, ya que generalmente los trastornos por abuso de sustancias propician un alto deterioro en las áreas de ajuste de las personas que lo presentan y los tratamientos actuales para su abordaje muestran altos niveles de deserción y recaídas (Mayet, Ferri, Amato & Davoli, 2004). De hecho, según un estudio sistemático realizado por Hubbard, Craddock & Anderson (2003, como se citó en Lee, An, Levin & Twohig, 2015). La abstinencia entre las personas que asisten y completan tratamientos es de 30 a 50%, es decir, estos no presentan efectos duraderos, y según la National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1999), entre 40% y 60% de las personas que reciben un tratamiento desde la Terapia Cognitivo Conductual, recaen en el consumo.

Teniendo en cuenta lo anterior, se hace necesario seguir diseñando metodologías y tratamientos que puedan aumentar el grado de efectividad en las intervenciones en esta problemática. Tal como lo planteaban Secades y Fernández (2001), uno de los tratamientos que más ha demostrado efectividad ha sido la Terapia de Conducta; sin embargo, también se ha evidenciado que aumenta su probabilidad de éxito si incluye un trabajo multidisciplinar. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004) plantea que la dependencia de sustancias psicoactivas involucra factores psicosociales, ambientales, biológicos y genéticos, por tal razón, se hacen necesarias intervenciones desde múltiples componentes.

Recientemente, han surgido las terapias de tercera generación denominadas contextuales, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes & Levin, 2012), la Terapia Dialéctico Conductual (Linehan, 1993), la Terapia de Prevención de Recaídas desde el Mindfulness (Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005), la Psicoterapia Analítico Funcional (Kohlenberg & Tsai, 1991, como se citó en Fernández y Ferro, 2006), las cuales han realizado nuevos aportes a la comprensión e intervención de algunas problemáticas, tales como las adicciones.

Profundizando en lo anterior, las terapias empleadas en psicología fueron clasificadas por Hayes (2004) en terapias de primera, segunda y tercera ola. La primera ola surge en la década 1950, en la que se generaron las terapias de conducta fundamentadas en los principios del aprendizaje, condicionamiento clásico y condicionamiento operante. La segunda ola estuvo enfocada en los procesos cognitivos, fundamentando la Terapia Cognitiva Tradicional (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979, como se citó en Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis,

2006). Con lo anterior, sus bases se cimentan en las cogniciones (pensamientos, expectativas, atribuciones) considerándolas causas de problemas emocionales y conductuales. No obstante, aunque las técnicas cognitivo conductuales han producido resultados eficaces, Hayes et al. (2006), plantean la importancia de mejorar los métodos para ampliar la comprensión de los pensamientos y sentimientos, bajo un sustento teórico. Inclusive, Pérez Álvarez, Fernández Heredia, Fernández Rodríguez y Amigo Vázquez (2003), planteaban que la Terapia Cognitivo Conductual –en adelante DBT- presenta dos problemas: el primero, la limitación de la misma por la tendencia a estandarizar casos y, por otro lado, su eficacia puede deberse al componente conductual de la terapia.

Finalmente, la terapia de tercera generación inicia a partir de la década de 1990, aunque fue reconocida hasta el 2004. Esta nueva generación surge con los aportes y el desarrollo del análisis de la conducta y conductismo radical, teniendo en cuenta, a su vez, las limitaciones encontradas en la DBT (Pérez Álvarez, 2006). De acuerdo con Hayes (2004), la tercera generación es especialmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, no solo de su forma, y tiende a enfatizar las estrategias de cambio de contexto y de experiencia. De hecho, estos tratamientos buscan la construcción de repertorios amplios y flexibles que puedan ser eficaces.

Con lo anterior, la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) tiene la convicción fundamental que la terapia de conducta se relacione con una teoría contextualista de la cognición; de acuerdo con esto, se mantendrían los compromisos de ciencias básicas originales de la tradicional terapia conductual (Hayes et al., 2006).

Inicialmente, Hayes (2004) planteaba que la raíz de los problemas psicológicos se encontraba en el Trastorno de Evitación Experiencial (más adelante denominado falta de flexibilidad psicológica), el cual fue definido según Luciano, Gómez, Hernández y Cabello (2001) como: “un ejercicio persistente, crónico, de un mecanismo funcional primario que consiste en la deliberada o consciente eliminación o reducción en la forma o frecuencia de los eventos privados” (p. 336). Es aquí, desde donde tendrían cabida diferentes problemas como la ansiedad, la depresión, el alcoholismo y otras adicciones, que buscarían la eliminación de los eventos privados, teniendo como consecuencias a largo plazo un deterioro y limitación en la vida de las personas. En ese caso, la falta de flexibilidad psicológica estaría relacionada con una serie de conductas que buscan eliminar los eventos privados y evitar el sufrimiento, principalmente. Teniendo en cuenta lo anterior, Luciano, Paez-Blarrina y Valdivia-Salas (2010) plantean que la falta de flexibilidad psicológica es una estrategia que busca el escape y la evitación del malestar.

De hecho, desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, las adicciones, así como otros trastornos generalmente comórbidos en esta problemática, pueden agruparse desde el patrón de Evitación Experiencial. Este patrón puede estar controlado por un reforzamiento positivo que brinda la sustancia psicoactiva y que varía

según la historia de cada persona (relación entre consumo con habilidades para interactuar, permanecer en grupos o generar sensaciones agradables), o puede estar controlado por reforzamiento negativo, en tanto que puede disminuir los niveles de ansiedad, pensamientos o recuerdos poco agradables, entre otros. Del tema, Luciano et al. (2010) resumen que en el tratamiento de las adicciones, la meta de la Terapia de Aceptación y Compromiso es “orientar a los clientes a establecer contacto con el centro de sus dificultades y desde allí, trabajar para que el cliente construya la vida que le dé sentido personal” (p. 146). Teniendo en cuenta esto, poder aumentar la flexibilidad psicológica en las personas con abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, va a suponer que las acciones que elija el cliente, no van a depender del malestar que sienta, de las ganas de consumir o del craving, sino de lo que para él son sus valores personales. Con esto, tal como lo plantea López Hernández-Ardieta (2010), el objetivo principal de la ACT es alterar la función del evento privado, a diferencia de la TCC, cuyo objetivo es alterar el contenido del evento privado; de esta forma, la persona aprenderá a establecer una relación distinta con sus pensamientos y emociones. Resumiendo lo anterior, ACT buscaría que las personas puedan distanciarse de los eventos privados y tomar una dirección de acuerdo con sus valores personales (Luciano, Rodríguez & Gutiérrez, 2004).

