

Salud y drogas

ISSN: 1578-5319

jagr@umh.es

Instituto de Investigación de

Drogodependencias

España

López Hernández-Ardieta, Marcos

ESTADO ACTUAL DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN ADICCIONES

Salud y drogas, vol. 14, núm. 2, 2014, pp. 99-108

Instituto de Investigación de Drogodependencias

Alicante, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83932799002>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

ESTADO ACTUAL DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO EN ADICCIONES

CURRENT STATE OF ACCEPTANCE AND COMMITMENT THERAPY IN ADDICTIONS

Marcos López Hernández-Ardieta

Centro de Atención Integral a Drogodependientes, Madrid

Abstract

Substance abuse disorders are some of the psychological disorders with a higher dropout and relapse rates; this makes it necessary to constantly update the advances taking place within the mainstream treatment model for these disorders, cognitive behaviour therapy.

In the present work we reviewed the evidence regarding empirical studies of treatment in the field of addictions (case reports and controlled trials) for one of the third generation behaviour therapies with more promising outcomes: Acceptance and Commitment Therapy.

Keywords: Addictions, empirical evidence, Acceptance and Commitment Therapy.

Resumen

El campo de las drogodependencias está situado entre los trastornos psicológicos con mayor índice de abandonos y mayor tasa de recaídas, por lo que se hace necesario una constante actualización de los avances que se vayan produciendo dentro del modelo imperante y de referencia para este trastorno (la terapia cognitivo-conductual).

En el presente trabajo se ofrece una revisión de los estudios empíricos en adicciones, tanto estudios de caso único como estudios controlados, de una de las terapias de conducta de tercera generación que más prometedores resultados está ofreciendo: la Terapia de Aceptación y Compromiso.

Palabras clave: adicciones, evidencia empírica, Terapia de Aceptación y Compromiso.

Correspondencia: Dr. Marcos López Hernández-Ardieta
C.A.I.D. Este. Pza Cívica s/n
28037 (Madrid). mlopez.ha@gmail.com

Dentro de los desarrollos a nivel básico y aplicado que se están produciendo en el campo psicológico, destaca la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Wilson y Luciano, 2002), una de las llamadas terapias de conducta de tercera generación (Hayes, Masuda, Bissett, Luoma y Guerrero, 2004) bajo el paraguas de la filosofía denominada Contextualismo Funcional (Hayes, Hayes y Reese, 1988). ACT se fundamenta en los avances del análisis funcional del lenguaje y la cognición, la denominada Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001), y está concebida para el tratamiento de la clase funcional denominada “trastorno de evitación experiencial” (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001), más recientemente denominada inflexibilidad psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda, y Lillis, 2006).

El trastorno funcional de evitación experiencial se puede conformar cuando la persona ha vivido en unas condiciones en las que se ha fomentado una orientación conductual en contra del malestar y, por ende, en contra de la vida (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001; Törneke, Luciano y Valdivia-Salas, 2008; Wilson, Hayes, Gregg y Zettle, 2001). El trastorno de evitación experiencial o inflexibilidad psicológica ocurre cuando la persona no está dispuesta a entrar en contacto con experiencias privadas aversivas (ya sean pensamientos, recuerdos, sensaciones...) y se comporta deliberadamente para alterar la forma o la frecuencia de dichas experiencias, produciendo una importante limitación en la vida personal. Al tratarse de una clase funcional u operante, ésta puede mostrarse con distintas topografías o formas conductuales diferentes. Así, distintas maneras problemáticas de comportarse (incluyendo el abuso y la dependencia de sustancias) pueden cumplir la misma función: de evitación experiencial. De hecho, se ha evidenciado que la evitación experiencial está relacionada con distintos trastornos psicológicos, tal cual están categorizados en la nosología psiquiátrica al uso (ver Boulanger, Hayes y Pistorello, 2010, para una revisión a este respecto). La evitación experiencial jugaría un papel relevante en la conducta adictiva en la medida en que los sujetos sigan la regla de evitar o escapar del malestar, o consumir droga para sentirse bien de inmediato y así poder continuar con su vida (Hayes et al., 1996; Luciano y Hayes, 2001). Más específicamente, supone comportarse con la finalidad de eliminar malestar o de conseguirlo rápidamente,

alejándose de las trayectorias de valor (Luciano, Rodríguez y Gutiérrez, 2004).

En el campo de las adicciones, este patrón de evitación experiencial destructivo (o inflexibilidad psicológica) se evidencia en el rígido control de los eventos privados sobre la conducta del sujeto (Luciano, Páez y Valdivia, 2010). Por ejemplo, dada la particular historia del individuo, la aparición de eventos privados aversivos (como la tristeza, la ansiedad o la ira) cumplirían una función discriminativa de conductas de abuso de una determinada sustancia, a fin de acabar o reducir tal estado. Al consumir, se produce un alivio o reducción del malestar y se potencia, además, el actuar de una forma coherente de acuerdo a la regla de que hay que evitar el malestar para poder vivir. Cuando se dan múltiples ejemplos de esta regulación se puede establecer la clase funcional de evitación experiencial, con un resultado problemático: el malestar sigue y la vida queda limitada.

