

Claves y evidencias en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de las adicciones

Marisa Páez Blarrina
Instituto ACT

Francisco Montesinos Marín
Instituto ACT / Universidad Europea de Madrid

RESUMEN

Se presentan las claves para la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el ámbito del abuso y la adicción a sustancias. Se introduce un planteamiento funcional-contextual en el abordaje de las conductas adictivas, analizando el papel que cumplen los efectos directos y derivados en el mantenimiento del consumo, entendiendo la conducta de consumo como parte de una clase de conductas que conforman un patrón de evitación experiencial o de inflexibilidad psicológica. El análisis funcional y las características principales de la intervención propuesta desde ACT se ilustran a través de varios casos representativos de diferentes patrones de consumo problemático. Se aportan también claves para la evaluación clínica y los dos procesos fundamentales de ACT: la clarificación de valores y la defusión y diferenciación de las dimensiones del yo. Así, se subrayan por ejemplo la necesidad de establecer una dirección construida conjuntamente por paciente y terapeuta, o la importancia de que el paciente aprenda a diferenciarse de los contenidos de su autoconcepto, de los pensamientos de justificación del consumo o de culpa tras las recaídas, o de las sensaciones de urgencia por consumir. Asimismo, se presenta una actualización de las evidencias publicadas hasta el momento sobre la eficacia de la intervención desde ACT en adicciones, destacándose los 21 ensayos clínicos aleatorizados en el contexto de la dependencia a opiáceos, alcoholismo y tabaquismo.

PALABRAS CLAVE

Terapia de Aceptación y Compromiso, ACT; adicciones; conducta adictiva; alcoholismo; tabaquismo.

ABSTRACT

The key issues for the application of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the field of substance abuse and addictions are presented. A functional-contextual approach to addictive behaviors is introduced. The role played by direct and derived effects in the maintenance of drug use is analysed. Drug use is regarded as part of a class of behaviors that are part of an experiential avoidance or psychological inflexibility pattern. The functional analysis and the main characteristics of the intervention proposed from ACT are illustrated through several representative cases of different patterns of problematic drug use. Recommendations are provided for the psychological assessment and the two fundamental processes of ACT: values clarification and cognitive defusion and differentiation of the dimensions of the self. Thus, the need to establish life directions that are jointly built by patients and therapists is underlined. Likewise, the importance that patients learn to differentiate themselves from 1) the contents of their self-concept, 2) the thoughts justifying drug use, 3) the feelings of guilt after relapse, and 4) the craving sensations is emphasized. Finally, an update of the evidence on the effectiveness of ACT in addictions is presented. Results of 21 randomized clinical trials on the effect of ACT in opioid addiction, alcoholism and tobacco use are reviewed.

KEYWORDS

Acceptance and Commitment Therapy; ACT, addictions; addictive behaviour; alcoholism; smoking.

Recibido: 02/02/2019; aceptado: 11/05/2019.

Correspondencia: Marisa Páez. Instituto ACT. C/Dr. Fleming, 44. 28036 Madrid. E-mail: marisa.paez@institutoact.es

Ayudar a una persona cuya vida está dominada por una adicción es uno de los mayores retos a los que se enfrenta el psicólogo. Para alcanzar con éxito el objetivo de dotar al paciente de recursos para abandonar la adicción, mantenerse abstinentemente cada nuevo día, y retomar la vida deseada, es imprescindible tener presente que el abordaje de la drogadicción va mucho más allá de conocer los efectos fisiológicos directos de las sustancias presentes en el comportamiento adictivo y de lograr la necesaria desintoxicación. El trabajo del experto en adicciones es duro ya que implica hacer frente a frecuentes episodios de recaída, al hecho de que determinadas situaciones o experiencias internas pueden desencadenar el consumo mucho tiempo después del abandono de la sustancia. Es duro además porque estas situaciones suponen una gran carga de frustración para el cliente y porque las recaídas son frecuentes, a pesar del tremendo coste personal, físico y social que pueda suponer dicho consumo, y a pesar de las consecuencias negativas que el paciente puede haber sufrido ya en el pasado, o de la información de que el paciente disponga. Frente a ello, el trabajo del experto requiere de una gran confianza en las posibilidades de cambio del paciente y de un trabajo sistemático y sostenido dirigido a construir un repertorio flexible de estrategias que permitan al paciente afrontar el malestar de la vida sin recurrir al consumo, así como los sentimientos generados por las pérdidas (de trabajo, de relaciones afectivas, de oportunidades, etc.) que quizás haya sufrido fruto de su historia de consumo. Supone también en los casos más crónicos y graves construir un repertorio de habi-

lidades que ayuden a la persona a aprender a tomar decisiones, a elegir de forma independiente, a planificar, a organizar... habilidades muy básicas y necesarias a veces para retomar o construir la vida que la persona quiera tener.

Para este trabajo es preciso pues comprender y explicar por qué hay situaciones en las que se multiplica la probabilidad de consumir, por qué la necesidad de consumir se presenta sin aparente razón, por qué surgen de repente la tristeza o la angustia y frente a ellas el paciente consume con el propósito de sentirse mejor, por qué al poco tiempo de consumir surgen a veces los sentimientos de culpa, fracaso, inferioridad o superioridad, y por qué dichos sentimientos no llevan a un compromiso firme de abandono, sino que paradójicamente llevan a veces incluso a más consumo... Es también imprescindible entender por qué hay personas que se dejan llevar por el malestar, el *craving*, el ansia o las ganas de consumir y su comportamiento se encamina de forma inflexible a aplacar las ganas o eliminar el malestar, mientras otras personas son capaces de convivir con el malestar y las ganas de consumir y de controlar de otra forma su comportamiento sin estar a merced de la urgencia por sentirse bien siempre e inmediatamente.

En este artículo se pretende desarrollar una introducción al abordaje de los comportamientos adictivos desde la perspectiva de la Terapia de Aceptación y Compromiso (en adelante, ACT, por sus siglas en inglés) teniendo en cuenta la filosofía que está a la base de esta novedosa aproximación terapéutica, el contextualismo funcional. No se desarrollará aquí el modelo teórico que sustenta la com-

preensión del patrón de regulación conductual problemático y que ha permitido dilucidar los procesos psicológicos claves y los métodos que se han desarrollado. Este modelo contextual y funcional con evidencia empírica en aumento que ha permitido la comprensión de procesos verbales y cognitivos complejos se denomina Teoría del Marco Relacional (RFT). Para la completa comprensión del acercamiento invitamos al lector a acudir a los manuales originales publicados (Hayes, Strosahl, & Wilson, 2014; Wilson & Luciano, 2002), y a las guías donde se recogen las habilidades terapéuticas necesarias en la aplicación de ACT (Luoma, Hayes, & Walser, 2007; Páez & Montesinos, 2016), así como para cuestiones teóricas relacionadas con la RFT (Hayes et al., 2011).

Planteamiento funcional-contextual de las adicciones

En las últimas décadas se asiste al desarrollo de una nueva generación de tratamientos psicológicos enraizados en la tradición del análisis funcional de la conducta (Hayes, 2004; Pérez Álvarez, 2014) que empiezan a popularizarse como aproximaciones validadas en diversos campos incluyendo el de las adicciones (Hayes & Levin, 2012; Stotts & Northrup, 2014; Wilson & Bird, 2004). Entre estos nuevos tratamientos, ACT sobresale por ser uno de los acercamientos más completos y eficaces frente a un amplio abanico de problemas psicológicos (Ruiz, 2010). La filosofía y la teoría a la base de las terapias de tercera generación o *contextuales* están permitiendo comprender y asumir la inevitabilidad de determinadas reacciones humanas dadas las circunstancias históricas

del paciente, y la posibilidad de desarrollar abordajes alternativos que permitan sortear eficazmente dicha inevitabilidad por la vía de la aceptación o flexibilidad psicológicas ante el malestar físico y emocional, también presente en las adicciones.