En el proceso seguido en ACT, se distinguen varias fases cuya función es alterar los contextos que sostienen la falta de flexibilidad psicológica, estas son: la desesperanza creativa, la clarificación de valores, la identificación del problema y el costo del control de los eventos privados, la desliteralización, el yo como contexto y el estar dispuesto a escoger una dirección en la vida y colocarla en práctica. La desesperanza creativa permitiría que la persona aprecie las diferentes acciones que ha emprendido para solucionar su problema y el costo que esto le ha traído, limitando aún más su vida. En cuanto a la fase de Clarificación de valores, estaría enfocada en analizar con la persona cómo los caminos de su vida se configuran con acciones y objetivos específicos, no con sus sentimientos. Durante este proceso, se trata que la persona aprenda a dirigir sus pasos en una dirección valiosa, inclusive, llevando consigo el contenido privado. Para ello, es importante distinguir entre el yo contenido y yo contexto, en los que la persona comprende que ella no es equivalente a sus conductas, pensamientos, sensaciones, recuerdos y no se puede reducir a ellas. Por último, escoger una dirección en la vida y ponerla en práctica (Luciano et al., 2001).

De lo anterior, Hayes, Strosahl & Wilson (2014) explicaban cómo a diferencia de las terapias que buscan la reducción de síntomas y del deseo de consumo como una forma para llegar a la abstinencia, el objetivo nuclear de la ACT es que las personas puedan relacionarse de una forma distinta con estos eventos privados, mejorando su calidad de vida. Esta puede ser una de las razones para una mayor efectividad a largo plazo en la abstinencia.

Cabe resaltar que la Administración de Servicios de Sustancias de Abuso y Salud Mental (SAMSHA, 2013) ha reconocido a la ACT como un tratamiento que cuenta con apoyo empírico, razón por la cual la ha incluido dentro de los programas basados en la evidencia. En los últimos 15 años, las investigaciones han mostrado la eficacia de ACT en tratamientos de diferentes tipos de adicciones.

Evidencia empírica de la ACT para el tratamiento de los trastornos adictivos

A continuación se expone la revisión de estudios sobre la aplicación de ACT en el campo de las adicciones. Cabe resaltar, que los estudios aleatorizados y controlados se detallarán en el apartado de resultados.

Los hallazgos han indicado una mayor efectividad de la Terapia de Aceptación y Compromiso a largo plazo en los seguimientos (Gifford et al., 2004; González-Menéndez, Fernández, Rodríguez & Villagrà, 2014; Stotts, Masuda, Sate, & Wilson, 2009; Villagrà, Fernández, Rodríguez, & Gonzales, 2014; Villagrà & Gonzales, 2013). Este efecto se ha denominado “efecto de incubación” (Gifford, 2004, como se citó en Lee, An, Levin & Twohig, 2015), en el cual, después de las intervenciones basadas en el modelo ACT, se presenta un aumento en la flexibilidad psicológica, que puede llevar a tener comportamientos positivos de continuo cambio y crecimiento en el tiempo, a diferencia de otro tipo de intervenciones. Adicional a lo anterior, se ha mostrado que se presentan mejoras en otras esferas de la vida personal, como parte de tomar el camino en la dirección valiosa (Heffner, Eifert, Parker, Hernandez & Sperry, 2003; Marín Romero, 2006).

De otro lado, Petersen & Zettle (2009) realizaron un estudio para evaluar la eficacia de la ACT vs la terapia de Facilitación Intensiva de los Doce Pasos, en personas que presentaban problemas de alcoholismo y depresión unipolar. Los hallazgos indicaron que ambos tratamientos eran efectivos para abordar la depresión, no obstante, los participantes que habían sido asignados al azar para recibir la ACT, requirieron una fase más corta de tratamiento en comparación con el otro grupo. Sus autores explican este hallazgo por la disminución en los niveles de evitación experiencial de los participantes de la ACT medidos a través de cuestionario AAQ. Sin embargo, dicha investigación no fue incluida en los resultados de esta revisión, ya que en el estudio no se aborda la eficacia de la terapia en relación al consumo de alcohol en los participantes.

Igualmente, se han realizado estudios combinados en los cuales incluyen la ACT con un tratamiento farmacológico como los de Gifford et al. (2011) y Hayes et al. (2004). Estos estudios han demostrado mayor efectividad en el tratamiento combinado, que en el tratamiento farmacológico solo.

Adicional a esto, algunas investigaciones han tenido como eje encontrar las relaciones entre variables que podrían influir en la adherencia y éxito en intervenciones en adicciones. Una de ellas, relacionada con la evaluación de la efectividad de ACT en la disminución de indicadores de autoestigmatización de personas

dependientes de sustancias (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Bunting, & Rye, 2008; Luoma, Kohlenberg, Hayes & Fletcher, 2012). Los hallazgos de estas investigaciones sugieren una disminución en los indicadores de auto-estigmatización en los participantes. A partir de este estudio, los autores manifestaron que esta variable podría estar relacionada con la adherencia y búsqueda de tratamiento para dejar el consumo, razón por la cual, debería ser incluida en los programas de tratamiento en adicciones, para disminuir el nivel de deserción y facilitar la adherencia a éste, partiendo desde la aceptación de sí mismos a pesar de los comportamientos adictivos y teniendo como foco el compromiso por alcanzar objetivos realistas (Larmer, Wiatrowski & Lewis-Driver, 2014). Con lo anterior, se puede plantear que la ACT es probablemente efectiva para disminuir indicadores de autoestigmatización en población que abusa de sustancias psicoactivas (Livingston, Milne, Lan Fang & Amari, 2011).

Igualmente, se han encontrado relaciones entre variables como la ansiedad social, evitación social y la falta de control percibido, como secuelas comunes de personas que requieren tratamiento por abuso de sustancias. Por lo tanto, las estrategias de tratamiento que buscan aumentar la sensación de control de los pacientes sobre sus propias respuestas y el medio ambiente, y la disminución en la evitación experiencial, aumenta la eficacia de los tratamientos por drogodependencia (Forsyth, Parker & Finlay, 2003; Buckner, Heimberg & Schmidt, 2011; Buckner & Carroll, 2010; Buckner, Zvolensky, Farris & Hogan, 2014). Adicionalmente, se han encontrado diferencias de género en cuanto al consumo de cannabis como estrategia de afrontamiento frente a la ansiedad social, siendo las mujeres más propensas a esto cuando se encuentran en actividades con pares (Buckner, Mallott, Schmidt & Taylor, 2006).