El objetivo básico de ACT, pues, consiste en generar flexibilidad ante los eventos privados. Dicho de otro modo, el desarrollo de la aceptación psicológica o el que la persona sea capaz, en presencia de malestar, de actuar en una dirección valiosa (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999; Luciano et al., 2010; Luciano et al., 2004; Wilson y Luciano, 2002). El desarrollo de la flexibilidad psicológica en adicciones supondrá que la elección conductual de un sujeto no dependerá del malestar ni de las “ganas” de consumir que esté experimentando, sino de lo que sea importante para él en función de sus valores personales (por ejemplo, mantenerse en el cuidado de su hijo pequeño en lugar de irse a consumir para reducir el estrés producido por el trabajo). De esta manera, la persona aprenderá a lidiar con sus circunstancias personales y a relacionarse de manera diferente con los pensamientos y emociones (por ejemplo, los generados por el fallecimiento de un ser querido o la pérdida de un trabajo importante). Para ello, ACT propicia (1) aprender habilidades de distanciamiento de los eventos privados, y propicia (2) la clarificación de direcciones importantes de acción personal (Luciano et al., 2004).

ACT tiene un compromiso con la investigación experimental a nivel básico y aplicado, y desde su inicio formal (1999) se han desarrollado procedimientos terapéuticos y un amplio repertorio de técnicas específicas para alterar relaciones funcionales en la dirección señalada. A continuación se presentan los

estudios clínicos de ACT en el campo de las adicciones, un área caracterizada por la baja respuesta al tratamiento (NIDA, 2001) y en la que, por tanto, es necesario evaluar las aportaciones que puedan realizar los recientes desarrollos de la terapia de conducta.

Evidencia empírica de ACT en adicciones

Se comenzará por los estudios de caso único y posteriormente se analizarán los estudios controlados disponibles en el momento de realización del presente trabajo.

Estudios de caso único

En ACT, de acuerdo a su filosofía conductista radical, no se han desestimado los análisis de casos únicos que muestran la idiosincrasia del análisis funcional y de la intervención psicológica. De forma coherente con las bases teóricas y conceptuales del conductismo radical, los estudios de caso único, en lugar de ir destinados a la creación de guías generales de tratamiento y manuales, van destinados a detectar estrategias precisas para alterar relaciones funcionales concretas.

De esta manera, Luciano, Gómez, Hernández y Cabello (2001) presentan la aplicación de ACT a un caso clínico de alcoholismo. El tratamiento consistió en 21 sesiones individuales semanales repartidas a lo largo de 8 meses, más siete sesiones de seguimiento en un periodo de trece meses. A lo largo del tratamiento se producen episodios de bebida (informados en las sesiones 16, 17 y 20). En el seguimiento no vuelven a producirse consumos de alcohol, mientras se mantienen numerosas oportunidades para beber y se nota la necesidad de beber alcohol. Es considerable el despliegue de conductas encaminadas a valores durante el año de seguimiento. Los autores señalan la importancia de generar un marco de perspectiva eficaz que se produce paralelamente al distanciamiento de los eventos privados, produciendo un cambio en las relaciones pensar-sentir-actuar a través de múltiples ejemplos, generando nuevas respuestas ante los mismos.

Heffner, Eifert, Parker, Hernández y Sperry (2003) mostraron la aplicación de ACT en un sujeto de mediana edad con un trastorno crónico de dependencia de alcohol. El tratamiento se centró principalmente en la clarificación de valores y el desarrollo de direcciones de

valor, desarrollándose a lo largo de 21 sesiones repartidas en 4 meses, con otro mes y medio de seguimiento. Los resultados muestran una abstinencia a lo largo del tratamiento y en el seguimiento cercana al 100% y una significativa mejora en la calidad de vida. Los autores señalan como elemento terapéutico principal, generador del cambio, el trabajo que permite el desarrollo de conductas elegidas por parte del cliente en dirección a sus valores personales.

Batten y Hayes (2005) mostraron el abordaje de un cliente con diagnóstico de trastorno por estrés postraumático y abuso de sustancias (alcohol, anfetaminas, cocaína y marihuana). Durante los 12 meses de intervención, el cliente redujo significativamente sus puntuaciones en medidas de psicopatología del MMPI-2 y en medidas de evitación experiencial. Hasta el séptimo mes de tratamiento no se produjo la abstinencia a las sustancias problema, abstinencia que se mantuvo hasta el final del tratamiento. En el seguimiento a un año, el cliente realizó múltiples avances en áreas valiosas, teniendo consumos puntuales de alcohol y marihuana sin consecuencias negativas. Los autores señalan la dicotomía innecesaria que supone la distinción entre tratamientos de drogodependencias y los tratamientos de salud mental, cuando se aborda bajo una perspectiva funcional. Así mismo, los sujetos con un problema de adicción suelen sentirse apartados y juzgados por la "sociedad" en general y por algunos modelos de tratamiento, cuando estudios de caso como los realizados muestran que, a corto y a largo plazo, es más potente y validante el basar la terapia en términos de utilidad y centrado en los valores del cliente, más que en la propia adicción.