Históricamente, el análisis funcional del comportamiento ha mostrado que las drogas cumplen un papel como reforzadores positivos y/o negativos del comportamiento de consumo y abuso, resultado de las propias características de las sustancias (véase Gil Roales-Nieto, 1996; Golberd & Stolerman, 1986). Las emociones tienen un lugar central en dicho aprendizaje. Así se conoce hoy que el uso de sustancias se vincula estrechamente con el reforzamiento implicado en la regulación cognitiva y emocional. Se sabe que, por ejemplo, las emociones negativas derivadas del abandono del consumo son predictoras potentes de las recaídas, incluso más que la dependencia fisiológica o la historia de exposición a la sustancia (Kenford et al., 2002). Por otro lado se ha observado que la evitación de las emociones negativas correlaciona con mayor abuso de sustancias (Forsyth, Parker, & Finlay, 2003). Y que, por ejemplo, en los pacientes con trastorno por estrés postraumático existe un elevado consumo de cannabis dirigido a reducir el afecto negativo y otras experiencias internas aversivas, constatándose que aquellos que presentan mayor gravedad junto a niveles elevados de evitación experiencial tienen mayor probabilidad de consumir cannabis (Bordieri, Tull, McDermott, & Gratz, 2014). Datos como estos han llevado a plantear que en el comportamiento adictivo subyace una estrategia de evitación

experiencial, mantenida por contingencias de reforzamiento negativo y positivo. Desde ACT se habla del patrón de *evitación experiencial*, la *evitación experiencial destructiva* o la inflexibilidad psicológica (Hayes, Wilson, Gifford, Folllette, & Strosahl, 1996; Luciano & Hayes, 2001; Törneke, Luciano, & Valdivia-Salas, 2007; Wilson, Hayes, Gregg, & Zettle, 2001) para aludir a un tipo de regulación del comportamiento consistente en la necesidad inflexible de actuar para no entrar en contacto con el malestar (de cualquier tipo: ansiedad, miedo, tristeza, angustia, debilidad, preocupaciones, recuerdos...) o para huir de éste, y que finalmente lleva a que el malestar se extienda, e incluso se intensifique (más angustia, más miedo, más debilidad...), conllevando en muchos casos, y a la larga, importantes limitaciones para vivir la vida que uno desearía, con la consiguiente insatisfacción personal. En el caso de las adicciones, el resultado incluiría las consecuencias problemáticas asociadas al tipo de droga en cuestión, que incluso podrían afectar a las personas que rodean al consumidor. El desarrollo del patrón de regulación estaría controlado por contingencias de reforzamiento positivo y sobre todo negativo provenientes de los *efectos directos* que la persona ha aprendido a procurarse mediante el consumo (desde el efecto automático o condicionado de la sustancia, como reducción del síndrome de abstinencia, hasta placer, euforia, o supresión del malestar emocional), es decir, producto de la historia directa de la persona con la sustancia.

Un ejemplo podrían ser los efectos reforzantes condicionados del fumar como algo divertido, relacionado con la sensación de li-

bertad, la pertenencia al grupo, etc., que puede tener para un adolescente cuando se inicia en el hábito con su grupo de amigos y a espaldas de su familia. Posteriormente, una vez que el organismo se ha habituado al consumo de tabaco, comenzaría a operar el reforzamiento negativo relacionado con los efectos de la nicotina, ya que el joven empezará a experimentar el síndrome de abstinencia o el *craving*, y fumará para reducir o suprimir esas sensaciones aversivas. Así, el reforzamiento negativo vendría de la supresión, eliminación o reducción más o menos inmediata de las ganas y otras sensaciones desagradables.

A estos efectos directos con la sustancia habría que sumar la *historia derivada*, lo que incluiría los efectos que la persona obtendría por la vía del aprendizaje relacional y la transformación de funciones (para una descripción detallada de dichos procesos consultar Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001). Por ejemplo, puede aprender fácilmente que, cuando se siente estresado o ansioso por cualquier circunstancia de la vida, encender un cigarrillo comporta un alivio inmediato de esta sensación de ansiedad y le aporta sensación de libertad, u otros significados que para este adolescente podrían derivar de la prohibición de sus padres, por ejemplo el sentirse maduro, sofisticado o lo que le pudiera aportar al joven el hecho de estar contraviniendo las normas familiares.

Así pues, desde esta perspectiva, *el consumo de sustancias puede entenderse como parte de una «clase» de conductas* que integrarían el patrón de regulación más amplio, un patrón inflexible conformado por múltiples compor-

tamientos distintos (el consumo sería sólo un ejemplo de ellos) que compartirían la misma función, esto es, todos estarían orientados al mismo fin: reducir el malestar asociado al síndrome de abstinencia pero también a las experiencias vitales que comportan tensión, sufrimiento y cualesquiera eventos privados negativos (emociones, pensamientos, sentimientos o recuerdos) asociados, incluyendo la búsqueda incesante por generar y mantener experiencias privadas positivas, como puede ser la búsqueda de la relajación, la excitación, o la felicidad a través del consumo.

ACT parte de que la presencia de eventos privados positivos y negativos es producto de la historia directa (experiencias vividas a lo largo de la vida) y derivada (en forma de pensamientos, significados e historias que se construyen, conceptos derivados de sí mismo, anticipación del futuro, rememoración del pasado, etc.) y que forma parte de la vida dada nuestra condición de seres verbales. ACT asume también que el ser humano no tiene más remedio que aprender a gestionar tanto los sentimientos de tristeza, soledad, fracaso, ansiedad, y otros similares, como la necesidad de querer siempre sentirse bien, de tener sensaciones agradables, de experimentar alegría..., así como todos los pensamientos automáticamente asociados a ellos y producto de estos procesos verbales. Así es como algunas personas han aprendido que las estrategias de evitación y control, entre ellas el consumo de sustancias, pueden ser una herramienta para controlar afectos o emociones, lo cual puede resultar efectivo a corto plazo, pero si la regulación se tornara inflexible (lo cual no es difícil

en el caso del consumo dadas las propiedades de muchas sustancias psicoactivas y la rapidez y potencia de sus efectos) las consecuencias a largo plazo pueden resultar devastadoras, de manera que, como se sostiene en ACT, *la solución se convierte en el problema*.

Ilustremos el patrón de evitación experiencial con la ayuda de varios casos. María, de 30 años, es una madre soltera que saca adelante sola a un niño de 2 años, y que comenzó a consumir cocaína hace 5 años en compañía de amigos en situaciones de fiesta. Trabaja como peluquera y manifiesta estar muy estresada y presionada en su trabajo. Cuando acude a consulta su consumo es en solitario en casa por las noches cuando su hijo duerme. En esos momentos siente un fuerte deseo de consumir y suele decirse «me apetece relajarme», «solo será una vez», «me lo merezco»... Se siente sola en la vida, explotada y poco valorada en el trabajo. Durante el tiempo que consume afirma «no pensar en nada», «estar a gusto», «sentirse bien durante ese rato». Transcurrido un tiempo comienza a sentirse mal, fracasada, a pensar que está decepcionando a su familia y a preocuparse por el futuro de su hijo.

Por su parte, Pedro ha vuelto a consumir heroína, tras 10 años de abstinencia. Le han diagnosticado depresión. Relaciona su recaída *tarde y sorprendente* según sus palabras, con una ruptura sentimental, volvió a consumir para *ahogar su dolor* y proporcionarse *sensaciones de relajación mental*. Últimamente al levantarse cada día se siente triste, vacío, atrapado, hundido, con una profunda apatía y con gran malestar físico. Cuando consume, *se va todo*, y siente una mezcla de *alivio y euforia*. Al rato se

siente a disgusto consigo mismo, no consigue concentrarse en su trabajo como asesor financiero, le asalta la sensación de que ha perdido el día, y cada vez se siente más desmotivado y descentrado, de modo que desde que recajó hace 5 meses reconoce que ha perdido el control sobre su vida y su consumo ya es casi diario.

Por otro lado, Juan es un fumador de dos cajetillas diarias, siente una fuerte necesidad de fumar nada más despertarse, ya lo ha dejado varias veces pero ha resistido muy poco tiempo porque cuando lo ha hecho le ha cambiado el estado de ánimo, ha tenido serios problemas para concentrarse e incluso sus familiares le han animado a que volviera a fumar para no sufrir su irritabilidad.

En estos ejemplos se observa que las personas utilizan el consumo de diversas sustancias para eliminar el malestar o, lo que es funcionalmente equivalente, propiciarse sensaciones positivas (eludir el ansia por consumir, la insatisfacción con la vida, la tristeza, el vacío, el estrés laboral, el estado de ánimo negativo o generarse sensaciones de euforia, relajación, sentimientos de valía personal...). Tras el consumo el malestar se alivia, aparecen la relajación y el buen humor, pero antes o después vuelve a estar presente el malestar y reaparece con la misma o mayor intensidad, unido a sentimientos de culpa, fracaso o pérdida. De este modo la persona vuelve a hacer lo mismo para regularlo, consumir. Paradójicamente, consumir también ayuda a reducir el malestar asociado a los sentimientos de culpa y fracaso. La persona puede hacer otras cosas para aliviar su malestar, como decirse que ya lo dejará maña-

na o más adelante, mentir a los demás, autoengañarse, justificarse, faltar al trabajo o descuidar otras responsabilidades, salir de fiesta con los amigos y beber o consumir de forma descontrolada... todo esto le proporcionará alivio inmediato. La consecuencia a medio plazo es nuevamente malestar o consecuencias negativas a nivel de la salud física o a nivel laboral, familiar o social. Y nuevas mentiras y autoengaños y consumos para evadirse temporalmente, y así sucesivamente. Este círculo de regulación perjudicial mina cada vez más a la persona en su percepción de sí misma y en su habilidad para afrontar el malestar, a la par que amplía su insatisfacción personal.