Otros estudios han buscado evaluar la efectividad de la intervención en ACT, empleando formatos novedosos como las aplicaciones del celular, página web, e intervención telefónica (Bricker, Mann, Marek, Liu & Peterson, 2010; Bricker, Wysszynski, Comstock & Heffner, 2013; Bricker et al., 2014). Estas investigaciones han comparado la ACT con la DBT, evidenciando en los hallazgos mayor receptividad y participación en las personas que se encontraban en el grupo ACT. Igualmente, dichos participantes argumentaban que las intervenciones los habían ayudado a dejar de fumar. Por otro lado, hubo un aumento en la flexibilidad psicológica y aumentó la aceptación del craving. A partir de estos resultados, se han generado nuevas propuestas de protocolos dirigidos a personas dependientes de la nicotina, incorporando seguimientos telefónicos (Mak & Loke, 2015).

En lo que respecta a revisiones sistemáticas y descriptivas realizadas para evidenciar la efectividad de la ACT, se han encontrado dos estudios. El primero de ellos, era un metáanálisis cuyo objetivo fue examinar la eficacia (medida por los resultados en la abstinencia) de la ACT, en comparación con otro tratamiento (Doce pasos, Terapia Cognitivo Conductual). Los autores concluyen que se presenta un efecto mediano, el cual favorece la ACT en relación a otro tipo de terapia, teniendo en cuenta las comparaciones realizadas después de la intervención. Adicional a esto, argumentan que la ACT puede ser utilizada como tratamiento para trastornos de abuso o dependencia de varias sustancias psicoactivas. Dentro de las limitaciones que encontraron en los

estudios, estaba la falta de datos en cuanto a los procesos de cambio durante el tratamiento; es decir, algunos ensayos no contaban con variables relacionadas a la flexibilidad psicológica, por lo tanto, no podían explicar cuáles eran los elementos de la intervención en ACT implicados en la reducción del uso de sustancias. Lee et al. (2015) recalcan la importancia de medidas como la calidad de vida y el funcionamiento psicosocial, teniendo en cuenta que el eje de la ACT es una vida orientada a los valores personales. Igualmente, concluyen que debido a la amplia gama de problemáticas tratadas eficazmente por la ACT, se necesita mayor información sobre problemáticas comórbidas como la depresión y la ansiedad en el tratamiento de abuso y dependencia de sustancias (Poderes, 2009, como se citó en Lee et al., 2015). Inclusive, desde la perspectiva del análisis contextual de la conducta en ACT, mediante éste, se podrían identificar varios problemas que estarían dentro del trastorno de Evitación Experiencial, por ejemplo, el Trastorno de Estrés Postraumático y el uso de sustancias, que presentan dentro de sus características la evitación (Batten & Hayes, 2005; Batten et al., 2009).

En cuanto al segundo estudio descriptivo, este tuvo como objetivo una revisión de las investigaciones empíricas en adicciones, tanto estudios de caso único, como estudios controlados. Dentro de los hallazgos, los autores plantean un nivel de efectividad equivalente entre la Terapia de Aceptación y Compromiso y otros tratamientos, con una efectividad mayor en los seguimientos para la ACT. No obstante, los autores expresan que esta evidencia no puede considerarse suficiente, sino que es fundamental continuar desarrollando estudios empíricos que den cuenta de la eficacia y detecten otros aspectos claves en el tratamiento, con el fin de mejorar los protocolos de intervención (López Hernandez-Ardieta, 2014).

Sin embargo, en una revisión de la Efectividad de la Terapia de Aceptación en diferentes problemas psicológicos (ansiedad, depresión, estrés, pánico y adicciones), Öst (2014) concluye que ACT no es un tratamiento bien establecido para cualquier trastorno. Sin embargo, el autor argumenta que la ACT es posiblemente eficaz para la depresión, síntomas psicóticos, ansiedad mixta, abuso de drogas y el estrés.

A pesar de que una revisión en esta área es preliminar, debido a la muestra limitada de estudios aleatorios y controlados, proporciona una perspectiva del estado actual de los resultados en la aplicación de la ACT en las adicciones. Para ello, se revisaron sistemáticamente bases de datos, donde pudieran encontrarse los diferentes artículos. El presente estudio muestra que la ACT es prometedora, así como puede ser igual de efectiva en comparación con otros tratamientos, presentando un mayor impacto en los seguimientos y dando cuenta de cómo el aumento de la flexibilidad psicológica puede ser una variable mediadora en el éxito terapéutico.

Metodología

Para la revisión de la documentación, se realizó una búsqueda de literatura en las principales bases de datos electrónicas Ebsco, Proquest, Springer Link, Psyc ARTICLES, Elsevier. En esta búsqueda, solo se tuvieron en cuenta los artículos publicados entre el 2001 y el 2016.

El estudio incluyó revisiones bibliográficas y fuentes primarias de investigaciones: ensayos controlados y aleatorizados. En cuanto a la población, se consideraron investigaciones donde todos los participantes tuvieran problemas de abuso y dependencia a algún tipo de sustancia psicoactiva, siguiendo la clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales V (DSM V) (American Psychiatric Association, 2014). Las intervenciones incluidas debían tener como eje la ACT en el proceso de intervención en adicciones, bien sea como única forma de tratamiento o comparada con otro tipo de modelos como la DBT, Facilitación intensiva de los 12 pasos o tratamiento farmacológico. En lo que respecta a la forma de medir los resultados, se tuvieron en cuenta estudios que evaluaban su efectividad a partir de la disminución del consumo, abstinencia, aumento en indicadores de flexibilidad psicológica, adherencia a los tratamientos, disminución de trastornos comórbidos. Para la selección de los artículos se realizó una revisión inicial de los resúmenes verificando que estuvieran incluidos los criterios mencionados anteriormente.

Resultados

A partir de la estrategia de búsqueda en bases de datos, se identificaron 400 artículos. En total se revisaron 100 referencias, de las cuales se seleccionaron 40 para la lectura a texto completo. Finalmente, se incluyeron 9 estudios localizados en las diferentes bases de datos, que cumplían los criterios anteriormente mencionados; dichos estudios fueron de carácter controlado y aleatorizado (Gifford et al., 2004; Gifford et al., 2011; González-Menéndez et al., 2014; Hayes et al. 2004; Hernandez-Lopez et al., 2009; Smout et al., 2010; Stotts, Masuda, Sate & Wilson, 2010; Villagrà et al., 2014; Villagrà & Gonzales, 2013).

Los estudios fueron conformados por participantes entre 16 y 71 años; una población mixta con predominio de mujeres. La característica principal en estos grupos fue problemas de abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, y en la mayoría de los estudios se evidencian trastornos asociados con ansiedad y depresión. De todos los estudios controlados y aleatorizados, tres comparaban la ACT con otro tipo de intervenciones psicológicas; por ejemplo, en los estudios de Villagrà et al. (2014), y Hernandez-Lopez et al. (2009), realizaron la comparación de la ACT con la DBT; y Hayes et al. (2004) efectuaron la comparación de ACT con la intervención desde la Facilitación intensiva en los Doce pasos.