Twohig, Shoenberger y Hayes (2007) mostraron el tratamiento de 3 adultos con criterios de dependencia de marihuana, que recibieron un protocolo breve de ACT de ocho sesiones semanales de 90 minutos. Se utilizaron analíticas toxicológicas para verificar la abstinencia de todos los sujetos en el post-tratamiento. A los 3 meses de seguimiento, un participante se mantenía abstinente y los otros dos estuvieron usando cantidades inferiores a las registradas en la línea base. Este estudio muestra, como los anteriores casos, un abordaje diferente al clásico para este tipo de dependencia; un abordaje no basado en la reducción o el control de los eventos privados asociados al uso de sustancias. En estos tres casos clínicos se crea un contexto verbal en el que las ganas de consumir y los

pensamientos sobre el consumo pueden ser experimentados y no actuados.

Stotts, Masuda y Wilson (2009) mostraron la utilidad de ACT para ayudar a un sujeto durante la desintoxicación de metadona. El sujeto, de 57 años, recibió sesiones individuales semanales de ACT durante las 24 semanas de reducción gradual de la dosis del agonista opiáceo con el que estaba siendo tratado. Se evaluó el efecto que los 6 meses de intervención tuvieron en la desintoxicación de metadona, el uso de opiáceos y de otras drogas ilegales. El uso de drogas se valoró a través de screenings toxicológicos a múltiples sustancias. En los resultados se aprecia la abstinencia del sujeto a cualquier sustancia durante las 24 semanas de tratamiento. Al año de seguimiento, el sujeto se mantenía abstinentes a opiáceos, aunque refirió el uso de benzodiacepinas prescritas. Los autores señalan que la creación de flexibilidad psicológica, es decir, que el cliente sea capaz de estar dispuesto y abierto a eventos privados desagradables, actuando en direcciones valiosas, permitió una desintoxicación a metadona exitosa.

López (2010) presenta la terapia aplicada a un sujeto con un problema de dependencia de cocaína y abuso de alcohol. El sujeto se mantuvo abstinentes y se embarcó en conductas vitales significativas durante los 6 meses de tratamiento y otros 6 meses de seguimiento. El autor señala que dichos resultados fueron posibles pese a la aparición de malestar y ganas de consumir durante el proceso de tratamiento, gracias a la alteración del patrón de evitación que estaba resultando problemático.

Por último, López (2013a) expuso el tratamiento realizado con un sujeto policonsumidor (heroína y cocaína) desde hacía 25 años, en tratamiento con metadona y con importantes conductas impulsivas. El tratamiento consistió en citas semanales durante un año y quincenales durante un segundo año. Durante todo el proceso de tratamiento se realizaron controles toxicológicos de orina de 1 a 3 veces a la semana a las sustancias problema. Los resultados mostraron que el paciente estuvo abstinentes a heroína y cocaína de forma objetiva y continuada durante todo el proceso de tratamiento y durante 12 meses de seguimiento pese a las ganas de consumir que inevitablemente surgieron con mayor o menor intensidad durante este periodo. Asimismo, se evidenció una disminución significativa de las conductas impulsivas y una mejora relevante de la

calidad de vida. El autor señala que intervenciones como la realizada muestran que la intervención psicológica exitosa es posible incluso con los casos más enquistados y con perfil característico de mayor cronicidad.

Estudios controlados

Se cuenta con cinco estudios controlados y aleatorizados de la efectividad de ACT en adicciones.

En el primero de ellos, Gifford et al. (2004) comparó ACT con la terapia sustitutiva con nicotina de cara a la abstinencia al tabaco. Se asignó, de forma aleatoria, 67 fumadores a dos grupos. El primero de ellos recibió la terapia sustitutiva de nicotina y el segundo grupo recibió 7 sesiones individuales y 7 sesiones grupales de ACT. En el grupo de terapia sustitutiva de nicotina, los sujetos asistieron a un grupo educativo de hora y media conducido por un psiquiatra, quien exponía la validez de la utilización de los parches de nicotina, basada en la explicación del consumo como una consecuencia del síndrome de abstinencia y la pertinencia de utilizar los parches para solucionar el problema. Se siguió la recomendación estipulada, de 4 semanas con 22 mg y otras 3 semanas con 11 mg (un total de 7 semanas de tratamiento). En el grupo ACT, los sujetos recibieron 7 semanas de tratamiento igualmente (una sesión individual y otra grupal semanales). Se utilizaron diversas medidas para evaluar sintomatología. En concreto, la Escala de Evitación e Inflexibilidad (Avoidance and Inflexibility Scale; Gifford et al., 2002) para la medición de evitación experiencial, el Test de Fagerström (Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991) para la dependencia de nicotina, el Perfil de Estados de Ánimo (Profile of Mood States; McNair, Lorr y Droppleman, 1971) que mide sintomatología ansiosa y depresiva, y la Escala de Síntomas de Abstinencia de Shiffman (Shiffman Tobacco Withdrawal Scale; Shiffman y Jarvik, 1976) para la medición de sintomatología resultante de la abstinencia al tabaco. Asimismo, se midieron los niveles de monóxido de carbono en aire espirado para determinar la exposición reciente al humo del tabaco (Irving, Clark, Crombie y Smith, 1988). Los resultados, en cuanto a abstinencia, mostraron la ausencia de diferencias entre ambas condiciones al post-tratamiento: 35% de sujetos abstinentes en el grupo que recibió ACT por un 33% de sujetos abstinentes entre aquellos que recibieron el tratamiento con la terapia sustitutiva. A los 6 meses de seguimiento, el porcentaje de sujetos