En el caso de María y Pedro, hay facetas de su vida que ambos valoran como muy importantes, para la primera su hijo y el trabajo (aunque el actual no le llena nada), y para el segundo su trabajo, las relaciones de pareja (aunque en este momento esté soltero), la amistad y la familia. Sin embargo ninguno de ellos está dedicándose a cultivar dichas facetas y a construir la vida que en el fondo desearían para sí.

Tampoco Juan está cuidando su salud o su independencia a pesar de ser estas facetas prioritarias para él. Al contrario, en los tres casos su atención se centra inflexiblemente en el alivio del malestar, lo que a la larga trae mayor insatisfacción con la vida y con uno mismo.

Una cuarta paciente, Lucía, es una joven de 18 años que consume cannabis para evitar el estrés o la ansiedad que suponen ciertas circunstancias sociales, como entablar relaciones con desconocidos, iniciar conversaciones con personas de autoridad, o para combatir los pensamientos de inferioridad o inseguridad

que aparecen en dichas circunstancias. Y al consumir se siente fuerte y desinhibida. Pero la ansiedad social vuelve, y con ello el consumo, a lo que se suman un bajo rendimiento en los estudios, el arrepentimiento y preocupaciones por comportamientos de riesgo, como practicar sexo sin protección, o conducir bajo los efectos de la sustancia, y la no adquisición de habilidades apropiadas para afrontar dichas circunstancias, de manera que para Lucía el consumo interfiere con la posibilidad de consolidar aspectos como las relaciones sociales, su formación o su salud.

A todo ello hay que añadir que las personas adictas pueden presentar otras dificultades más allá del consumo de una única sustancia (veáse Ciairano, Bosma, Miceli, & Settanni, 2008). Por ejemplo, son frecuentes el policonsumo y el diagnóstico de comorbilidad (la conocida como *patología dual*) que, desde la perspectiva de ACT, en la mayoría de los casos podrían considerarse funcionalmente parte del mismo patrón de evitación experiencial (véase por ejemplo Batten & Hayes, 2005; Páez, Luciano, & Valdivia, 2010). Así, Lucía solía, además de consumir cannabis, consumir otras sustancias como el alcohol, o mentir sobre sí misma a sus nuevos compañeros de clase mostrando una imagen falsa de sí misma para no sentirse inferior o insegura. Ambos comportamientos, consumir y mentir tendrían la misma función de aliviar el malestar y la incomodidad, proporcionarse sensaciones de seguridad personal, y verse *suelta* en situaciones sociales.

Por su parte Pedro, además de consumir heroína, se queda en la cama muchos días por la mañana y no acude a trabajar, pospone ci-

tas con clientes o se pasa las horas en el sofá mirando la televisión. Tras meses en esta situación, ha disminuido sensiblemente su interés por casi todo y se siente desanimado y sin esperanza y sin ganas de nada. Muchos de sus comportamientos, como dormir, procrastinar, ver la televisión, son funcionalmente equivalentes a la conducta de consumir heroína y le ayudan a evadirse, y a su vez le alejan de potenciales reforzadores positivos y le sitúan en una contingencia de extinción característica de la depresión.

En definitiva, habría una estrategia centrada en la evitación del malestar en la que la persona consume invariablemente para resolver otros problemas pero, a la larga, los problemas quedan irresueltos con el añadido de un consumo que termina potenciándolos y generando nuevos problemas.

La propuesta de ACT en el caso de las adicciones

Considerando lo anterior, ACT se diseñó, específicamente, para el abordaje de la evitación experiencial o la inflexibilidad psicológica. Como alternativa a la inflexibilidad, ACT propone la *flexibilidad psicológica*, es decir, estar dispuesto a notar, a contactar, a sentir y pensar lo que traigan, en cada momento, las circunstancias actuales según la historia personal. Se trata de estar dispuesto a aceptar las sensaciones y pensamientos problemáticos (en el ejemplo de María, el estrés y la presión que siente en el trabajo, los pensamientos «me apetece relajarme», «sólo será una vez», la sensación de *poca valía personal*, etc.), sin dejarse arrastrar por ellos, siempre y cuando hacerlo

vaya dirigido a avanzar en direcciones de valor personal y que así haya sido definido en cada caso (en María, por ejemplo, el valor de la vida en familia, su papel como madre, etc.).

En ACT, el cambio de los eventos privados aversivos (por ejemplo, eliminar la angustia, disminuir o controlar las ganas de consumir, generar sentimientos de autoestima o cambiar unos pensamientos por otros más realistas, etc.) no serán el objetivo del cambio terapéutico, a diferencia de lo que se pretende desde las terapias denominadas de segunda generación (Hayes, 2004). El objetivo aquí será alterar su función, y ser capaz de, en presencia de esos eventos, diferenciarse de ellos y poder elegir qué hacer en cada caso y según las consecuencias a la larga que de ello se deriven. En otras palabras, *ACT se dirige a romper la reacción «fusionada», y establecida en la historia personal, entre lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace, entrenando al individuo a actuar de acuerdo con lo que la vida está pidiendo y según lo que la persona valore y quiera conseguir*. El resultado será reaccionar a los eventos privados (pensamientos, sensaciones, sentimientos, etc.) de forma flexible, y que la persona no tenga que necesariamente evitar o escapar de lo que siente/piensa, ni dejarse llevar por ello, sino que pueda elegir qué hacer en cada circunstancia. En el caso de Juan, ACT promoverá que el cliente pueda elegir entre seguir a la sensación de *ganas de fumar* que se le presenta localizada en el pecho por las mañanas junto con el pensamiento de *tengo poca voluntad* y fumar; o bien poder apreciar esa sensación allí en el pecho y los pensamientos que aparecen como productos automáticos e

incontrolables (derivados de su historia como fumador y de sus circunstancias actuales), tomar distancia de ellos y elegir con perspectiva no fumar.

Evaluación clínica y proceso terapéutico

El proceso terapéutico se iniciará en ACT a partir de la evaluación funcional, que será una herramienta central tanto para valorar el patrón como para establecer el contexto apropiado a partir del cual el individuo pueda contactar, verse y apreciar lo que está funcionando y lo que no, y generar la posibilidad y necesidad del cambio, todo ello sobre la base de su experiencia.

Recabar información y generar dicho contexto facilitador del cambio, supondrá hacer preguntas dirigidas a conocer el repertorio de evitación, lo que incluiría conocer (1) cuáles son los *eventos que el individuo evita*, cualesquiera pensamientos, sensaciones corporales y recuerdos que se acompañen de malestar y que, para el cliente, funcionan como estímulos discriminativos para acciones de evitación y escape. Será relevante incluir los contextos específicos que precipitan esos eventos (faceta laboral, ante el estrés, cuando se siente solo, etc.). A ello han de añadirse (2) las *estrategias de evitación* que emplea, es decir qué hace el individuo cuando estos eventos se le presentan. Será importante obtener múltiples ejemplos del repertorio de regulación, incluyendo ejemplos con topografías diferentes al consumo y que supongan la misma función de evitación, esto es, todas las cosas que el individuo hace para no contactar con lo que le genera dolor, incluyendo mecanismos cognitivos como intentar distraerse o pensar

en otra cosa, darle vueltas, racionalizar o pensar en soluciones, etc. Será necesario discernir el rol que el abuso de sustancias juega en la regulación de los eventos privados, *si es una estrategia central o es un ejemplo entre muchas otras conductas funcionalmente equivalentes*. Habrá que analizar también (3) *los efectos inmediatos de dichas estrategias*, es decir, lo que consigue la persona de *positivo* al consumir la sustancia (relajarse, divertirse, sentirse parte del grupo...) y lo que elimina o suprime de *negativo* (*craving*, ansiedad, tristeza, vacío, pensamientos negativos respecto a uno mismo, preocupaciones, temor al fracaso, etc.). Además, la evaluación incluirá (4) *la repercusión en las áreas de funcionamiento personal, de todo el conjunto de acciones dirigidas a la evitación*. Es decir, las limitaciones en aquellas facetas importantes para el cliente, bien por abandono o porque nunca las haya cuidado, en tanto que se haya dedicado al consumo, entre otras acciones de evitación. Dicho de otro modo, se incluirá el análisis de las diferentes facetas valiosas del cliente (familiar, laboral, pareja, social, cuidado de la salud, etc.), las cosas que desea, qué le gustaría conseguir en dichas facetas y, por último, conocer hasta qué punto las mismas se han visto afectadas por el consumo de la sustancia y del resto de estrategias. Esto ayudará a valorar (5) *el grado en el que el cliente percibe la discrepancia entre lo que busca para su vida* (las cosas que realmente quiere y valora), *lo que hace* (sus estrategias de regulación del malestar), y *lo que consigue* (avanzar, crecer, nutrir las facetas valiosas o todo lo contrario). Es decir, hasta qué punto el abuso de sustancias funciona como una estrategia que le ayuda al individuo a avanzar hacia esas direcciones valio-

sas; o si, por el contrario, el abuso de sustancias está contribuyendo a su empobrecimiento vital. Esto permitirá discernir si el cliente es capaz de ver la discordancia entre lo que desea y lo que consigue realmente, y si esto es una fuente de preocupación como para que el cliente desee intentar con algo diferente.