Para la presentación de los resultados, se agruparán según tipo de sustancia psicoactiva; igualmente, en la tabla 1 se resumen.

Tabla 1. Resumen de los estudios empíricos

Estudio	Área problema	Nº. de Participantes	Grupo Control	Porcentaje de participantes abstinentes	Otras Medidas
Hayes et al., 2004	Opiáceos	138	Doce Pasos	Postratamiento: ACT + MM (1): 52% 12 pasos + MM : 50% MM: 32%. Seguimiento 6 meses: ACT 50% 12 Pasos: 38% y MM: 12%	Disminución en indicadores de depresión, mayor ajuste social
Gifford et al., 2004	Nicotina	76	Reemplazo nicotina	Postratamiento: ACT 35% RN (2): 33% Seguimiento 12 meses: ACT 23% RN: 11%	Disminución en niveles de evitación e inflexibilidad
Smout et al., 2010	Metanfetamina	104	CBT	Postratamiento: ACT 34% 43% CBT.	Disminución en los indicadores de depresión/ Aumento en indicadores de salud mental y física
Hernández-Lopez et al., 2009	Nicotina	81	CBT	Seguimiento 3 meses: ACT 50% 37% CBT Postratamiento: ACT 41.9%, CBT 23.7%. Seguimiento a 3 meses: ACT 37.2%, CBT 18.4% Seguimiento a 6 meses: ACT 27.9%, CBT 15.8% Seguimiento a 12 meses: ACT 30.2%, CBT 13.2%	No se especifican
Gifford et al., 2011	Nicotina	303	Bupropión	Postratamiento: ACT: 26.2% BP (3): 18.2% Seguimiento 1 año: ACT 31.6% BP: 17.5%	Mayores índices de satisfacción con el tratamiento
Stotts et al., 2010	(Desintoxicación MM) Opiáceos	56	CBT	Postratamiento: ACT 37% CBT: 19%	Disminución en indicadores de miedo a la desintoxicación
Villagrà & Gonzales, 2013	Policonsumidoras	31	CBT	Seguimiento 6 meses: ACT: 43.8% CBT: 18.2%	Disminución en indicadores de ansiedad

Estudio	Área problema	Nº. de Participantes	Grupo Control	Porcentaje de participantes abstinentes	Otras Medidas
Villagrà et al., 2014	Policonsumidoras	50	CBT Y GC	Postratamiento: ACT 27.8% CBT: 15,8% GC: 7.7%	Disminución de síntomas somáticos, aumento de indicadores de flexibilidad psicológica
González-Menéndez et al., 2014	Policonsumidoras	37	CBT	Postratamiento ACT: 27,8% CBT: 15.8% Seguimiento 6 meses: ACT 42,8% CBT: 25%, Seguimiento 12 meses: ACT 84,6% CBT: 50%	Disminución en los índices de sensibilidad a la ansiedad/ Disminución en porcentaje de trastornos mentales comórbidos

Nota: (1) Metadona (2) Reemplazo de Nicotina (3) Bupropión

Estudios dirigidos a personas con dependencia a la metanfetamina

Smout et al. (2010) realizaron un estudio en el que comparaban la ACT con la DBT. Esta investigación contó con la participación de 104 personas que presentaban dependencia a la metanfetamina. Los participantes fueron distribuidos en dos grupos: 47 estuvieron en el tratamiento desde la DBT y 43 recibieron la ACT. Este tratamiento fue realizado durante doce sesiones de 90 minutos cada una. Los resultados después del mismo indicaron que no hubo una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, ya que ambos mostraron reducciones en el uso de la droga, así como en la severidad de la dependencia. Con lo anterior, el grupo participante de la DBT tuvo 43% de abstinencia (medida con una muestra de Cabello), en tanto que los participantes de la ACT presentaron 34% de abstinencia.

No obstante, en el seguimiento a los 3 meses, el grupo de DBT mostró una abstinencia de 37%, mientras que el grupo ACT de 50%. Sin embargo, la deserción en el estudio fue del 80% de la población, que bien podría explicarse, tal como lo planteaban sus autores, por el patrón crónico de consumo, bajo ajuste psicosocial y poca motivación para el cambio. En cuanto a las medidas secundarias, se observa disminución en los niveles de depresión (medidos con el Inventario de Depresión de Beck) y aumento de los indicadores de salud mental y física, para ambos grupos. Cabe resaltar que en esta investigación, no se tuvieron en cuenta instrumentos de tercera generación que evidenciaran la variable de flexibilidad psicológica. Como dato adicional, los participantes recibían veinte dólares por cada sesión que completaban en la evaluación.

Estudios dirigidos a personas con dependencia a los opiáceos

Hayes et al. (2004) llevaron a cabo un estudio con 138 personas, las cuales fueron distribuidas al azar en tres grupos; el primero de ellos solo recibiría tratamiento con dosis de metadona, el segundo grupo recibiría tratamiento con metadona y la ACT y el tercer grupo recibiría el tratamiento con metadona y la Terapia de Facilitación Intensiva de los 12 pasos. En total tuvieron 16 semanas de tratamiento. En lo que respecta a los resultados, en el postratamiento se mostró la efectividad en la abstinencia de los grupos que recibieron algún tipo de tratamiento adicional a la metadona (ACT: 52% / 12 Pasos: 50% / Metadona: 32%). La diferencia estadísticamente significativa se produjo en el seguimiento a los seis meses, encontrando que se presentaba una mayor efectividad en los grupos de ACT y Doce pasos (50% ACT, 38% 12 pasos), a diferencia del grupo que había recibido el tratamiento solo con metadona, quienes tenían 12% de efectividad. Con lo anterior, se presentó una diferencia estadísticamente significativa entre ACT y el grupo MM (solo metadona). En lo que respecta a las variables secundarias, fue utilizado el SCID, el cual es una entrevista semiestructurada que permite conocer y diagnosticar algunas dificultades como trastorno de ansiedad, abuso y dependencia de sustancias, trastornos somatomorfos, síntomas psicóticos y desorden en alimentación; igualmente, fue utilizado el Auto-SCID-II (Spitzer, Williams, Gibbon, & First, 1990, como se citó en Hayes, et al., 2014), que permite identificar trastornos de personalidad. También se empleó el ASI (Índice de gravedad a la adicción de McLellan et al., 1980, como se citó en Hayes et al., 2014), Escala de Auto-Ajuste Social (SAS-SR) (Weissman y Bothwell, 1976), Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979, como se citó en Hayes et al., 2014). Todas las medidas presentaron una mejoría significativa en los tres grupos, sin diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Siguiendo la misma línea, Stotts et al. (2009) realizaron un estudio con 56 personas que se encontraban en proceso de reducción de dosis de Metadona por dependencia a los opiáceos. La intervención fue realizada durante 24 semanas. En los hallazgos describen que 37% de los participantes del grupo ACT se desintoxicaron con éxito al final del tratamiento, mientras que en el grupo de DBT solo 19%. En cuanto a las medidas secundarias, los hallazgos indicaron disminución en el uso de estrategias de evitación hacia experiencias relacionadas con el consumo de drogas y se presentó una disminución en los indicadores de miedo a la desintoxicación en el grupo que recibía la ACT; con lo anterior, en el grupo ACT hubo mayores indicadores de flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de relacionarse con los eventos internos sin que sean obstáculos para ir hacia los valores.