abstinentes era de 23% en la condición ACT por un 11% en la condición de terapia sustitutiva. Hay diferencias estadísticamente significativas al año de seguimiento (35% frente al 15%). Los autores concluyen que los resultados indican que la evitación de los estímulos privados y la correspondiente inflexibilidad psicológica (teniendo en cuenta las medidas del Avoidance and Inflexibility Scale) mediaban los efectos en los resultados.

Hayes et al. (2004) realizó un estudio con 124 policonsumidores en tratamiento con metadona asignados aleatoriamente a tres condiciones: (1) ACT y metadona, (2) el Tratamiento Intensivo de los 12 Pasos (Nowinski, Baker y Carroll, 1995) y metadona, y (3) sólo metadona. En los dos tratamientos activos los participantes recibieron 32 sesiones individuales y 16 sesiones grupales. Se realizaron, como medidas de la abstinencia, análisis de muestras de orina obtenidas dos veces a la semana. Se utilizaron potentes contingencias para incrementar la adherencia a los tratamientos (abonando 45\$ semanales a cada usuario por asistir a las sesiones y realizar los controles toxicológicos, aunque sin condicionarlo a ningún tipo de resultado). Al post-tratamiento no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto a abstinencia a todas las sustancias (52% ACT, 50% "12 pasos", 32% metadona). Las diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones se produjeron a los 6 meses de seguimiento: una mayor efectividad de las dos condiciones activas de tratamiento (50% ACT, 38% "12 pasos") con respecto al grupo que sólo recibía metadona (12%). Las comparaciones entre los grupos de ACT y el de "12 pasos" sólo se realizaron con respecto a aquellas variables en las que uno difería de la condición metadona y el otro grupo no. De esta manera, resultó significativa la abstinencia referida por los sujetos en el seguimiento, 42% ACT por 19% en "12 pasos". Los autores señalan diversas limitaciones, como escasos registros de las experiencias de los clientes durante el seguimiento y elevados índices de abandono del estudio por parte de los clientes, aun y cuando se establecieron contingencias específicas para garantizar la permanencia de los sujetos en la investigación (paga), lo que limita la potencia del estudio. Relacionan el elevado índice de abandono con poca motivación para el tratamiento, bajo ajuste psicosocial y patrones crónicos de consumo. Los autores refieren que los resultados no se deben a características inespecíficas de los tratamientos e indican la necesidad

de otros estudios controlados donde se analicen variables de proceso.

El tercer estudio (Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto y Montesinos, 2009) consistió en la comparación de ACT con la terapia cognitivo-conductual (en adelante CBT, de Cognitive Behavior Therapy) en fumadores de tabaco, es decir, una comparación de ACT con la terapia psicológica de referencia en esta población. El tratamiento consistió en siete sesiones en grupo semanales de 90 minutos cada una. Participaron 81 fumadores adultos (43 en ACT y 38 en CBT). La abstinencia fue medida por los niveles de monóxido de carbono en aire espirado. También se tomaron medidas en evitación experiencial (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ; Hayes et al., 1999) e información relativa a la dependencia de nicotina mediante el Test de Fagerström (Heatherton et al., 1991). Los resultados mostraron buenos resultados de ACT al post-tratamiento (41,9% del total de sujetos abstinentes en ACT, por un 23,7% de sujetos abstinentes en CBT). En el seguimiento de un año, el 30,2% de sujetos estaban abstinentes en la condición ACT comparado con el 13,2% en la condición CBT (diferencias estadísticamente significativas). Sus autores indican la necesidad de estudios controlados de comparación con CBT para dar un paso más en la construcción de evidencia que muestre la utilidad de ACT para la abstinencia al tabaco, centrándose en los procesos de cambio con vista a discriminar los elementos terapéuticos centrales de las intervenciones.