En el tratamiento de las adicciones, desde ACT se persigue ayudar a los clientes a establecer contacto con sus reacciones más difíciles, es decir, la construcción de un patrón alternativo a la evitación del malestar o la búsqueda constante de sensaciones gratificantes, y la potenciación o construcción, según el caso que se trate, de un patrón de habilidades personales dirigido al desarrollo de una vida cargada de sentido personal. Por ello el trabajo en sesión estará dirigido al entrenamiento sistemático para afrontar los eventos cognitivos y emocionales ligados a dejar de consumir, siempre y cuando el cliente lo haya elegido y sea un paso necesario para avanzar en esas facetas importantes. Para la consecución de este objetivo central, el cliente no sólo tendrá que aprender a estar presente con sus dificultades, por ejemplo, en el caso de Pedro, estar presente con las sensaciones de decepción, dolor, y fracaso producto de su ruptura amorosa; sino que habrá de apreciarlas en lo que son y reaccionar con la suficiente perspectiva y con la mirada puesta en el valor que sustente la abstinencia, en este caso, ser eficaz en su vida laboral, retomar parte de su vida social, mantener la salud física y la satisfacción con los logros obtenidos en el pasado. Necesitará aprender a reaccionar flexiblemente ante el conjunto de reacciones privadas repletas de malestar deri-

vadas de la abstinencia con la droga (por ejemplo, la urgencia por consumir, nerviosismo, ansias, tristeza, dudas, etc.). Y estar dispuesto no sólo a sentir los efectos de no consumir, sino la cascada de pensamientos que, de acuerdo a la historia personal, emergerán (por ejemplo, pensamientos de culpa o autocrítica por haber vuelto a consumir, valoraciones de «soy un fracaso», «soy un desastre»), unidos a los recuerdos dolorosos vinculados a más pérdidas del pasado relacionadas también con el consumo.

Para avanzar, la persona habrá de experimentar esa *cascada* de barreras según aparezcan desde el mismo momento en que se plantee la abstinencia y la alteración del patrón de regulación inflexible. La pregunta que estará presente a cada momento en el proceso terapéutico será si *elige estar dispuesta a estar presente con todo el conjunto de sensaciones y pensamientos al iniciar o retomar la abstinencia*, como en el caso de Pedro, porque hacerlo tenga algo de valor, o si elige rechazar ese malestar y perder todo lo que ello puede llevar consigo. Es la doble cara de las elecciones personales.

El entrenamiento en *estar con el malestar* será potenciado en el tratamiento mediante múltiples ejercicios de defusión que incluyen promover la experiencia de diferenciar las dimensiones del yo. El objetivo es diferenciar la parte personal que llamamos yo, de los pensamientos, sensaciones y sentimientos que en cada momento pueden fluir. Esta diferenciación es el contexto para que el cliente adquiera la habilidad de estar en el presente, en el aquí y ahora, con los pensamientos y sensaciones que fluyan, y elegir hacer lo que es valioso para él. Las oportunidades que ha

de propiciar el terapeuta en sesión y fuera de sesión como tareas y práctica cotidiana, tendrán que ser múltiples, porque múltiples serán los momentos en los que la persona habrá de elegir entre acciones valiosas o acciones de escape y evitación con algo de beneficio a la corta pero considerable costo a la larga.

A continuación, se desarrollarán de forma breve los dos procesos fundamentales de ACT que son la clarificación de valores y promover la defusión cognitiva o toma de perspectiva de los eventos privados. No se desarrollarán aquí los métodos que se emplean para generar estos procesos, se invita al lector interesado a consultarlos en los manuales y el resto de publicaciones que aparecen citadas en este artículo. Sólo se mencionará aquí que el desarrollo de un repertorio flexible o de aceptación psicológica no se consigue a través de la instrucción. Dado que se trata de desarrollar un repertorio alternativo, una habilidad, la misma se fomentará mediante un *entrenamiento sistemático* que se realiza in situ, en sesión, y a través de la práctica continuada fuera de sesión. Los métodos que se emplean en ACT son métodos experienciales que intentan sortear las trampas del lenguaje, de ahí el uso de las paradojas, el lenguaje metafórico y los métodos y tareas experienciales y el escaso uso del lenguaje literal.

La clarificación de valores como contexto fundamental para el cambio

Ya se ha mencionado en multitud de ocasiones la necesidad de una postura activa por parte del cliente en cualquier tipo de cambio personal (véase, por ejemplo, Auerbach, May,

Stevens, & Kiesler, 2008; Kohlenberg & Tsai, 1991; Miller & Rolnick, 1991), algo que desde nuestro punto de vista resulta fundamental en el trabajo en este campo. Así, es necesario que entre cliente y terapeuta exista una dirección construida conjuntamente, más allá de las posibles presiones que pudieran existir en el contexto de las adicciones, (por ejemplo, la orden judicial de cumplir tratamiento para conseguir eludir una pena, o la insistencia de un padre o la pareja para que una persona se desintoxique y acuda a terapia). Esta dirección nunca debería darse por supuesta, es decir, no hay por qué asumir que el paciente acudirá a terapia considerando que el abandono de las sustancias sea algo deseable *en sí mismo*, sino que, *más allá* de esta suposición socialmente refrendada, es esencial definir claramente y desde el principio con el cliente un *horizonte común hacia el que orientarse*, que contenga valor *personal* para el cliente, ya que éste será el horizonte que estará presente en los momentos de dificultad, malestar y dolor que necesariamente supondrá el trabajo.

Por ejemplo, en el caso de Lucía, ella podrá optar por mantenerse fumando cannabis -y todo lo que ello suponga para ella de relajación, sensación de seguridad, libertad que el consumo le aporta- o bien, dejar de hacerlo con las propias consecuencias asociadas. Por ejemplo, las sensaciones de ansiedad e incomodidad social, los temores al rechazo, la sensación de incapacidad y fracaso académicos. Pero al lado de todo esto, y ésta será la dirección conjuntamente construida en terapia, estarán presentes para Lucía otros elementos con significado que son los esenciales para mantener a la cliente en

el proceso. Por ejemplo, podrá optar por dejar de fumar como algo que le ayude a desarrollar habilidades sociales, a nutrir otro tipo de relaciones, cuidarse o prevenir problemas de salud, a centrarse en los estudios, etcétera. Es decir, siempre se le dará al cliente la posibilidad de *elegir* hacia dónde quiere ir, y este entrenamiento en el ejercicio de su libertad y responsabilidad será constante.

Desde la conceptualización de ACT, los valores tienen que ver con un sentido de dirección global, con metas a corto y medio plazo y con las acciones cotidianas elegidas que permiten avanzar en sendas direcciones. Eso significa que cada acción diaria (asistir a clase o no, fumar un cigarrillo de cannabis o retrasarlo para el día siguiente, iniciar o no una conversación, o mantenerse en un grupo de compañeros de la facultad con la sensación de incompetencia social o comenzar a beber para soltarse, etc.) podrá o no tener una calidad valiosa. Es importante recalcar en este punto que *dejar de consumir una droga no es un valor ni una meta en sí misma, sino que es una acción posible cada día que estará sostenida en tanto que sea una llave que abra una puerta, una acción que facilite alcanzar o cultivar algo del valor personal elegido*.