Estudios realizados a personas con dependencia a la nicotina

Gifford et al. (2004) realizaron intervención con 76 personas, en la que compararon la ACT con un tratamiento de reemplazo de la nicotina (parches). Este tratamiento fue entregado en siete sesiones individuales y siete sesiones grupales. Los hallazgos indicaron que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos, como lo reflejan los porcentajes de abstinencia: 35% para ACT y 33% para el tratamiento de reemplazo de la nicotina. En el seguimiento a los seis meses, los porcentajes fueron 23% para ACT y 11% para el otro grupo. En lo que respecta al seguimiento a un año, la relación fue de 35% vs 15%. Con esto se evidencian mejores resultados, tras un año en el seguimiento, en los que participaron del grupo ACT. En cuanto a las variables secundarias, los hallazgos indican que los bajos niveles de evitación e inflexibilidad, aumentan la probabilidad de abstinencia al año de seguimiento; es decir, se presenta una relación entre indicadores de inflexibilidad psicológica, evitación y abstinencia. Estos resultados se fundamentan a partir de la aplicación de la Escala de Evitación e Inflexibilidad, cuyos indicadores disminuyeron al año de seguimiento para el grupo ACT.

Gifford et al. (2011) realizaron un estudio con 303 dependientes de la nicotina, que distribuyó aleatoriamente en dos grupos. El primero recibiría tratamiento con bupropión y el segundo grupo recibiría este mismo fármaco más el tratamiento desde la terapia analítico funcional y la terapia de Aceptación y Compromiso. Los resultados evidencian que en el postratamiento la relación de abstinencia fue de 26.2% para ACT; en tanto que para el grupo de bupropión tuvo 18.2%. No obstante, la terapia de Aceptación y Compromiso tuvo una diferencia estadísticamente significativa al año de seguimiento en relación con el grupo que solo había recibido el fármaco, con una prevalencia de abstinencia de 31.6% del fármaco, en relación a 17.5% en el otro grupo. En lo que respecta a las medidas secundarias, los que se encontraban en tratamiento combinado, mostraron indicadores más altos de satisfacción con el tratamiento. Igualmente, en dicha investigación se planteó que a mayor flexibilidad psicológica y menor evitación de eventos internos, mayor abstinencia en el seguimiento, es decir, estas son variables mediadoras.

Hernandez-Lopez et al. (2009) realizaron un estudio en el que comparaban la ACT con la DBT, en personas que tenían dependencia a la nicotina. Dentro de los criterios de inclusión para dicho estudio se encontraba que tuvieran una edad mínima de 18 años, antecedentes de consumo de nicotina mínimo de cinco años, que no estuvieran recibiendo actualmente un tipo de terapia y que presentaran un consumo de mínimo 10 cigarrillos al día. En total participaron 81 personas con edades entre los 25 y los 68 años. Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario de Aceptación Acción (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), entrevista breve para obtener información relacionada con el tabaquismo y monóxido de carbono expirado (CO), para evaluar la presencia de nicotina en el cuerpo.

En cuanto a la estructura de las intervenciones, estas fueron realizadas en sesiones de 90 minutos, durante siete semanas; los grupos contaban con 8 a 10 fumadores y la estructura de las sesiones fue similar para ambos tipos de intervención, es decir, se iniciaba con la introducción y práctica del grupo de terapia específica, establecimiento de objetivos y tareas para la próxima semana. Los tópicos de intervención en ACT estuvieron centrados en analizar el costo personal de fumar como un intento de controlar los eventos privados, clarificación de valores y compromisos con los valores personales, la difusión y la voluntad de experimentar y aceptar los eventos privados aversivos y la recaída como parte del proceso para dejar de fumar. En cuanto a la intervención centrada en la DBT, se plantó la fase de preparación en la que se les daba información sobre las consecuencias que fumar implica para la salud, se realizaron ejercicios de balance decisional y estrategias de automonitoreo para identificar disparadores de dicha conducta. Luego de esto, se les condujo a que disminuyeran el consumo de cigarrillos por día y que se auto-reforzaran por el logro de metas; igualmente, se trabajó desde estrategias de afrontamiento dirigido a evitar los disparadores. La última fase consistió en el abordaje desde la prevención de recaídas. Los resultados de esta investigación plantearon que la terapia ACT puede ser tan efectiva como la DBT, en cuanto a la abstinencia de la nicotina, presentando la primera de ellas 41.9% de abstinencia; y el grupo DBT, 23.7%. Sin embargo, en el seguimiento a los 12 meses se mostró una abstinencia mayor en el grupo de la ACT, con 30.2%; a diferencia del grupo TCC, con 13.2%.

Estudios dirigidos a personas policonsumidoras

Entre los estudios dirigidos hacia población policonsumidora, Villagrà & Gonzales (2013) y Villagrà et al. (2014), realizaron intervención desde la ACT con población de mujeres que se encontraban en prisión. En el estudio, realizado en el año 2013, participaron 31 mujeres distribuidas en dos grupos. En el grupo ACT hubo 18 personas y el grupo control 13. El tratamiento fue realizado durante 36 semanas. Los hallazgos reflejaron tasas de abstinencia de 27,8% aumentando hasta 43,8% después de seis meses en el seguimiento, en tanto que el grupo control alcanzó 18.2%. Igualmente, por medio de la aplicación de diferentes cuestionarios, se observaron reducciones en el porcentaje de la psicopatología comórbida y la ansiedad, así como un aumento en la flexibilidad psicológica, medido a través del Cuestionario de Aceptación Acción (AAQ). En este estudio, mencionaron que la Aceptación es una variable mediadora en relación a la abstinencia.