Smout et al. (2010) comparó la eficacia diferencial entre ACT y CBT en sujetos con abuso o dependencia de anfetaminas. Se asignaron aleatoriamente a 2 grupos 90 sujetos con criterios de abuso o dependencia de dicha sustancia: 47 de ellos iniciaron un tratamiento CBT y los restantes 43 recibieron un protocolo de ACT. Ambos tratamientos consistieron en 12 sesiones semanales individuales de 60 minutos. Tres terapeutas realizaron los tratamientos de las dos condiciones tras un entrenamiento en ambos modelos (4 días de taller experiencial en ACT y 1 día de taller didáctico del modelo CBT). Se midió la abstinencia objetiva a metanfetamina mediante un análisis del cabello en el pre-tratamiento (con toda la muestra inicial), en el post-tratamiento (a los 3 meses del inicio del estudio, con una muestra de 31 sujetos) y en un seguimiento de 3 meses (con 25 sujetos, 15 en CBT y 10 en ACT). En los mismos períodos se midió la severidad de la dependencia de metanfetamina

mediante el Cuestionario de Dependencia de Leeds (Raistrick et al., 1994). Cada participante recibió 20\$ por sesión de evaluación completada. Los resultados mostraron reducciones estadísticamente significativas en ambas condiciones en el uso de metanfetamina (referida por los sujetos) y en la dependencia a esta sustancia, entre el pre-tratamiento y los otros dos momentos temporales (tras finalizada la intervención y el seguimiento), pero sin diferencias significativas entre CBT y ACT. Pese a que ambos grupos mejoraron en abstinencia, sólo la condición CBT lo hizo de forma significativa (un 37% de los análisis de cabello dieron negativo a anfetaminas a los 3 meses de seguimiento). Los autores señalan el alto porcentaje de abandonos en ambas condiciones en el post-tratamiento y en el seguimiento, como causa principal de la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en la condición ACT. Estos problemas dificultaron las conclusiones derivadas de este estudio preliminar y muestran la importancia en futuras investigaciones de profundizar en los componentes terapéuticos que tienen influencia en la adherencia y asistencia a los tratamientos.

En el último estudio controlado (López, 2013b) se asignaron a dos grupos 20 sujetos policonsumidores que iniciaban tratamiento ambulatorio en un centro público de atención a drogodependientes. En uno de ellos, dos psicólogos aplicaron de forma flexible un protocolo basado en la CBT. En el otro grupo, otros dos psicólogos realizaron intervenciones flexibles basadas en un protocolo de ACT. Las variables principales que sirvieron para valorar dicha eficacia diferencial son el número de altas terapéuticas y abandonos del tratamiento, y la abstinencia y asistencia a controles toxicológicos. Otras variables adicionales utilizadas en el pre-tratamiento y cada 3 meses fueron el nivel de evitación experiencial (Acceptance and Action Questionnaire, AAQ; Hayes et al., 1999), el nivel de discrepancia con respecto a los valores personales (Wilson y Luciano, 2002) y el grado de credibilidad en razones (Wilson y Luciano, 2002). Los sujetos dados de alta contaron con un seguimiento de 12 meses, periodo en el que continuaron las medidas de las variables adicionales y los controles toxicológicos. Los resultados principales mostraron mejores resultados de la condición ACT con respecto a la asistencia a controles toxicológicos (los sujetos del grupo ACT acudieron a un 91% de los controles toxicológicos pautados, frente a un 47% del grupo CBT), abstinencia en controles toxicológicos (en ACT se mostró abstinencia en un 87% de

los controles realizados, frente a un 60% del grupo CBT), altas terapéuticas (5 sujetos de ACT frente a 1 de la condición CBT) y adherencia a los seguimientos de 12 meses de aquellos sujetos que recibieron el alta (4 de 5 en ACT, frente a 0 de 1 en CBT). Asimismo, los resultados mostraron la utilidad que las estrategias de aceptación tuvieron en la mejora de la calidad de vida del sujeto con un problema de adicción.

Dada la escasez de sujetos de este estudio clínico, la pérdida experimental de sujetos y la ausencia en estudios previos de variables de proceso, se decidió añadir un estudio preliminar descriptivo del proceso terapéutico (López, 2013b). Este estudio consistió en el análisis de las interacciones terapeuta-paciente en sesión, a partir de las transcripciones de 49 sesiones de los 20 sujetos realizadas en los primeros 3 meses (información procedente del estudio clínico previo, ya que todas las sesiones habían sido grabadas en audio). Este trabajo permitió un análisis detallado de las distintas interacciones (dirigidas a la aceptación o dirigidas al control) observadas durante la terapia y de su impacto en el comportamiento de los sujetos. Este análisis exploratorio permitió observar que en los 12 sujetos que abandonaron (independientemente de la condición de tratamiento) fueron más frecuentes las conductas de evitación en las tres sesiones analizadas, incrementándose éstas conforme avanzaba la terapia. Sin embargo, los 6 sujetos que recibieron el alta mostraron un mayor promedio de conductas de aceptación, incrementándolas gradualmente en el transcurso del tratamiento. Asimismo se observa, en los sujetos que recibieron el alta, que los terapeutas realizaron más movimientos consistentes con ACT (también en el sujeto que recibió el alta en CBT) en comparación con los sujetos que cursaron abandono, cuyos terapeutas iniciaron en mayor proporción movimientos dirigidos al control (incluidos los terapeutas ACT).