Tampoco los valores tienen que ver con sentirse bien de modo inmediato. Un valor no es la ausencia de malestar o de dolor. De hecho, habrá numerosas oportunidades en las que el cliente actúe siendo fiel y consistente con lo que valore, como trasfondo o significado personal, y hacerlo irá acompañado de gran malestar. Por ejemplo, si Lucía elige participar en una reunión social sin consumir sustancias, ello conllevará, según su historia, múltiples

sensaciones de inadecuación social, ansiedad o tensión que serán vividas sin duda negativamente. Sin embargo, a la larga, hacer esto cada día proporcionará satisfacción con uno mismo y será una práctica que por una parte flexibilice el repertorio en tanto que el individuo no necesite huir y además esté probabilizando, a partir de usar *la llave de la angustia*, la ocurrencia de múltiples interacciones, lo que a la postre le proporcionará el desarrollo de un repertorio social más ajustado. Y todo esto habrá de sustentarse sobre la base de la experiencia del cliente y de lo que él elija. Siendo así, no será necesario para el terapeuta (ni tampoco efectivo y podrá ser hasta contraproducente) intentar convencer al cliente, ni argumentar, recomendar, informar o aconsejar. Decirle al cliente lo que tiene que pensar, sentir o hacer, no sería un movimiento acorde con su libertad de elegir lo que quiere hacer en su vida asumiendo las consecuencias de ello.

En resumen y como se ha repetido en más ocasiones (Luciano, Páez, & Valdivia, 2010), desde la consideración funcional/contextual en la que se apoya ACT, el esclarecimiento de los valores personales es el eje del trabajo y ese será el contexto del cambio. Desde ese contexto, el cliente determinará lo que quiere conseguir para la propia vida y será el marco motivacional que empuje al cliente a decidir dejar de consumir ya, o programar un consumo controlado, o emplear algún sustitutivo, etcétera.

Hay que mencionar aquí que en el trabajo con adictos es frecuente encontrar a personas con cierto deterioro social o psicológico, con una historia de múltiples intentos y fracasos en

dejar de consumir, con historias de repetidas pérdidas y que lleguen a consulta verbalizando que en el momento presente ya nada les importa en su vida y que no merece la pena ser vivida. Desde ACT se asume que todas las personas tienen direcciones de valor y que el pensamiento *no hay nada que merezca la pena* responde a los procesos de fusión cognitiva y demás mecanismos verbales en los que el individuo está atrapado. Sin embargo, se considera que no es más que un pensamiento inevitable que surge, por ejemplo, cuando uno piensa en las posibilidades del pasado que no aprovecharon, compara la vida de hoy con la que se soñaba de joven o es consciente de lo que ya no podrá hacer o recuperar. Actuar fusionado a tal pensamiento es un ejemplo de inflexibilidad psicológica, es un actuar sin ver lo que hay más allá de la frustración, lo que hay más allá de los sentimientos de incapacidad, de la sensación de falta de voluntad y el dolor. Por tanto, asumir que las personas no nacen con tendencia a ser adictos, sino que están atrapadas por las contingencias del patrón inflexible de evitación experiencial y, así, se comportan fusionados al malestar o a la urgencia de pasarlo bien, permitirá rastrear y encontrar las direcciones de valor y utilizarlas como soporte del trabajo terapéutico.

Procedimientos de defusión y diferenciación de las dimensiones del yo

La flexibilidad psicológica implica la habilidad de estar presente con los pensamientos, sensaciones y sentimientos desagradables y actuar valiosamente en su presencia y desde la perspectiva que supone diferenciarse a uno

mismo del proceso de pensar o sentir y de los contenidos que se piensan o se sienten. La fusión cognitiva, la no diferenciación de uno con sus eventos y procesos, de manera que la persona actúa como *embebida* en sus sensaciones de abstinencia o enredada en sus pensamientos sobre el consumo, dificulta considerablemente que la persona pueda situarse por encima o más allá de dichos contenidos y actuar de modo libre y valioso. Es posible, por ejemplo, que el individuo se fusione con los contenidos de su autoconcepto, sin diferenciarse de ellos. Así, al decir «no puedo dejarlo» o «soy incapaz de mantenerme limpio», la sensación de incapacidad no se experimenta como una sensación que se tiene, o como una valoración sobre sí mismo producto de cientos de interacciones en su historia y derivadas del hecho de ser verbales, sino que el individuo se identifica con dicha sensación. Identificada la persona con los contenidos no habría escapatoria posible. La fusión con ese contenido del yo es problemática ya que la persona responde *pegada a ello*, literalmente, sin distancia del mismo y, por tanto, la acción resultante no se ajustaría a lo importante o deseado para la persona sino a lo que corresponde con esa valoración: «*soy incapaz de mantenerme limpio*» = «*actuar consumiendo*».

Igualmente, cuando un fumador, como Juan, se dice a sí mismo mientras intenta reducir el consumo de cigarrillos «por uno no pasa nada» o «mañana lo dejo», no experimenta los pensamientos como tales, como *consejeros* a los que a veces *conviene hacerles caso y a veces no*, sino que actúa dándoles el control a ellos, convencido en el momento del contenido de

dichos pensamientos, por más que se le hayan presentado cientos de veces y la experiencia haya desmentido su contenido una y otra vez. Por tanto, la solución será como con el resto de pensamientos y sensaciones que fluyen al hilo de historia personal, aprender a tenerlos y situarlos desde la perspectiva de uno mismo, es decir, desde el contexto del yo, sin permitir que los pensamientos guíen las propias acciones.

Las herramientas para conseguir esta habilidad son ejercicios y métodos de *mindfulness* en los que es central la introducción de claves dirigidas a la potenciación de la discriminación de las dimensiones del yo. Debido a las limitaciones de espacio no se expondrán aquí los procesos verbales involucrados en estos métodos, como tampoco se ha hecho para los correspondientes a la clarificación de valores (para una descripción más detallada véase alguno de los manuales citados). En cualquier caso, cabe mencionar que los métodos clínicos incluyen metáforas y ejercicios experienciales de diverso tipo. El objetivo de cualquier técnica de defusión se orienta a promover la flexibilidad de reacción ante el malestar, sin pretender modificar el contenido de los pensamientos, o las sensaciones, ni sustituirlos por otros. Tampoco se busca disminuir su frecuencia o su ocurrencia, o que se extingan sus funciones aversivas. Se pretende que la persona sea capaz de apreciarlos por lo que son y pueda diferenciarlos de ella misma, observarlos sin más.

Dejar de usar una droga generará muchas sensaciones molestas, por ejemplo, la urgencia y el deseo por consumir, la intranquilidad, el nerviosismo, la tensión e inseguridad... A su

vez, el individuo habrá construido a lo largo de su historia con las drogas numerosas razones que justifiquen el consumo, además de construcciones verbales que se ha ido contando a sí mismo y han sido reforzadas socialmente, por ejemplo, los argumentos y razones sobre el uso y la dificultad del abandono o el concepto de adicto como enfermo. Además de estas sensaciones producidas por la abstinencia, de las justificaciones devenidas por el hecho de haber crecido en esta cultura y la particular historia de la persona, surgirán más reacciones producidas al hilo de intentar retomar *las riendas de la vida*. Por ejemplo, el miedo natural que sobrevendrá a Pedro al decidirse a pedir perdón a su antigua pareja o al intentar iniciar una nueva relación, o las sensaciones que emergerán al constatar Lucía que está perdida en la carrera cuando reanuda los estudios y trate de aprobar asignaturas; o la pereza, el cansancio y los pensamientos de *mañana empiezo* que le sobrevendrán a Juan al emprender el camino del cuidado de la salud y la independencia. En dichas condiciones es fácil que se hagan presentes más temor, más culpa, más inseguridad, incertidumbre, irritabilidad...

Asimismo, en el caso de una recaída pueden derivarse también pensamientos de «nunca lo conseguiré, estoy atrapado», «no tengo voluntad, no soy fuerte» o «nadie me querrá porque solamente hago daño a los que me quieren». En la medida en que se responda a estos pensamientos literalmente en vez de verlos como pensamientos que uno tiene y en la medida en que se pierda la distinción entre estos pensamientos y el contexto de la persona que los tiene, la aceptación de los mismos y el retomar las riendas se torna casi imposible.