En el segundo estudio de Villagrà et al. (2014) participaron también mujeres que se encontraban en un centro de reclusión; sin embargo, a diferencia del anterior estudio, la muestra fue más amplia, en total 50 participantes. Estas fueron distribuidas en tres grupos (ACT, CBT Y GC). El tratamiento fue realizado durante 16 semanas. Los resultados en cuanto al consumo de droga fueron contrastados con pruebas de orina y auto-reportes, tanto en el pre como en el postratamiento. En este estudio, la abstinencia fue definida como tres meses sin el uso de las drogas. Los hallazgos en el postratamiento indican que 27,8 % del grupo ACT presentaba

abstinencia, mientras que 15,8% del grupo de tratamiento con DBT presentaban dicha condición. Respecto al grupo control, solo 7,7% presentaba abstinencia. En cuanto a las medidas secundarias, se tuvieron en cuenta principalmente las relacionadas con las puntuaciones del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad. En esta medida, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a favor de los grupos de DBT y ACT. En la subescala Somática, se presentó una disminución en los grupos DBT y ACT, y hubo un aumento de ésta en el Grupo Control. En cuanto a la escala cognitiva, ACT tuvo mejor resultado que DBT, sin ser estadísticamente significativo. Sin embargo, en relación al grupo control, sí lo fue.

Respecto a los criterios de diagnóstico de psicopatología, hubo una disminución en los trastornos por depresión y trastorno de pánico en el grupo ACT. No obstante, en los grupos de DBT y Grupo Control no se mostraron cambios significativos. Dentro de las limitaciones que plantean los autores, se encuentran la muestra pequeña de participantes y sugieren para personas que deserten del tratamiento, tener un grupo en espera.

El tercer estudio fue realizado por Gonzáles-Menéndez et al. (2014), con 37 mujeres que se encontraban en un centro de reclusión y presentaban criterios para dependencia de sustancias psicoactivas. Durante el estudio, el grupo de mujeres se dividió aleatoriamente en Grupo ACT y Grupo control con DBT. El objetivo general de este ensayo controlado aleatorio fue probar la eficacia a largo plazo de la ACT, en comparación con una DBT. Los hallazgos del estudio reflejaron que en ambos grupos hubo reducciones significativas en el consumo de sustancias psicoactivas, así como en los niveles de sensibilidad para la ansiedad. No obstante, los porcentajes de los trastornos mentales comórbidos se redujeron en el grupo ACT. A los 18 meses se encontró que la ACT tenía mayor tasa de abstinencia, a diferencia de la DBT. Los resultados para abstinencia en ACT fueron 27.8% al final del tratamiento, 42.8% a los 6 meses y 84,6% a los doce meses. En tanto que los porcentajes de abstinencia en el grupo de DBT fueron: 15.8% al final del tratamiento, 25% a los seis meses, 54,5% a los 12 meses y 50% a los 18 meses. Lo anterior indica que a los 18 meses, ACT fue estadísticamente significativa y favorable, en comparación con DBT. En cuanto a las medidas para la ansiedad, ambos grupos mostraron reducciones en los índices de sensibilidad; sin embargo, DBT mejoró más que ACT. No obstante, se evidenciaron mayores índices de aceptación de eventos privados (sensaciones, emociones, pensamientos) en el grupo ACT. Dicha variable es considerada como mediadora respecto a la abstinencia.

Discusión

El objetivo de este artículo fue brindar una revisión de los estudios empíricos en adicciones basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso, a partir de la búsqueda y el análisis de la literatura científica. Teniendo en cuenta lo anterior, se puede decir que la Terapia de Aceptación y Compromiso es tan eficaz en el tratamiento por trastornos de abuso y dependencia de sustancias como otro tipo de tratamientos psicológicos, partiendo de los resultados inmediatos en el postratamiento. No obstante, en los seguimientos a largo plazo de las intervenciones, ACT tiene más grado de efectividad que otro tipo de tratamientos (Gifford et al., 2004; González et al., 2014; Hernandez-Lopez et al., 2009; Stotts et al., 2009; Villagrà et al., 2014; Villagrà & Gonzales, 2013) en cuanto a la abstinencia de sustancias psicoactivas. Esto concuerda con lo planteado por Gifford (2004, como se citó en Lee et al., 2015) como “efecto de incubación”, el cual consiste en que después del tratamiento desde la Terapia de Aceptación y Compromiso, se sigue presentando un aumento en la flexibilidad psicológica, medido generalmente en las investigaciones a través del instrumento AAQ (Hayes, 1999, como se citó en Hernandez-López et al., 2009), con el que se observa cómo se relaciona el individuo con sus eventos privados y qué tanto se convierten en un obstáculo para dirigirse hacia sus valores. Este componente de flexibilidad podría estar relacionado con los resultados de abstinencia a largo plazo. Como lo mencionaba López Hernández-Ardieta (2014), la eficacia en los seguimientos de la ACT es una característica principal en los hallazgos, teniendo en cuenta que muchos de los tratamientos tradicionales para la población con dependencia a sustancias tienen limitaciones en los seguimientos. Inclusive, en el metaanálisis realizado por Magill & Ray (2009), los autores concluyeron que los tratamientos basados en la Terapia Cognitivo Conductual son eficaces en el postratamiento, aunque dicho efecto se desvanece entre los seis y doce meses en los seguimientos.

Tal como lo menciona López Hernández-Ardieta (2014), el objetivo central de ACT difiere de las terapias habituales que persiguen la eliminación del deseo de consumo para lograr abstinencia, en tanto que esta busca que las personas puedan relacionarse de una forma distinta con sus eventos privados y que respondan siempre en dirección a sus valores. De hecho, en algunas investigaciones donde describían correlación entre las variables, encontraron que a mayor flexibilidad psicológica, menor probabilidad de recaer en el consumo; es decir, dicha variable se comportó como mediadora en cuanto a la abstinencia (Gifford et al., 2004; Villagrà & Gonzales, 2013; Villagrà et al., 2014).

Por otro lado, existe evidencia de que la ACT combinado con tratamiento farmacológico es más eficaz que el tratamiento farmacológico solo (Hayes et al., 2004). Esto contradice lo planteado por Amato et al. (2008), quienes hacen una revisión sistemática de estudios que comparaban tratamientos combinados de terapias

psicosociales más un fármaco vs el tratamiento con el fármaco, para el tratamiento de dependientes a los opiáceos. Los autores sugirieron que ningún tipo de terapia psicosocial había mejorado la adherencia o la abstinencia de los participantes en el seguimiento; sin embargo, en la revisión actual, de acuerdo con el estudio realizado por Hayes et al. (2004), hubo una mayor efectividad de tratamiento combinado. Además de lo anterior, Gifford et al. (2004; 2011), demostraron mayor efectividad en la abstinencia a la nicotina en las personas que recibieron la ACT, en comparación con tratamiento farmacológico.