Por último mencionar, aunque no se puede considerar un ensayo controlado, que Bricker, Mann, Marek, Liu, y Peterson (2010) valoraron la posible utilidad de una aplicación telefónica de ACT para el tratamiento del tabaquismo. En este estudio preliminar, 14 adultos recibieron 5 sesiones telefónicas de ACT. Se valoraron las mejoras mediante medidas de autoinforme a los 20 días y a los 12 meses posteriores al tratamiento. A los 20 días tras el tratamiento, un 29% de los sujetos informó de no

haber fumado en los últimos 7 días. Así mismo, a los 12 meses de seguimiento, el 29% refirió no haber fumado en los últimos 12 meses.

Tabla 1. Resumen de los estudios controlados de ACT en adicciones

Estudio	Población	Porcentaje de sujetos abstinentes	Limitaciones principales
Gifford et al. (2004)	Fumadores de tabaco N= 67	<i>Post:</i> 35% ACT / 33% t.s. (1) <i>Seguimiento 6 meses:</i> 23% ACT / 11% t.s. <i>Seguimiento 12 meses:</i> 35% ACT / 15% t.s.	No comparación con tratamiento psicológico de referencia (CBT).
Hayes et al. (2004)	Policonsumidores en tratamiento con metadona N= 124	<i>Post:</i> 52% ACT+m (2) / 50% 12 p. (3) +m / 32% m. <i>Seguimiento 6 meses:</i> 50% ACT+m/ 38% 12 p.+m / 12% m.	No reproduce contexto clínico natural. No hay seguimientos a 12 meses.
Hernández-López et al. (2009)	Fumadores de tabaco N= 81	<i>Post:</i> 41,9% ACT/ 23,7% CBT. <i>Seguimiento 12 meses:</i> 30,2% ACT/ 13,2% CBT	Un único terapeuta por condición.
Smout et al. (2010)	Consumidores de anfetaminas N= 90	<i>Post:</i> 34% ACT/ 43% CBT. <i>Seguimiento 3 meses:</i> 50% ACT/ 37% CBT.	Los mismos psicólogos aplican el tratamiento de las dos condiciones. Escasa supervisión de la correcta aplicación de cada protocolo. No hay seguimientos ni a los 6 ni a los 12 meses.
López (2013b)	Policonsumidores N= 20	<i>Post:</i> 50% ACT / 10% CBT <i>Seguimiento 6 meses:</i> 50% ACT <i>Seguimiento 12 meses:</i> 40% ACT	Escasa muestra

(1) t.s. – Terapia sustitutiva de nicotina. (2) m- Metadona (3) 12 p.
– Tratamiento de 12 pasos

Limitaciones de los estudios realizados

Si bien los estudios han avanzado en la constatación de la utilidad de ACT en los sujetos con un problema adictivo, se podrían considerar algunos aspectos que convendría tener en cuenta en futuras investigaciones. Revisiones críticas de los estudios actuales han enfatizado la necesidad de emplear más de un terapeuta por condición, realizar seguimientos de más de 6 meses, desarrollar los estudios en contextos naturales y sin contingencias artificiales, y comparar con CBT, puesto que es el tratamiento psicológico de referencia (Öst, 2008). Veamos las limitaciones señaladas en los estudios mencionados de ACT en adicciones (ver tabla):

El estudio de Hayes et al. (2004) tiene una limitación en cuanto a su validez externa, al tratar de superar una dificultad central en el tratamiento de esta población (la adherencia al tratamiento) por medio de contingencias artificiales como la retribución económica por asistencia a sesiones y controles toxicológicos. Con esta operación, obviamente, se disminuye la tasa de abandonos (peso a ello, fue muy elevada), sobre todo teniendo en cuenta las características socioeconómicas de la muestra. El problema es que la investigación no reproduce el contexto real en el que se suelen producir las intervenciones. Un problema adicional es que sólo cuenta con un seguimiento 6 meses, que dada la cronicidad de los participantes es insuficiente.

El estudio de Hernández-López et al. (2009), a diferencia del mencionado estudio de Gifford et al. (2004), supone la comparación de ACT con otro tratamiento psicológico (CBT), incorporando un seguimiento notable. En este estudio habría sido importante la participación de más de un terapeuta en cada condición de cara a controlar los posibles efectos debidos a las características de cada terapeuta.

El estudio de Smout et al. (2010) utiliza los mismos terapeutas para sendos tratamientos. También habría que considerar que la formación en ACT y CBT recibida por los terapeutas podría ser insuficiente para un aplicación efectiva de ambos modelos (un taller experiencial y de habilidades clínicas de 4 días para la primera terapia, y de 1 día para CBT). De igual manera, un seguimiento de 3 meses, dadas las características de esta población, se torna claramente insuficiente. En cualquier caso, los estudios clínicos controlados de tratamientos psicológicos aplicados específicamente al uso

problemático de anfetaminas son muy escasos, de modo que este estudio abre la puerta para futuras investigaciones con esta población que traten de superar las limitaciones metodológicas señaladas.

El estudio de López (2013b) cuenta con una muestra muy escasa que impide la generalización de los resultados. Sin embargo, el autor realizó un estudio descriptivo posterior consistente en un análisis cualitativo del proceso de tratamiento con cada uno de los sujetos, un tipo de estudio apenas incipiente en la literatura y que permitió observar regularidades en las interacciones terapeuta-paciente asociadas al éxito o fracaso de la intervención.