Así pues, todas estas reacciones serán abordadas en terapia a partir de diferentes ejercicios que tendrán todos la misma función: estarán orientados a *practicar la observación y diferenciación del proceso de pensar y sentir pensamientos y sensaciones que vayan fluyendo en cada momento, de la persona que está experimentando esos pensamientos y sentimientos*. Estos ejercicios contendrán claves explícitamente dirigidas a practicar el distanciamiento desde la perspectiva del yo como contexto. Por ejemplo, se puede invitar al cliente a que se imagine que escribe los pensamientos que está teniendo en globos y los suelte mientras observa que se van alejando, o que escriba sus pensamientos en papeles o imagine los recuerdos que está teniendo como fotos y los vaya depositando en el lecho de un río mientras aprecia, desde la orilla, cómo se van alejando lentamente. En el caso de las emociones este proceso se lleva a cabo pidiéndole a la persona que las fisicalice, es decir, que primero observe en qué parte del cuerpo está notando el ansia o las ganas de beber, que imagine esa sensación como un objeto que está en esa parte del cuerpo, que luego la agarre entre sus manos, la coloque a una distancia considerable o la mire desde diferentes perspectivas.

El objetivo de todos estos ejercicios es que el cliente se mantenga en el *aquí* y ahora con la activación emocional a fin de alterar la fusión que conduce a la evitación. Para todo ello, es indispensable que el terapeuta invite a experimentar o elicitte en sesión todos estos eventos privados, y facilite al cliente la experiencia de abrirse y exponerse al malestar, el ansia o

las ganas de consumir, el sentimiento de culpa, el estrés y la insatisfacción con la vida en el caso de María, la tristeza profunda en el caso de Pedro, o la inseguridad e incomodidad en situaciones sociales en el caso de Lucía, y en su presencia elegir qué hacer, si consumir y obtener un alivio inmediato del malestar, o no hacerlo y llevar las ganas, los pensamientos y el malestar como si fueran *los pasajeros del autobús* que el paciente conduce, citando una metáfora frecuentemente utilizada en ACT en este contexto.

Cuando el cliente es capaz de tener pensamientos y verlos como meros pensamientos, de discriminar las sensaciones y notar que él es la persona que está teniendo ese pensamiento o sintiendo esa sensación y puede hacerle un hueco, pierden su papel de control en la regulación del comportamiento, y dejan de tener un rol central en las elecciones que se realizan. Es decir, actuar habiéndose dado permiso para tener pensamientos y sensaciones problemáticas, permite estar plenamente en lo que se está haciendo y eso, inevitablemente, incrementa la sensibilidad a las contingencias del comportamiento.

Situarse con conciencia plena ante los eventos que fluyen, notar que fluyen, y darse cuenta de quién tiene los pensamientos y sensaciones, es un proceso experiencial considerablemente valioso para elegir con responsabilidad y actuar centrado en lo que se está haciendo.

Las personas con adicciones suelen tener una larga historia de romper compromisos, lo que conlleva un gran temor a comprometerse. Es importante que el cliente conozca que el compromiso con el que se está trabajando a lo

largo de toda la terapia no es un compromiso con un resultado puntual, conseguir la abstinencia, por ejemplo; sino que se trata de un *compromiso con el proceso hacia una dirección valiosa*, mantenerse diariamente cuidando de la salud a partir de actos cotidianos, por ejemplo, en el caso de Juan, salir a andar, beber más líquidos, disminuir el consumo de café y el número de cigarrillos diarios. En ese sentido, *el compromiso es con un proceso y no con el resultado*. El compromiso de dejar de consumir no significa que no pueda haber retrocesos y recaídas. Así pues, ante una posible caída el cliente solo puede elegir actuar en el momento presente, asumiendo al cien por cien la responsabilidad que ello conlleva y tendrá que elegir qué hacer ante los pensamientos y sensaciones de fracaso que se presentan. Sabrá que si retrocede, siempre tendrá la oportunidad de volver a elegir. En definitiva, *ese compromiso incluye la responsabilidad de elegir retomar el rumbo cuantas veces sean necesarias y después de cuantas caídas haya tenido*, haciendo hueco a lo que venga en cada una de estas circunstancias.

Evidencias en torno a la Terapia de Aceptación y Compromiso en el campo de las adicciones

Durante las últimas dos décadas, se observa un progresivo aumento de publicaciones que evidencian la eficacia de ACT en el campo de las adicciones, incluyendo hasta el momento 7 estudios de caso y 21 ensayos clínicos. Los estudios de caso han abordado la adicción al alcohol (Heffner, Eifert, & Parker, 2003; Luciano, Gómez, Hernández, & Cabello, 2001), a la mari-

huana (Twohig, Shoenberger, & Hayes, 2007), a opiáceos (Stotts, Masuda, & Wilson, 2009), y a diferentes combinaciones de sustancias (Batten & Hayes, 2005; López, 2010; López, 2013a), logrando una abstinencia prolongada en ocasiones a pesar de una larga historia de consumo (López, 2013a).

Los ensayos clínicos han revelado la efectividad de ACT en el tratamiento de diferentes sustancias. Se presentan en primer lugar los estudios centrados en el consumo de opiáceos y otras sustancias, a continuación los relacionados con el abuso y adicción al alcohol, y por último los dedicados al tabaquismo.

Ensayos clínicos sobre ACT y abstinencia a opiáceos y otras sustancias

Hayes et al. (2004) realizaron un estudio con 124 policonsumidores en tratamiento con metadona asignados aleatoriamente a tres condiciones: (1) ACT y metadona, (2) el conocido como *Tratamiento Intensivo de los 12 Pasos* y metadona, y (3) solo metadona. Se constataron diferencias significativas entre las condiciones a los 6 meses de seguimiento: una mayor efectividad de las dos condiciones activas de tratamiento (50% de abstinencia en ACT y 38% con los 12 pasos) con respecto al grupo que sólo recibía metadona (12%). Smout et al. (2010) compararon la eficacia diferencial entre ACT y terapia cognitivo-conductual en 90 pacientes con abuso o dependencia de metanfetaminas tras 12 sesiones individuales. Los resultados mostraron reducciones significativas en ambas condiciones en el consumo tras finalizar la intervención y el seguimiento, pero no se encontraron dife-

rencias significativas entre terapia cognitivo-conductual y ACT.

En otro estudio controlado (López, 2013) correspondiente a una tesis doctoral codirigida por la primera autora de este trabajo 20 policonsumidores que iniciaban tratamiento ambulatorio en un centro público de atención a drogodependientes fueron asignados a dos grupos de tratamiento, terapia cognitivo-conductual (CBT) frente a ACT. 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 pautados, frente a un 47% del grupo CBT), en cuanto a abstinencia en dichos controles (en ACT se constató la abstinencia en un 87% de los controles realizados, frente a un 60% del grupo CBT), en relación con altas terapéuticas (5 sujetos de ACT frente a 1 de la condición CBT) y en la 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).

Posteriormente, un análisis descriptivo del proceso terapéutico (López, 2013) a partir de las transcripciones de 49 sesiones de los pacientes, realizadas en los primeros 3 meses, permitió observar que en los 12 sujetos que abandonaron (independientemente de la condición de tratamiento) fueron más frecuentes las conductas de evitación, 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 observó, 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).

Stotts et al. (2012) compararon la utilidad de ACT frente a una intervención basada en *counseling* en pacientes con dependencia a opiáceos en un programa de reducción de metadona. El 37% de los participantes en la condición ACT lograron la desintoxicación al final del tratamiento frente al 19% de los que recibieron *counseling*. La reducción del miedo a la desintoxicación también fue mayor a lo largo del tiempo en la condición ACT.

Por su parte, Luoma, Kohlenberg, Hayes y Fletcher (2012) examinaron la eficacia de una intervención grupal basada en ACT dirigida al abordaje de la vergüenza comparada con el tratamiento usual en pacientes en un programa de tratamiento en régimen residencial. Los pacientes que recibieron la terapia basada en ACT mostraron pequeños incrementos en los niveles de vergüenza a corto plazo, pero una mayor reducción en el seguimiento a los 4 meses. Además, en los pacientes de la condición ACT se constataron menos días de consumo de sustancias y mayor frecuencia de asistencia al tratamiento.

Menéndez, García, Lamelas y Lanza (2014) compararon en un estudio controlado y aleatorizado la eficacia a largo plazo de ACT frente a CBT en 37 mujeres policonsumidoras mientras cumplían una pena de prisión. Los resultados obtenidos con el modelo lineal mixto muestra-

ron que el consumo de drogas, los niveles de sensibilidad a la ansiedad y los repertorios de evitación se redujeron en ambos grupos, sin diferencias entre ellos, aunque los porcentajes de psicopatología asociada se fueron reduciendo únicamente en quienes recibieron ACT. Además, a los 18 meses de seguimiento, ACT fue superior a CBT en el mantenimiento de los porcentajes de abstinencia.