Dentro de las dificultades observadas en los diferentes estudios se encuentra la deserción alta, que osciló entre 18% y 80%. Esto reduce significativamente las muestras y, con ello, los resultados de los tratamientos, aspecto que a su vez disminuye la posibilidad de generalizar. Resulta pertinente evaluar las variables mediadoras que inciden en la deserción, con el fin de que sean incluidas en los tratamientos y así acortar el nivel de retiro de los programas. En los estudios que presentaron una deserción alta (Smouth et al., 2010), sus autores explicaron con hipótesis dichas razones (patrones de consumo crónico, bajo ajuste psicosocial); sin embargo, se considera necesario poder desarrollar medidas que describan estas variables, para que en futuros estudios puedan ser tenidas en cuenta.

Conectado a lo anterior, en los estudios de Luoma et al. (2008; 2012), en los que realizaban un tratamiento desde la ACT para la reducción de la autoestigmatización en los dependientes de sustancias psicoactivas, explicaban cómo esta variable asociada con la vergüenza interna, estigma internalizado y estigma percibido, podría incidir en la búsqueda de tratamiento por consumo, adicional a esto, podría estar relacionado con la adherencia al mismo. Con lo anterior, comprobaron que la terapia de aceptación y compromiso, pueden reducir los niveles de auto-estigmatización en la población que abusa de sustancias psicoactivas. Los autores sugieren que ésta podría ser una variable a tener en cuenta en los diferentes tratamientos que se realicen para este tipo de población.

Dentro de las limitaciones del presente estudio se encuentra la muestra reducida de investigaciones revisadas, que permiten sacar unas conclusiones iniciales frente a los diferentes hallazgos después de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en población con problemas de abuso o dependencia. Igualmente, para futuros estudios se recomienda realizar un mayor énfasis en el análisis estadístico, en cuanto a la efectividad de dicha terapia; así como incluir otro tipo de estudios como aquellos de caso único, que tal como lo mencionaba Roussos (2007), tendría dentro de sus ventajas la capacidad de generar hipótesis, establecer relaciones causa-efecto, capacidad de abordar casos con situaciones atípicas, posibilidad de proporcionar una evidencia en contra de conceptos hasta el momento universales. Por otro lado, teniendo en cuenta que la ACT está orientada hacia los valores de cada persona, se sugiere que los hallazgos de las investigaciones en poblaciones con trastornos por el abuso y/o dependencia de sustancias, puedan dar cuenta de los cambios luego del tratamiento, no solo en términos de abstinencia, sino también a nivel de condiciones de vida en general,

aspecto que no se ve claramente reflejado en algunas de las investigaciones descritas, las cuales se centran en el resultado de reducción de consumo, sin tener en cuenta mecanismos de cambio y la posibilidad de obtención y descripción de datos cualitativos donde se evidencien cambios en el repertorio conductual, asociados a la aceptación de eventos internos que pueden ser percibidos como negativos, y al compromiso hacia los valores personales. Así mismo, se recomiendan estudios que puedan dar cuenta del análisis de las diferentes fases en el proceso de tratamiento desde la ACT, y cuáles de ellas podrían ser más efectivas en el tratamiento o cómo se dan los procesos de cambio a partir de estas fases.

Cabe resaltar que no se han realizado estudios controlados en contextos latinoamericanos que pudieran ampliar la comprensión de los procesos que median la efectividad de ACT, teniendo en cuenta las diferentes variables culturales y demográficas. Esto se relaciona con lo planteado por Lee et al. (2015), quienes argumentaban que dentro de varios de los estudios controlados y aleatorizados revisados no había diversidad étnica, y dicha limitación es una de las razones de reducir las posibilidades de generalizar los resultados.

Por otro lado, aunque algunas de las investigaciones incluían instrumentos elaborados con el fin de observar variables relacionadas con la aceptación, acción y flexibilidad psicológica, cabe resaltar que la mayoría de los estudios presentaban instrumentos de segunda generación, enfocados en una visión psicopatológica, lo cual no es congruente con la dinámica manejada en la tercera generación; por tanto, se invita a que el desarrollo de investigaciones posteriores esté mucho más enriquecido en instrumentos psicométricos individualizados, con el fin de ver repertorios de comportamiento y su función en el contexto.

A modo de conclusión, se podría decir que la ACT es posiblemente eficaz en el abordaje de los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. Igualmente, se plantea la flexibilidad psicológica como variable mediadora relacionada con la abstinencia de sustancias psicoactivas. Se hace necesario realizar más estudios en esta área para ampliar su sustento empírico; así como desarrollar investigaciones en Latinoamérica que permitan enriquecer dicha terapia y aumentar su nivel de confiabilidad y eficacia.

Referencias

Administración de Servicios de Sustancias de Abuso y Salud Mental (SAMSHA). (2013). National Registry of evidence-based Programs and Practices. Recuperado de <http://www.samhsa.gov/data/evidence-based-programs-nrepp>

- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M., Vecchi, S., Ferri, M. & Mayet, S. (2008). Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(4). Doi: 10.1002/14651858.CD004147.pub3
- Batten, S. & Hayes, S. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Comorbid Substance Abuse and Post-Traumatic Stress Disorder. A case study. *Clinical Studies*, (4), 246-262. Doi: <https://doi.org/10.1177/1534650103259689>
- Batten, S., DeViva, J., Santanello, A., Morris, L., Benson, P. & Mann, N. (2009). Acceptance and Commitment Therapy for Comorbid PTSD and substance Use Disorders. En J. T. Blackledge, J. Ciarrochi & F. Deane (Eds.), *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory, Research and Practice* (pp. 311-328). Australia: Australian Academic Press.
- Bricker, J., Mann, S., Marek, P., Liu, J. & Peterson, A. (2010). Telephone-delivered Acceptance and Commitment Therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12(4), 454-458. Doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntq002>
- Bricker, J., Wysszynski, C., Comstock, B. & Heffner, J. (2013). Pilot Randomized Controlled Trial of Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*, 15(10), 1756-1764. Doi: <https://doi.org/10.1093/ntr/ntt056>
- Bricker, J., Mull, K., Kientz, J., Vilardaga, R., Mercer, L., Akiola, K. & Heffner, J. (2014). Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 143, 87-94. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.07.006>
- Buckner, J. D. & Carroll, K. M. (2010). Effect of anxiety on treatment presentation and outcome: Results from the Marijuana Treatment Project. *Psychiatry Research*, 178(3), 493-500. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.08.015>
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G. & Schmidt, N. B. (2011). Social anxiety and marijuana-related problems: The role of social avoidance. *Addictive Behaviors*, 36(1-2), 129-132. Doi: 10.1016/j.addbeh.2010.08.015
- Buckner, J. D., Mallott, M. A., Schmidt, N. B. & Taylor, J. (2006). Peer influence and gender differences in problematic cannabis use among individuals with social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(8), 1087-1102. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.03.002>
- Buckner, J., Zvolensky, M., Farris, S. & Hogan, J. (2014). Social Anxiety and Coping Motives for Cannabis Use: The Impact of Experiential Avoidance. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 568-574. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0034545>