El último estudio expuesto (Bricker et al., 2010) cuenta con importantes limitaciones al perder la potencia de los estudios controlados (comparación con grupo control, medidas de abstinencia objetivas y no mero autoinforme,...) y el análisis preciso y completo del cliente y de los procesos de cambio propios de los estudios de caso único. Aún así, se trata de un estudio preliminar y exploratorio que hace pensar en la posible utilidad de esta modalidad de tratamiento, introduciendo una aplicación novedosa que puede dar lugar a sucesivos estudios.

En todos los estudios expuestos, sus autores perciben la necesidad de realizar nuevos estudios controlados que superen las limitaciones señaladas a fin de poder delimitar con mayor peso la utilidad de este modelo en el abordaje del problema adictivo. Es de destacar que la efectividad mostrada es limitada. Los porcentajes de altas terapéuticas mostrados en las investigaciones realizadas siguen siendo bajos. A nivel epidemiológico, los trastornos adictivos están situados entre los problemas psicológicos con menor respuesta efectiva y mayor tasa de abandonos (NIDA, 2001). De cara a futuras investigaciones, sería importante profundizar en el tipo de intervenciones y en los procesos psicológicos que están en la base de las intervenciones que mayor potencia terapéutica tienen. En CBT, y en ACT también, la investigación se ha centrado en paquetes de tratamiento. Llegados a este punto de desarrollo del modelo, por un lado interesa investigar cuestiones más específicas, como qué estrategias concretas son eficaces para cada cliente. Los análisis de caso único son útiles para analizar empíricamente los procesos psicológicos de cambio que están en la raíz de las intervenciones más efectivas para

abordar cada análisis funcional, de modo que puedan ser potenciados para incrementar la eficiencia de los tratamientos. Por tanto, existe una necesidad de ajustar tratamientos y centrarse en procesos para optimizar las intervenciones.

Por otro lado, la comunidad científica exige la evaluación de la eficacia de procedimientos aplicados a trastornos concretos, tal y como son etiquetados en la nosología psiquiátrica al uso. Si no se procede de esta forma, la probabilidad de inclusión de un tratamiento en los servicios públicos es muy limitada. Siendo así las cosas, hay que tener en cuenta la alta incidencia de la politoxicomanía (Observatorio Español sobre Drogas, 2011), requiriendo la proliferación de estudios que investiguen intervenciones específicas para este perfil. En este sentido, tan sólo existen dos estudios controlados que evalúen la utilidad de ACT en policonsumidores (los mencionados de Hayes et al., 2004; y López, 2013b) y, en el primero de ellos la comparación no se realizó con el tratamiento psicológico de referencia (CBT). Se hace necesaria más estudios de comparación de ACT con el tratamiento usual (CBT) en policonsumidores de cara a incrementar su consideración empírica (Öst, 2008).

Discusión y conclusiones

Cómo habrá podido apreciarse en esta breve exposición, existen datos empíricos (cinco estudios controlados y siete estudios de caso único) que sustentan que ACT puede realizar aportaciones con respecto al tratamiento psicológico en adicciones. Los estudios realizados hasta la fecha en el campo de los trastornos adictivos han mostrado una efectividad equivalente a los tratamientos con los que han sido comparados (tratamientos farmacológicos, Terapia de los 12 pasos, CBT) y una mayor efectividad en seguimientos a largo plazo, que es precisamente una de las mayores limitaciones que están presentando los tratamientos actuales en el campo de las drogodependencias. Este hecho puede ser significativo, puesto que ACT produce cambios en direcciones diferentes a las terapias habituales. Donde los tratamientos al uso buscan la reducción sintomatológica y del deseo de consumo como vía para lograr la abstinencia (tratamiento con sustitutivos opiáceos, terapia sustitutiva de nicotina, CBT), desde ACT el objetivo es que el sujeto se relacione de forma distinta con esos eventos privados, como vía para mejorar su calidad de vida. En los trabajos señalados

se muestra que en la base de la conducta adictiva la evitación experiencial juega un papel relevante (Wilson y Byrd, 2004; Luciano et al., 2010). ACT está específicamente diseñada para generar la ruptura del patrón de evitación, mediante la construcción de un patrón de aceptación del malestar al servicio de lo importante a nivel personal.