Dos ensayos realizados en Irán muestran datos significativos, aunque no presentan datos de abstinencia. Azkhosh, Farhoudianm, Saadati, Shoaee y Lashani (2016) compararon en un ensayo clínico aleatorizado el efecto de ACT aplicada durante 12 sesiones grupales en 60 adictos a opiáceos con el tratamiento de los 12 pasos y con un grupo control en terapia sustitutiva con metadona, encontrando un efecto significativamente superior en bienestar psicológico y flexibilidad psicológica tras la intervención y en el seguimiento a las 6 semanas. Por su parte, Amirian, Mami, Ahmadi y Mohamad-zadeh (2018) realizaron un ensayo clínico con 40 participantes adictos a sustancias. Los pacientes del grupo experimental recibieron una intervención grupal basada en ACT a lo largo de 10 sesiones. ACT tuvo un efecto significativo en la reducción de la dificultad en regulación emocional y en el incremento de la tolerancia al malestar emocional, y los cambios se mantuvieron en el seguimiento a los 3 meses.

Ensayos clínicos sobre ACT y alcoholismo

Los estudios realizados desde ACT sobre pacientes con problemas con el alcohol coinciden en considerar las dificultades en el manejo de emociones que muestran estas per-

sonas, bien midiendo el efecto de ACT sobre la regulación o el manejo de emociones, bien estudiando el efecto de la terapia en pacientes doblemente diagnosticados de alcoholismo y trastornos emocionales.

Así, en el ensayo clínico de George (2015) realizado en India, 32 personas con dependencia al alcohol fueron asignadas aleatoriamente a una intervención basada en ACT y a un grupo control. Los pacientes que recibieron la intervención mostraron un descenso en las dificultades en la regulación emocional. En el estudio de Harvey, Henricksen, Bimler y Dickson (2017), 262 militares norteamericanos con problemas con el alcohol participaron en un ensayo clínico en el que se comparó el efecto de una intervención basada en ACT (5 sesiones grupales administradas a lo largo de una semana) con lista de espera. La intervención mostró mejoras superiores en manejo de emociones, reducción de consumo de alcohol, agresión, ansiedad, estrés y locus de control. Petersen y Zettle (2009) asignaron a 24 pacientes ingresados con dependencia alcohólica y diagnóstico de depresión a dos condiciones de tratamiento individual, ACT y tratamiento usual basado en el programa de los 12 pasos. En ambas condiciones se observaron reducciones en depresión. Sin embargo, los participantes en la condición ACT requirieron significativamente menos tiempo en terapia para ser dados de alta (la duración de la intervención fue un 32% más corta en ACT). Por su parte, Thekiso, Murphy, Lambe, Curtin y Farren (2015), asignaron a 52 pacientes internos con trastorno de consumo de alcohol con diagnóstico concurrente de

depresión o trastorno bipolar al tratamiento usual o tratamiento usual más ACT en formato grupal. Las tasas de mantenimiento en el programa fueron altas en ambas condiciones aunque superiores en el caso de ACT (100% en ACT frente a 84,6% en tratamiento usual a los 6 meses), y en los pacientes que recibieron la intervención basada en ACT se observó una abstinencia más prolongada y niveles más bajos de ansiedad y depresión a los 6 meses.

Ensayos clínicos sobre ACT y tabaquismo

Por otro lado, los estudios en torno a la aplicación de ACT en el tabaquismo han explorado tanto formatos tradicionales como otros más innovadores, utilizando las nuevas tecnologías, en la administración de la intervención, comparando ACT con las intervenciones más usuales. En el primer estudio publicado, Gifford et al., (2004) compararon ACT con la terapia sustitutiva con nicotina, mostrándose las mayores diferencias en el seguimiento a los 6 meses (23% de abstinencia en la condición ACT frente a un 11% en la condición de terapia sustitutiva) y al año (35% frente al 15%). El mismo equipo (Gifford et al., 2011) comparó la administración de Bupropion en solitario con el fármaco más una intervención basada en ACT más psicoterapia analítico-funcional (FAP), logrando el tratamiento combinado una tasa de abandono al año del 31,6% frente al 17,5% del fármaco solo. En ambos estudios se observó que los resultados estaban mediados por la variable evitación experiencial.

Otro estudio (Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto, & Montesinos, 2009) comparó ACT con CBT administrado en grupo

a lo largo de 7 sesiones semanales. Los resultados mostraron excelentes resultados de ACT al postratamiento (41,9% del total de sujetos abstinentes en ACT, en comparación a un 23,7% de sujetos abstinentes en CBT). En el seguimiento al año, el 30,2% de sujetos estaban abstinentes en la condición ACT comparado con el 13,2% en la condición CBT.

Como se ha mencionado, sin duda los estudios controlados en torno a la efectividad de ACT en el tratamiento del tabaquismo son los que han recurrido a modalidades de intervención más innovadoras. Así, Bricker, Mann, Marek, Liu y Peterson (2010) valoraron la posible utilidad de una aplicación telefónica de ACT para el tratamiento del tabaquismo. A los 20 días tras el tratamiento, un 29% de los sujetos informó no haber fumado en la última semana, porcentaje que se mantenía a los 12 meses. Bricker, Bush, Zbikowski, Mercer y Heffner (2014) realizaron un nuevo estudio en el que el tratamiento se administró telefónicamente a lo largo de 5 sesiones, en el que los participantes fueron asignados aleatoriamente a dos tratamientos, ACT y cognitivo-conductual. El porcentaje de abandono con ACT a los 6 meses fue del 31% frente al 22% en la condición cognitivo-conductual. Además, el porcentaje de abstinentes a los 6 meses fue superior entre los pacientes con niveles clínicos de depresión al inicio y también entre los participantes con bajos niveles de aceptación del *craving* al inicio.

La posibilidad de aplicación de ACT a través de Internet ha sido probada por Bricker, Wyszynski, Comstock y Heffner (2013), quienes compararon dos intervenciones para dejar de fumar a través de una página web en una

muestra de más de 200 fumadores. La intervención basada en ACT consiguió el doble de abstinencia (23% frente al 10%) a los 3 meses frente a una intervención estándar que incluía planificación del abandono, entrenamiento en habilidades, consejos sobre fármacos y apoyo social. El resultado una vez más estaba mediado por cambios en aceptación. En un estudio más reciente del mismo equipo, Bricker, Mull, McClure, Watson y Heffner (2018) siguieron a 2637 fumadores que participaron en ensayo clínico a gran escala que comparó el tratamiento para dejar de fumar a través de 2 páginas web para dejar de fumar WebQuit.org, basada en ACT, y Smokefree.gov, con el estándar del *National Cancer Institute*. Los análisis encontraron tasas de abstinencia similares a los 12 meses en ambas plataformas (21% y 23% respectivamente).

Savvides (2014) evaluó en jóvenes chipriotas la eficacia de una intervención basada en ACT administrada a lo largo de 6 sesiones a través de Internet para dejar de fumar. Los jóvenes fumadores fueron aleatoriamente asignados a lista de espera o condición ACT. De los 105 participantes que comenzaron el ensayo, 55 completaron la evaluación sumando ambas condiciones. Los participantes en la condición ACT valoraron la intervención como altamente satisfactoria, útil y motivadora, y en comparación con el grupo control mostraron menores tasas de abandono (52% frente a 14% al postratamiento) y descensos en dependencia a la nicotina, aumento de autoeficacia, y mayor aceptación de desencadenantes de la conducta de fumar.

Asimismo, ACT ha sido administrada en fumadores a través de una aplicación para telé-

fonos móviles. Bricker et al. (2014) realizaron un ensayo clínico aleatorizado para valorar la eficacia de una app basada en ACT, comparada con otra aplicación basada en las guías de práctica clínica estadounidenses, alcanzando un porcentaje de abstinencia superior (13% frente al 8%), siendo mayor la diferencia en la efectividad en los fumadores que puntuaban muy bajo en aceptación de los *cravings* al inicio del tratamiento.

Resumiendo, es posible afirmar que los estudios empíricos publicados hasta la fecha muestran una mayor efectividad de ACT en comparación con el tratamiento usual en policonsumidores o consumidores de opiáceos. Asimismo, en pacientes con dependencia alcohólica se ha constatado la utilidad de ACT en la disminución de sintomatología depresiva y el manejo de emociones. Además, en pacientes fumadores la aplicación de ACT de forma presencial ha revelado hasta el momento una eficacia superior que las intervenciones usuales. Igualmente, aunque con índices de abstinencia inferiores, pero con un coste mucho más reducido y considerables posibilidades en cuanto a su alcance, la administración de adaptaciones de ACT por vía telefónica o través de Internet o de aplicaciones móviles para dejar de fumar ha resultado al menos tan eficaz como otras intervenciones. Los datos presentados muestran a la Terapia de Aceptación y Compromiso como una terapia útil y viable en el contexto de las adicciones, comprometida con la investigación, realizada desde ámbitos geográficos y culturales diversos y en el caso concreto del tabaquismo, a través de diferentes formatos. Si bien se mantiene la necesidad de realizar nue-

vos estudios que continúen aportando datos, la evidencia publicada revela un futuro cuando menos prometedor para ACT en este campo.