- Fernández, A. y Ferro, R. (2006). Psicoterapia Analítico Funcional: una aproximación contextual funcional al tratamiento psicológico. *Revista Edupsykhé*, 5(2), 203-229.
- Forsyth, J. P., Parker, J. D. & Finlay, C. G. (2003). Anxiety sensitivity, controllability, and experiential avoidance and their relation to drug of choice and addiction severity in a residential sample of substance-abusing veterans. *Addictive Behaviors*, 28(5), 851-870. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(02\)00216-2](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(02)00216-2)
- Gifford, B., Kohllenberg, B., Hayes, S., Antonuccio, D., Piasecki, M., Rasmussen-Hall, M. & Palm, K. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80015-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80015-7)
- Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S., Pierson, H., Piasecki, M. & Palm, K. (2011). Does Acceptance and Relationship Focused Behavior Therapy Contribute to Bupropion Outcomes? A Randomized Controlled Trial of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 42(4), 700-715. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.002>
- González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F. & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 18-27. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70033-X](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70033-X)
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior therapy*, 35, 639-665. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80013-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80013-3)
- Hayes, S., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford Press.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Bisset, R., Piasecki, M., Batten, S., 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(4), 667-688. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(04\)80014-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80014-5)
- Hayes, S. C. & Levin, M. (2012). *Mindfulness and Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse and Behavioral Addictions*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A. & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes, and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44(1), 1-25. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. y Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer.

- Heffner, M., Eifert, G. H., Parker, B. T., Hernandez, 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. Doi: [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(03\)80055-X](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(03)80055-X)
- Hernandez-López, M., Luciano, C., Bricker, J., Roales-Nieto, J. & 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. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0017632>
- Larmar, S., Wiatrowski, S. & Lewis-Driver, S. (2014) Acceptanced & Commitment Therapy: An Overview of Techniques and Applications. *Journal of Service Science and Management*, 7, 216-221. Doi: <https://doi.org/10.4236/jssm.2014.73019>
- Lee, E., An, W., Levin, M. & Twohig, M. (2015). An initial meta-analysis of Acceptance and Commitment Therapy fortreating substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence*, 155, 1–7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2015.08.004>
- Lejuez, C. W., Paulson, A., Daughters, S. B., Bornovalova, M. A. & Zvolensky, M. J. (2006). The association betweenheroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behav Res Ther.*, 44(5), 667–677. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.04.006>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Livingston, J., Milne, T., Lan Fang, M. & Amari, E. (2011). The effectiveness of interventions for reducing stigma related to substance use disorders: a systematic review. *Addiction*, 107(1), 39–50. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03601.x>
- López Hernández-Ardieta, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Salud y drogas*, 10(2), 37-46.
- López Hernández-Ardieta, M. (2014). Estado Actual de la Terapia de Aceptación y Compromiso en Adicciones. *Salud y drogas*, 14(2), 99-108.
- Luciano, M. C., Gómez, S., Hernández, M., y Cabello, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 333-371.
- Luciano, M., Paez-Blarrina, M. y 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.

- Luciano, M. C., Rodríguez, M., & Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4(1), 377-394.
- Luoma, J., Kohlenberg, B., Hayes, S., Bunting, K. & Rye, A. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research and Theory*, 16, 149-165. Doi: <https://doi.org/10.1080/16066350701850295>
- Luoma, J., Kohlenberg, B., Hayes, S. & 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. Doi: <https://doi.org/10.1037/a0026070>
- Magill, M. & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Stud Alcohol Drugs*, 70(4), 516-527. Doi: <https://doi.org/10.15288/jsad.2009.70.516>
- Mak, Y. W. & Loke, A. Y. (2015). The acceptance and commitment therapy for smoking cessation in the primary health care setting: a study protocol. *BMC Public Health*, 15(105), 1-7. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-1485-z>
- Marín Romero, B. (2006). Dependencia de cocaína y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 32(146), 781-798.
- Mayet, S., Ferri, M., Amato, L. & Davoli, M. (2004). Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence. *Cochrane Drugs and Alcohol Group*, 25(1). Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004330.pub2>
- National Institute on Drug Abuse. (NIDA). (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Washington: National Institute on Drug Abuse. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-abuse-treatment-criminal-justice-populations/principles>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2004). La dependencia de sustancias es tratable, sostiene un informe de expertos en neurociencias. OMS. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr18/es/>
- Öst, L. (2014). The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy: An updated systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research & Therapy*, 61, 105-121. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.07.018>
- Pérez Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *eduPsykhé*, 5(2), 159-172.

- Pérez Álvarez, M., Fernández Heredia, J. R., Fernández Rodríguez, C. & Amigo Vázquez, I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces* (2ª ed.). *Psicología de la salud*. España: Ediciones Pirámide.
- Petersen, C. & Zettle, R. (2009). Treating Inpatients with Comorb in Depression and Alcohol Use Disorders: A comparison of Acceptance and Commitment Therapy Versus Treatment as Usual. *The Psychological Record*, 59, 521–536.
- Roussos, A. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(3), 261-270.
- Secades, R. y Fernández, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción. *Revista Psicothema*, 13(3), 365-380.
- Smout, M., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. & White, W. (2010). Psychosocial Treatment for Methamphetamine Use Disorders: A preliminary Randomized Controlled Trial of Cognitive Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy. *Substance Abuse*, 31, 98-107. Doi: <https://doi.org/10.1080/08897071003641578>
- Stotts, A., Masuda, A., Sate, G. & Wilson, K. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy during Methadone Dose Reduction: Rationale, Treatment Description, and a Case Report. *CognBehavPract.*, 16(2), 205–213. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.08.003>
- Villagrà, P., Fernández, P., Rodríguez, F. & Gonzales, A. (2014). Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Substance Use Disorder With Incarcerated Women. *Journal of clinical psychology*, 70(7), 644–657. Doi: <https://doi.org/10.1002/jclp.22060>
- Villagrà, P. & Gonzales, A. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for drug abuse in incarcerated women. *Psicothema*, 25(3), 307-312.
- Weissman, M. M. y Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry*, 33(9), 1111-1115. Doi: <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770090101010>
- Witkiewitz, K., Marlatt, A. & Walker, D. (2005). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders. *Journal of cognitive psychotherapy: An International Quarterly*, 30(4), 295-305. Doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08897070903250084>