Por tanto, ACT está comprometida con la evaluación clínica de su utilidad para abordar los trastornos adictivos. Estos esfuerzos han cristalizado en la inclusión de ACT como tratamiento empíricamente validado por parte de una agencia norteamericana (The United States Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA], 2011), como parte de su Registro Nacional de Prácticas y Programas basados en la Evidencia (National Registry of Evidence-based Programs and Practices [NREPP]). Pese a este indudable reconocimiento, la evidencia presentada no debería considerarse suficiente sino que se hace necesario continuar desarrollando la investigación en ACT, no sólo para lograr un mayor cuerpo empírico, sino para detectar aspectos claves del tratamiento y mejorar las intervenciones. A este respecto, se realizan una serie de propuestas para futuros estudios:

1. Comparar ACT y CBT con muestras más amplias, multicentro, que faciliten la generalización de los resultados.
2. Diseñar intervenciones iniciales que favorezcan la adherencia al tratamiento de la población "itinerante", "menos motivada" o más cronificada.
3. Utilización de medidas específicas, formalizadas recientemente como el AAQ-SA (AAQ for Substance Abuse; Luoma, Drake, Hayes y Kohlenberg, 2011).
4. Diseñar estudios que incluyan métodos fiables de recogida de información. Por ejemplo, la grabación de todas las sesiones en video. Esto permitiría registrar de forma más completa las interacciones clínicas.
5. Diseñar estudios de comparación en trabajo grupal.
6. Profundizar en el proceso terapéutico implicado en el éxito o fracaso de la intervención. Es decir, ahondar en los tipos de interacciones responsables del cambio, con el fin de analizar no sólo los componentes activos sino de comenzar a evaluar los tipos de transformaciones involucradas en el proceso interactivo de la terapia. De esta manera, cobran

importancia los estudios cualitativos que analizan las interacciones clínicas más útiles para lograr los resultados deseados. Este tipo de análisis apenas está contemplado en la literatura, iniciándose una aproximación en el estudio de López (2013b). Se hacen necesarios más estudios cualitativos que arrojen luz sobre el proceso terapéutico.

REFERENCIAS

- Batten, S.V. y 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.
- Boulanger, J.L., Hayes, S.C. y Pistorello, J. (2010). Experiential avoidance as a functional contextual concept. En A. Kring, y D. Sloan (Eds.), *Emotion Regulation and Psychopathology* (pp. 107-134). New York: Guilford.
- Bricker, J. B., Mann, S. L., Marek, P. M., Liu, J. M. y Peterson, A. V. (2010). Telephone-delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*, 12, 454-458.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. K., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. P. y Palm, K. (2002, November). *Combining Bupropion SR with acceptance based behavioral therapy for smoking cessation*. Paper presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L. y 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., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S.C., Hayes, L.J. y Reese, H.W. (1988). Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 91-111.
- Hayes, S.C., Luoma, J.B., Bond, F., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. y Guerrero, L.F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford.
- Hayes, S. C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S.V., ... 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.

- Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. y Strosahl, K. (1996). Emotional avoidance and behavioural disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Heatherton, T.F., Kozlowski, L.T., Frecker, R.C. y Fagerstrom, K.O. (1991). The Fagerstrom test for nicotine dependence: a revision of the Fagerstrom tolerance questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119-1127.
- Heffner, M., Eifert, G.H., Parker, B.T., Hernández, D.H. y Sperry, J.A. (2003). Valued directions: Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 378-38.
- Hernández-López, M., Luciano, M.C., Bricker, J.B., Roales-Nieto, J.G. y 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, 723-730.
- Irving, J. M., Clark, E. C., Crombie, I. K. y Smith, W. C. (1988). Evaluation of a portable measure of expired-air carbon monoxide. *Preventive Medicine*, 17, 109-115.
- López, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Health and Addictions*, 10 (2), 37-46.
- López, M. (2013a). 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. (2013b). *Estudio controlado de comparación entre la terapia cognitivo-conductual y la terapia de aceptación y compromiso en drogodependientes*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Almería.
- Luciano, 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, 333-372.
- Luciano, M.C. y Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luciano, C., Páez, M. y Valdivia, 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, C., Rodríguez, M. y 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, 377-394.
- Luoma, J. B., Drake, C., Hayes, S. C. y Kohlenberg, B. (2011). Substance Abuse and Psychological Flexibility: The Development of a New Measure. *Addiction Research and Theory*, 19(1), 3-13.
- McNair, D. M., Lorr, M. y Droppleman, L. F. (1971/1981). *Profile of Mood States manual*. San Diego: Educational & Industrial Testing Service.
- NIDA (2001). *Principios de Tratamiento para la Drogadicción: una guía basada en investigaciones*. Washington: National Institute on Drug Abuse.
- Nowinski, J., Baker, S. y Carroll, K. (1995). *Twelve Step Facilitation Therapy Manual*. Rockville, MD, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Observatorio Español sobre Drogas (2011). Ministerio de Sanidad y Consumo. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Öst, L.G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Raistrick, D., Bradshaw, J., Tober, G., Weiner, J., Allison, J. y Healey, C. (1994). Development of the Leeds Dependence Questionnaire (LDQ): a questionnaire to measure alcohol and opiate dependence in the context of a treatment evaluation package. *Addiction*, 89, 563-572.
- SAMHSA (2011). National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Disponible en internet en: <http://174.140.153.167/ViewIntervention.aspx?id=191>
- Shiffman, S. y Jarvik, M. (1976). Smoking withdrawal symptoms in two weeks of abstinence. *Psychopharmacology*, 50, 35-39.
- Smout, M.F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W. y White, J.M. (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.