Conclusiones

El objetivo del presente artículo ha sido exponer de forma genérica el abordaje de las adicciones desde un análisis funcional-contextual del comportamiento. Para ello, se ha descrito y ejemplificado el patrón de regulación de la evitación experiencial destructiva o inflexibilidad psicológica, a la base de dicho comportamiento problemático. También, se han descrito los objetivos y características fundamentales de la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el caso de las adicciones, haciendo un recorrido exhaustivo por los estudios que hasta la fecha han revelado la eficacia de ACT en la alteración de los comportamientos adictivos.

A modo de conclusión se quiere hacer explícito el compromiso de este modelo con la investigación básica en análisis funcional, extendido al análisis del lenguaje y cognición (Teoría del Marco Relacional; Hayes et al., 2001). Este compromiso ha sido determinante para perfilar las aplicaciones sobre la base de las contingencias y funciones derivadas o transformadas. Continuar con ese compromiso con la investigación funcional sobre los procesos verbales implicados en cada uno de los métodos clínicos y elementos definitorios de ACT, es lo que está permitiendo avanzar considerablemente, siendo cada vez un acercamiento más eficaz. Así, el conocimiento de esta base se hace imprescindible para el clínico ya que sin el conocimiento de la investigación

básica y el marco conceptual de referencia, el profesional no sabrá qué está manejando cuando utilice los métodos clínicos y por tanto, su flexibilidad y eficacia ante nuevos casos se verá comprometida.

Referencias

- Amirian, K., Mami, S., Ahmadi, V., & Mohamadzadeh, J. (2018). Effectiveness of Group Psychotherapy Based on Acceptance and Commitment Therapy on Difficulties Emotion Regulation and Distress Tolerance in Substance Abusers. *Journal of Education and Community Health, 5*, 56-63.
- Azkhosh, M., Farhoudianm, A., Saadati, H., Shoaee, F., & Lashani, L. (2016). Comparing Acceptance and Commitment Group Therapy and 12-Steps Narcotics Anonymous in Addict's Rehabilitation Process: A Randomized Controlled Trial. *Iranian Journal of psychiatry, 11*, 244-249.
- Batten, S. V., & Hayes, S. C. (2005). Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Comorbid Substance Abuse and Post-Traumatic Stress Disorder: A Case Study. *Clinical Case Studies, 4*, 246-262.
- Bricker, J. B., Mann, S. L., Marek, P. M., Liu, J., & Peterson, A. V. (2010). Telephone-delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research, 12*, 454-458.
- Bricker, J. B., Bush, T., Zbikowski, S. M., Mercer, L. D., & Heffner, J. L. (2014). Randomized trial of telephone-delivered acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for smoking cessation: a pilot study. *Nicotine & Tobacco Research, 16*, 1446-1454.
- Bricker, J. B., Mull, K. E., Kientz, J. A., Vilardaga, R., Mercer, L. D., Akioka, K. J., & Heffner, J. L. (2014). Randomized, controlled pilot trial of a smartphone app for smoking cessation using acceptance and commitment therapy. *Drug and Alcohol Dependence, 143*, 87-94.
- Bricker, J. B., Mull, K. E., McClure, J. B., Watson, N. L., & Heffner, J. L. (2018). Improving quit rates of web delivered interventions for smoking cessation: full scale randomized trial of WebQuit.org versus Smokefree.gov. *Addiction, 113*, 914-923.
- Bricker, J. B., Wyszynski, C., Comstock, B., & Heffner, J. L. (2013). Pilot randomized controlled trial of web-based acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Nicotine & Tobacco Research, 15*(10), 1756-1764.
- 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*, 851-870.
- George, B. (2015). Efficacy of Acceptance and Mindful Based Relapse Prevention Program on Emotion Regulation Difficulty among Alcoholics in Kerala India. *Journal of Alcoholism and Drug Dependence, 3*, 3-14. DOI: 10.4172/2329-6488.1000205
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior therapy, 35*, 689-705.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (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*, 700-715.
- Gil Roales-Nieto, J. (1996). La adicción como conducta. Variables diferenciadoras y dimensiones de interés. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de las adicciones* (pp. 1-20). Granada: Némesis.
- Golberd, S. R., & Stolerman, I. P. (1986). *Behavioral analysis of drug dependence*. Orlando, FL: Academic Press.
- Harvey, S. T., Henricksen, A., Bimler, D., & Dickson, D. (2017). Addressing Anger, Stress, and Alcohol-Related Difficulties in the Military: An ACT Intervention. *Military Psychology, 29*, 464-476.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and

- the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum.
- 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., & Levin, M. E. (Eds.). (2012). *Mindfulness and Acceptance for Addictive Behaviors: Applying Contextual CBT to Substance Abuse and Behavioral Addictions* (1st ed.). Oakland, CA: Context.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso: proceso y práctica del cambio consciente (mindfulness)*. Bilbao: Desclee De Brower
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Heffner, M., Eifert, G. H., & Parker, B. T. (2003). Valued directions: Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol dependence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1, 378-383.
- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: a preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 723-730.
- Kenford, S. L., Smith, S. S., Wetter, D. W., Jorenby, D. E., Fiore, M. C., & Baker, T. B. (2002). Predicting relapse back to smoking: Contrasting affective and physical models of dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 216-227.
- López, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Health and Addictions*, 10, 37-46.
- López, M. (2013). *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, M. C., Gómez, S., Hernández, M., & Cabello, F. (2001). Alcoholismo, evitación experiencial y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 333-371.
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: a randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 43-53.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance & commitment therapy skills-training manual for therapists*. New Harbinger.
- Menéndez, A. G., García, P. F., Lamelas, F. R., & Lanza, P.V. (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.
- Luciano, C., Páez, M., & 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, 141-165.
- Páez M., & Montesinos F. (2016). *Tratando con... Terapia de Aceptación y Compromiso. Habilidades Terapéuticas Centrales para la aplicación eficaz*. Madrid: Pirámide.
- Pérez Alvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Madrid: Síntesis.
- Petersen, C. L., & Zettle, R. D. (2009). Treating inpatients with comorbid depression and alcohol use disorders: A comparison of acceptance and commitment therapy versus

- treatment as usual. *The Psychological Record*, 59, 521-536.
- Peterson, A. V., Kealey, K. A., Mann, S. L., Marek, P. M., Ludman, E. J., Liu, J., & Bricker, J. B. (2009). Group-randomized trial of a proactive, personalized telephone counseling intervention for adolescent smoking cessation. *Journal of the National Cancer Institute*, 101, 1378-1392.
- Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- Savvides, S. N. (2014). Evaluating an acceptance and commitment therapy internet-based intervention for smoking cessation in young adults. Tesis doctoral. University of Cyprus.
- Smout, M., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J. (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.
- Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K., Northrup, T. F., ... & Schmitz, J. M. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 215-222.
- Stotts, A. L., Masuda, A., & Wilson, K. G. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy in methadone dose reduction: Rationale, treatment description, and a case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16, 205-213.
- Stotts, A. L., & Northrup, T. F. (2014). The promise of third-wave behavioral therapies in the treatment of substance use disorders. *Current Opinion in Psychology*, 2, 75-81.
- Thekiso, T. B., Murphy, P., Milnes, J., Lambe, K., Curtin, A., & Farren, C. K. (2015). Acceptance and commitment therapy in the treatment of alcohol use disorder and comorbid affective disorder: a pilot matched control trial. *Behavior Therapy*, 46, 717-728.
- Törneke, N., Luciano, C., & Valdivia-Salas, S. (2008). Rule-governed behavior and Psychological Problems. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 141-156.
- Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 619-632.
- Wilson, K. G., & Bird, M. R. (2004). ACT for substance abuse and dependence. En S. C. Hayes, & K. D. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 153-184). Springer Science & Business Media.
- Wilson, K. G., & Luciano, M. C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., Gregg, J.; & Zettle, R.D. (2001). Psychopathology and psychotherapy. En S. C. Hayes, D. Barnes-Holmes., & B. Roche (Eds.), *Relational Frame Theory. A post- skinnerian account of human language and cognition* (pp. 211-237). Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum.