



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

“TERAPIA DE ACEPTACIÓN

Y

COMPROMISO

EN CONSUMIDORES

DE DROGAS ILEGALES:

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA”

ALUMNO: ELENA GRANADOS ZAPATA

**TUTORA: MÓNICA HERNÁNDEZ LÓPEZ
DPTO: DPTO DE PSICOLOGIA**



MAYO, 2021

AGRADECIMIENTOS:

A mi padre, por darme la oportunidad de tener la entrevista con sus compañeros de trabajo de la Guardia Civil, y por su apoyo constante y motivación.

Agradezco, además, a los cuatro agentes del Cuerpo de la Guardia Civil, por ofrecerme su ayuda para realizar mi pequeño estudio de campo, dedicarme su valioso tiempo y procurarme la información más relevante que expongo más abajo para completar de este modo mi trabajo y conocer otra perspectiva relacionada con la prevención del consumo de drogas.

A mi tutora, por ir guiándome a lo largo de todos estos meses, informándome de los fallos encontrados con el fin de alcanzar los objetivos planteados en esta mi primera revisión bibliográfica.

Índice

1. Resumen y palabras clave
2. Introducción
 - 2.1. Medidas especiales de intervención policial
contra el tráfico y el consumo de drogas.
3. Objetivos y Metodología
4. Resultados y Discusión
5. Conclusiones
6. Referencias bibliográficas

1. RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

El campo de la drogadicción está situado entre los trastornos psicológicos con mayor índice de abandonos y mayor tasa de recaídas, por lo que es necesario actualizar continuamente los avances que se están produciendo. En este trabajo se revisan estudios empíricos sobre adicción de una de las terapias de conducta de tercera generación que más prometedores resultados brinda: la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).

Los resultados de los estudios empíricos que introduzco en mi revisión, son de caso único y muestran que tras la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso se produce un abandono del consumo de sustancias por parte de los pacientes, además de otras mejoras importantes, como aumento de flexibilidad psicológica para afrontar las adversidades.

Por otro lado, para enriquecer desde otra perspectiva el presente estudio y con ello ofrecer un mejor enfoque desde la experiencia policial respecto al consumo de drogas, realicé un pequeño estudio de campo desde un prisma relacionado con la seguridad ciudadana y orden público, y aprovechando una reunión de trabajo entrevisté a cuatro Agentes de la Guardia Civil, entre cuyas labores figuraba el estudio y evolución de la estadística delincencial y el consumo de drogas de menores en el marco de los planes de prevención (Plan Director y Drogas en Zonas de Ocio) en los últimos años y que fue puesto en marcha hace más de una década por sendas Instrucciones de la Secretaría de Estado de Seguridad, órgano dependiente del Ministerio del Interior, como veremos más adelante.

Palabras clave: consumo de drogas, terapia de aceptación y compromiso (ACT), flexibilidad psicológica, estudios empíricos, estudio de campo.

ABSTRACT

The field of drug addiction is among the psychological disorders with the highest dropout and relapse rates, so it is necessary to continually update the advances that are being made. In this paper we review empirical studies on addiction of one of the third generation behavioural therapies with the most promising results: Acceptance and Commitment Therapy (ACT).

The results of the empirical studies that I introduce in my review are single case studies and show that after the application of Acceptance and Commitment Therapy there is a cessation of substance use by patients, as well as other important improvements, such as increased psychological flexibility to cope with adversity.

On the other hand, in order to enrich the present study from another perspective and thus offer a better approach from the police experience regarding drug consumption, I carried out a small field study from a prism related to public safety and public order, and taking advantage of a work meeting I interviewed four agents of the Guardia Civil, Their work included the study and evolution of crime statistics and drug use among minors within the framework of prevention plans (Plan Director and Drugs in Leisure Areas) in recent years, which was set up more than a decade ago by Instructions from the Secretary of State for Security, a body dependent on the Ministry of the Interior, as we will see below.

Keywords: drug use, acceptance and commitment therapy (ACT), psychological flexibility, empirical studies, field study.

2.- INTRODUCCIÓN

En la actualidad el asunto de las drogas es uno de los mayores problemas a los que se enfrenta la sociedad (Lejuez, Paulson, Daughters, Bornovalova & Zvolensky, 2006). La adicción a las drogas sigue aumentando y sus efectos varían ampliamente, afectando de forma especial a los adolescentes con consecuencias que van desde la alteración del humor, distorsión de la percepción, aumento de conductas agresivas o delictivas, hasta padecimiento de enfermedades físicas, ya que, esta es una etapa clave para que se inicien en el consumo de sustancias ilícitas. En nuestro país un gran sector de adolescentes y jóvenes asocian el disfrute del ocio y de las relaciones sociales con el uso de sustancias.

Romani en el año 1999, definió las drogas como “sustancias químicas, que algunas personas se administran, y que tienen la capacidad de modificar funciones como la percepción, la conducta, la motricidad... pero, cuyo impacto, consecuencias y funciones se ven condicionados en primer lugar por las definiciones sociales, económicas y culturales de los grupos sociales que las utilizan.” (p. 53)

La *Organización Mundial de la Salud* define la adicción a las drogas como el consumo repetido de una o más sustancias psicoactivas, que hace que los usuarios o adictos se intoxiquen constantemente y exhiban un deseo compulsivo de continuar consumiendo, por lo que esto conlleva problemas laborales, familiares, sociales, de pareja.... (Nuevas Formas de Adicción y Patrones de Consumo, 2018, p. 11).

La drogodependencia es un fenómeno social complejo y debe ser abordado desde un modelo multidimensional. El modelo debe tener en cuenta factores relacionados con las sustancias, las personas, la sociedad y así concienciar a los diferentes sectores de la población de su importancia a través de la educación. Se ha observado que determinados comportamientos de salud relacionados con los hábitos diarios, estilos de vida y hábitos relacionados con el consumo de drogas están directamente relacionados con importantes problemas de salud propios de los países occidentales (Tena, Castro, Marín, y Gómez, 2018). Es decir, al incrementarse los malos hábitos relacionados con el consumo, también aumentan los problemas en la salud, ya que hay una relación directa entre los dos factores.

Las generaciones nacidas después de 1970 han incrementado el uso de drogas ilícitas, y en los últimos años se ha producido un aumento sustancial en España (este fenómeno se originó en Ibiza) y en otros países europeos. En esta expansión, la vinculación con los festivales de música ha producido una gran respuesta entre los jóvenes de todas las edades (entre 14-25 años), jugando un papel decisivo en la cultura rave y la música tecno, a la cual se asocia el policonsumo de drogas. (Gaulier et al., 2002). Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA, 2020), algunas de las sustancias más consumidas en las fiestas entre jóvenes son el MDMA, (que es una droga muy usada en este tipo de cultura musical) la cocaína y el cannabis. La población adolescente se ve expuesta a este tipo de sociedad, en la que el consumo de sustancias tóxicas juega un papel fundamental.

En la última década, el interés por la promoción de hábitos saludables en niños, adolescentes y adultos se ha incrementado preocupando a nuestra sociedad, en especial a los países en desarrollo, al presentarse un problema grave de salud. Entre los jóvenes de las sociedades desarrolladas, el consumo de sustancias adictivas es un problema común. Numerosos estudios dedicados a investigar este hábito nocivo han demostrado que la edad de iniciación del consumo ha disminuido, lo que ha agravado este grave problema, ya que comienzan cada vez más pronto a consumir. (Tena, Castro, Marín, y Gómez, 2018).

Uno de los factores a tener en cuenta en el consumo de drogas, son los muchos estudios que revelan los efectos de las drogas sobre la participación en conductas violentas (Bousoño et al., 2019). La mayoría de los estudios reflejan la relación entre el uso indebido de drogas y el aumento de la violencia entre los jóvenes (Alonso y Romero, 2020; Cerezo y Méndez, 2013; Córdova, Jiménez y Fernández, 2016; Puebla y Duarte, 2016). Otros estudios han demostrado que el abuso de drogas aumenta la participación en el acoso o comportamiento violento en el futuro (Alonso et al., 2018).

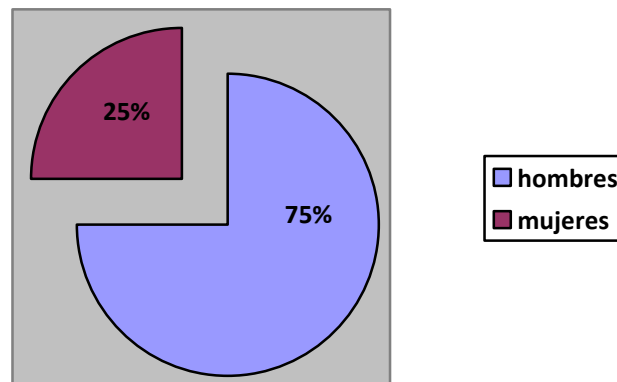
Por otro lado, la etapa adolescente es caracterizada por una variedad de cambios físicos y psicológicos, lo que hace de la adolescencia un grupo vulnerable durante este período. Además, los cambios sociales en la actualidad propician el inicio de uso de drogas a edades más tempranas, haciendo de la pubertad un período crítico

para comenzar a consumir. La adolescencia es un período de cambios constantes, y tanto las personas que la viven como su entorno sufrirán.

A través de la Encuesta sobre consumo de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) que se hace cada dos años, hemos extraído información de datos de los años 2018-2019. Las drogas más consumidas por los jóvenes (14-18 años) son las legales (tabaco y alcohol), seguidas de la marihuana o cannabis. La edad media de inicio de consumo se sitúa en los 14 años según la Encuesta Nacional de Drogas.

Existen ciertas diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas entre hombres y mujeres. El uso de drogas *legales* por parte de las mujeres está más extendido, mientras que por el contrario, el uso de drogas *ilegales* por parte de los hombres es más importante. Yo, en este trabajo me voy a centrar básicamente en las drogas *ilegales*.

Figura 1. Consumo por género 14 a 18 años edad.



La Encuesta Nacional de Drogas (2018-2019) señala que por cada cuatro hombres consumidores hay una mujer. El consumo en la categoría epidemiológica "una vez en la vida" muestra que el 8,6% de los hombres alguna vez han consumido una determinada droga ilegal, mientras que las mujeres solo el 2,1%. Se puede observar a través de diversas fuentes de información sobre el uso de sustancias, que

coinciden en que los patrones de consumo de hombres y mujeres son diferentes, prácticamente siempre superado por los hombres.

Además, la prevalencia de consumo de drogas ilícitas ha seguido estable durante los últimos años, es decir; se mantiene la idea de que 1/3 de la población ha consumido alguna vez en su vida alguna sustancia ilícita. El cannabis es la droga más común y más consumida que se concentra sobre todo entre los adolescentes y adultos menores de 35 años.

La experimentación, el uso y el abuso de drogas son algunos de los comportamientos que pueden ocurrir en los jóvenes en esta etapa. En este momento, es cuándo se deben tomar medidas preventivas para reducir los factores de riesgo y favorecer los factores de protección, de modo que los jóvenes puedan reducir su vulnerabilidad y abordar mejor el problema del uso de drogas. La investigación realizada de los factores de protección y de riesgo es relativamente corta, y la mayoría de atención se ha enfocado hacia factores de riesgo al uso de las drogas y no tanto para el abuso. (Rhodes et al., 2003). Por ello, es necesario un mayor esfuerzo para entender los factores de protección y de riesgo al completo relacionados con el uso de las drogas, desde que se comienza hasta que mantiene y su progreso, las recaídas en abuso, el cese, sobre el consumo múltiple de drogas... (Clayton, 1992). No obstante, sabemos que existen ciertos factores de riesgo que incrementan la posibilidad de aumentar el consumo, y también podemos hablar de diversos factores de protección que pueden ayudar para conseguir evitarlo. Becoña (2002) clasifica los factores de riesgo y de protección en: familiares, comunitarios, iguales, escolares e individuales.

A continuación, represento en la tabla 1, los principales factores de riesgo y de protección señalados en estudios llevados a cabo en nuestro país en los últimos años (Graña, Andreu, Muñoz-Rivas y Peña, 2002; Arbinaga, 2002; Becoña, 2002, 2005, 2009; Bisetto, Botella y Sancho, 2012; Carballo et al., 2004; Cava, Murgui y Musitu, 2008; Contreras, Molina y Cano, 2012; Muñoz-Rivas, Cruzado y Graña, 2000; Espada, Pereira y García-Fernández, 2008; Fernández del Valle, 2004; Gervilla, Cajal y Palmer, 2011; Gracia, Fuentes y García, 2010; Graña y Muñoz-Rivas, 2000a, 2000b; Jiménez, Musitu y Murgui, 2008; López y Becoña, 2006a, 2006b; López y Rodríguez-Arias, 2010, 2012; Martínez y Robles, 2001; Martinez-Gonzalez, Trujillo y Robles,

2006; Pérez, 2010; Pérez, Ariza, Nebot y Sánchez-Martínez, 2010; Rivas y Gimeno, 2012; Romero y Ruiz, 2007; Secades, Fernández y Vallejo, 2004; Villa, Rodríguez y Sirvent, 2006; Villa, Rodríguez y Ovejero, 2010; Villarreal, Sánchez, Misutu y Varela, 2010).

Tabla 1. Factores de riesgo y de protección.

FACTORES DE RIESGO	DOMINIO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Mayor disponibilidad drogas Normas sociales favorables al consumo Alta movilidad Desorganización comunitaria, desempleo y empleo precario Mensajes de uso de drogas en los medios de comunicación Baja percepción social de riesgo frente al consumo de drogas	<i>Comunidad</i>	Menor disponibilidad de drogas Alta percepción de riesgo frente al consumo de drogas Normas culturales y sociales contrarias al consumo de drogas Existencia de sistemas de apoyo comunitarios Sentimiento de seguridad y pertenencia comunitaria
Familia con historial previo de consumo de drogas o actos delictivos Actitudes familiares permisivas hacia el consumo Pautas de manejo familiar inconsistentes o inexistentes Ausencia de monitorización parental Estilo familiar autoritario o permisivo Relaciones afectivas deterioradas o inexistentes Pertenencia a hogares con conflicto familiar Ausencia de comunicación familiar	<i>Familia</i>	Presencia de relaciones afectivas positivas Comunicación familiar Estilo educacional democrático Efectiva supervisión y monitorización parental Actitudes familiares contrarias al consumo de drogas Clima de confianza y cercanía Apoyo familiar emocional e instrumental
Fracaso escolar Bajo nivel de implicación y apego al centro escolar Conducta antisocial en la escuela Mala relación alumno-maestro	<i>Escuela</i>	Buen rendimiento escolar Autoconcepto académico positivo Participación en actividades extraescolares Compromiso y apego al centro escolar Buena relación afectiva e instrumental con profesores
Asociación con amigos consumidores de drogas o violentos		Asociación con iguales no consumidores

Identificación con grupos no convencionales Actitudes del grupo favorables al consumo	<i>Compañeros</i>	Mayor resistencia a la presión del grupo
Actitudes favorables hacia el consumo de drogas Presencia de trastornos afectivos Presencia de rasgos de personalidad: agresividad, ira, impulsividad, búsqueda de sensaciones Presencia de problemas o trastornos de conducta Ausencia de valores ético-morales Presencia de trastornos de la conducta alimentaria	<i>Individual</i>	Actitudes negativas hacia el consumo de drogas Autoconcepto positivo Presencia de valores prosociales Religiosidad y creencia en el orden social Competencia en habilidades sociales Control de impulsos

Seguidamente abordo los diferentes modelos explicativos de la adicción, con los que comparar distintos argumentos acerca del consumo de drogas.

Un problema importante es que la droga logra confundir a las personas adictas. Sus objetivos, valores y vínculos están subordinados al consumo, por lo que, no pueden controlar correctamente sus vidas y caen en un círculo vicioso de deseo incontrolable de consumir e intensos cambios de humor y angustia, conocido como *síndrome de abstinencia*. (Rocha Dias, 2010)

La abstinencia es la consecuencia de la dependencia psicológica hacia las drogas, que consiste en un estado de continuo malestar que aparece cuando a la persona se le priva de la consumición, y su intensidad variará dependiendo de la cantidad y del tipo de sustancia consumida. La manifestación de este síndrome se da cuando la persona depende de ciertas drogas; ya que, consume habitualmente, y comienza a sentir síntomas físicos y psíquicos por la necesidad y preocupación de consumir sustancias, como dificultades para dormir, sueños vívidos desagradables, además pueden volverse violentos y suicidas si la intensidad de su abstinencia es alta. Solo al volver a consumir drogas pueden aliviar inmediatamente este dolor.

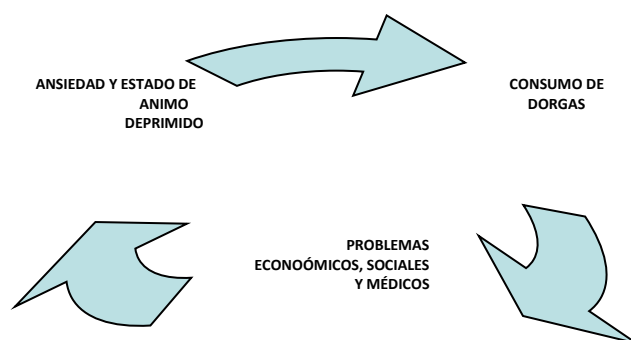
Aquí se experimenta lo que conocemos como *craving*, (Mar-latt, 1985) y (Horvath, 1988), que es un deseo extremo e irrefrenable de consumir una sustancia.

Ciertas drogas como el alcohol, el tabaco, la cocaína tienen más probabilidades de causar este fenómeno en personas dependientes o consumidores habituales. El craving puede aparecer semanas o meses después de dejar de consumir y superar el síndrome de abstinencia aguda. Otro concepto importante que debemos conocer es la tolerancia y se conoce como la necesidad de suministrar una sustancia en cantidades grandes y crecientes para lograr el efecto deseado. La tolerancia obliga a incrementar la dosis para conseguir el mismo efecto.

El alivio que se siente a corto plazo al consumir drogas, tendrá efectos negativos a largo plazo, derivando en problemas legales, financieros, familiares y médicos. Estos problemas hacen que las personas se preocupen de verdad por ser detenidas, quebradas, perder sus trabajos, obstaculizar las relaciones cercanas y enfermarse. Estos miedos generan más ansiedad y conducen a antojos, y luego consumen drogas o bebidas para eliminar la ansiedad.

Por tanto, se establece el *círculo vicioso* de Rado (1933), VanDijk (1971), Wurmser (1978) y de Rivera (1980). En la Figura 2. se expone este modelo de forma más resumida y simple.

Figura 2. Modelo simple de círculo vicioso.

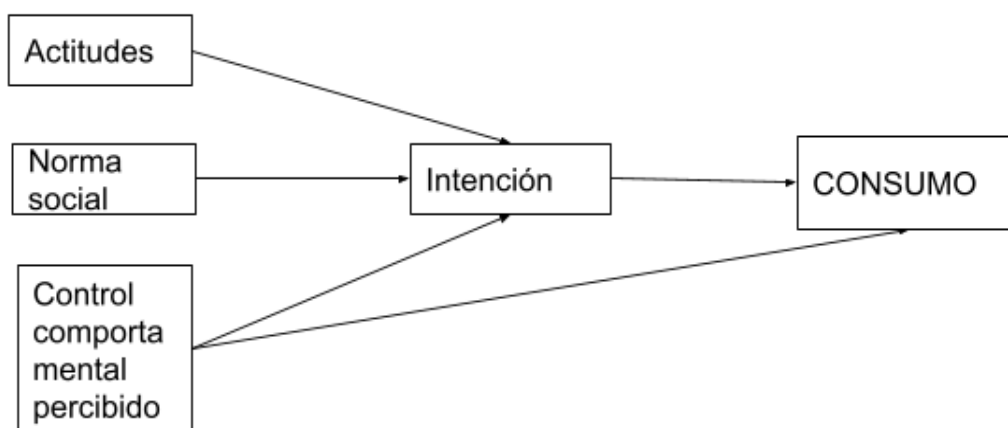


La Teoría de la Acción Planeada (TAP) (Ajzen, 1991). Es una de las teorías más utilizadas para explicar el comportamiento en el campo del consumo de drogas. A partir de su hipótesis, pretende explicar la conducta mediante el diseño de un

modelo que incluye factores cognitivos, actitudinales, personales y sociales. El mejor predictor de consumo será la intención de consumir.

A su vez, esta disposición a consumir puede explicarse por otros tres factores: *la actitud hacia la conducta* (incluidas las creencias sobre el objeto de la conducta, es decir, la información y la evaluación del objeto de la conducta), la denominada *norma subjetiva*, se puede interpretar como la presión social percibida de realizar o no comportamientos relacionados. Finalmente, como tercer factor influyente, será el *control conductual percibido o creencia*, es decir, la expectativa de la capacidad de control personal de la conducta, como se muestra en la figura 3.

Figura 3. Modelo Teoría de la Acción Planeada.



Finalmente, otro de los modelos expuestos y de gran importancia se trata del **Modelo del Trastorno de Evitación Experiencial (TEE) o inflexibilidad psicológica** (Hayes, Wilson, Gifford, Follete y Strosahl, 1996; Luciano y Hayes, 2001). La evitación experiencial se produce, cuando una persona no está dispuesta a conectarse con su propia experiencia privada y cambia a propósito cómo se produce, con qué frecuencia, y también las condiciones que la producen. Si este patrón de comportamiento se vuelve crónico, puede llevar a restricciones en la vida de las personas y no la conducirían hacia una dirección valiosa (Luciano y Hayes, 2001).

Cuando la evitación experiencial es la estrategia principal que una persona usa, estamos ante un patrón inflexible y limitante. Se observa que, para eliminar el

malestar, la persona consume, al consumir se alivia, pero al rato vuelve el malestar y, de nuevo, la persona vuelve a hacer algo para eliminarlo, que es consumir. Y, al rato, vuelve a tener malestar. Y nuevamente a hacer algo para escapar del malestar, y consume..., y así siempre. Como ocurre en el Modelo Simple del Circulo Vicioso, este círculo desgasta cada vez más a la persona en su propia percepción y en su habilidad para afrontar el malestar, al igual, que aumenta su insatisfacción personal.

Por lo tanto, para tratar con el tipo de problemas que se dan en los consumidores de sustancias, se debe tener en cuenta los distintos tipos de terapias que pueden ayudar a combatir dichos problemas e intentar eliminarlos, comenzando por Hayes (2004) que clasifica las generaciones de terapias utilizadas en psicología, como en primera, segunda y tercera generación.

La primera generación apareció en la década de 1950, que produjo terapias conductuales basadas en el aprendizaje, el condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. Entre las terapias de primera generación más reconocidas se encuentran: la terapia de exposición (muy útil en fobias), la economía de fichas, la desensibilización sistemática y los procedimientos de modelamiento, re- forzamiento y castigo.

La segunda generación se centró en los procesos cognitivos basándose en la Terapia Cognitiva Tradicional (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006), por lo que su fundamento se basaba en la cognición (pensamientos, expectativas, atribución) y se consideraba la causa de los problemas emocionales y de los problemas de comportamiento, es decir, estas técnicas van dirigidas básicamente a cambiar el contenido de las creencias o pensamientos disfuncionales. Sin embargo, a pesar de que la técnica cognitivo-conductual ha producido resultados efectivos, en muchos otros casos no ha sido así, por lo que, Hayes et al. (2006), proponen la importancia de mejorar los métodos para ampliar la comprensión de los pensamientos, además, Hayes dice que la terapia cognitivo conductual muchas veces parece que a lo que más relevancia se le presta es únicamente a la parte conductual.

Finalmente, la terapia de tercera generación se inició en la década de 1990, aunque no fue reconocida hasta 2004. Esta nueva generación de terapia nació con el aporte y desarrollo del análisis conductual y del conductismo radical, teniendo en

cuenta las limitaciones de la CBT (terapia cognitivo conductual) (Pérez Álvarez, 2006). Según Hayes (2004), la tercera generación es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, tendiendo a enfatizar estrategias para cambiar el contexto y la experiencia. Estos tratamientos intentan crear un repertorio eficaz, amplio y flexible. Por lo que podemos decir que cambiar el contexto es la meta en esta nueva generación, a diferencia de la anterior, que se basaba en modificar los contenidos.

En las terapias de tercera generación se busca un cambio a nivel profundo, ahondando más en el núcleo de la persona y menos en la situación concreta del problema, lo cual ayuda a que los cambios que se produzcan sean más permanentes y significativos.

Tabla 2. Tipos de generaciones en la Terapia de Conducta.

TIPOS DE TERAPIAS		
1º GENERACIÓN	2º GENERACIÓN	3º GENERACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • 1950 • Terapias conductuales: <ul style="list-style-type: none"> - Aprendizaje - Condicionamiento Clásico - Condicionamiento Operante 	<ul style="list-style-type: none"> • 1960-1970 • Base en Terapia Cognitiva Tradicional • Se fundamenta en la cognición • <i>Técnica cognitivo-conductual</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • 1990----no reconocida hasta 2004 • Conocida también como Terapia Contextual • Análisis conductual y conductismo radical • Engloba: <ul style="list-style-type: none"> - Terapia de Aceptación y Compromiso - Terapia de Conducta Dialéctica - Terapia cognitiva basada en Mindfulness - Psicoterapia analítica funcional - Terapia integral de pareja - Terapia de activación conductual

En este trabajo, después de revisar los problemas asociados a consumir sustancias, es reconocible que es un ámbito que debe de cambiar al completo o al menos en gran parte, por ello comencé a investigar una serie de estudios empíricos que corroboran que hay ciertos tipos de terapias que pueden conseguir que el problema del consumo de sustancias disminuya, son las terapias de tercera generación, reconocidas por ser muy eficaces en el tratamiento del consumo de drogas. En el presente trabajo voy a centrarme en el estudio de la *Terapia de Aceptación y Compromiso*, (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), ya que, es una de las terapias más prometedoras, cuyo objetivo principal es flexibilizar la respuesta al malestar, modificando el contexto, es decir; debe conseguir clarificar valores, ser plenamente consciente de lo que está sucediendo y aceptarlo en la práctica y, es la más eficaz en el seguimiento a largo plazo de las adicciones, y también es la más eficaz en evitar recaídas, muy frecuentes en este grupo de personas, personas adictas. (Hayes y Strosahl, 2004), (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006), (Hofmann y Asmundson, 2008) y (Öst, 2008).

Esta nueva generación de tratamientos que empiezan a popularizarse en diversos campos incluyendo el de las adicciones, permiten comprender y asumir las reacciones humanas que se dan irremediamente debido a las circunstancias del paciente, y la posibilidad de desarrollar estrategias que permitan eludir eficazmente esa inevitabilidad mediante la aceptación o flexibilidad psicológica ante el malestar físico y emocional y, en referencia a nuestro tema, también evitar o reducir el consumo de drogas. El objetivo de las intervenciones con esta terapia es permitir que el cliente vaya por su vida modificando los eventos privados que pueda y quiera cambiar, y aprendiendo a estar abierto a todas las cosas que no son fáciles de transformar y, al mismo tiempo, se comprometa con las elecciones de su vida.

No obstante, la meta en ACT no será cambiar los eventos privados negativos, como sí lo sería desde el modelo cognitivo tradicional, o las terapias denominadas de segunda generación (Hayes, 2004), sino ser capaz de cambiar su función, elegir qué hacer en cada caso y que consecuencias en presencia de esos eventos traerá su conducta a la larga.

En otras palabras, el ACT quiere romper la relación establecida entre la historia personal, lo que se piensa, lo que se siente y lo que se hace, entrenando a la persona a actuar de acuerdo con lo que la vida le pide y según lo que quiera conseguir. Por lo que al final el resultado es reaccionar ante eventos privados de forma flexible, sin que tenga que escapar de lo que siente o piensa, sino que pueda elegir lo que quiere hacer en cada circunstancia.

El objetivo general y principal de este trabajo es realizar una revisión de los estudios empíricos en adicciones basados en la Terapia de Aceptación y Compromiso, a partir de la búsqueda y el análisis de la literatura científica.

2.1. Medidas especiales de intervención policial contra el tráfico y el consumo de drogas.

A continuación, refiero otra forma de abordar la adicción a las drogas que podemos unir al tipo de terapia citado. Para enriquecer desde otra perspectiva el presente estudio y con ello ofrecer un mejor enfoque desde la experiencia policial respecto al consumo de drogas, realicé un pequeño estudio de campo desde un prisma relacionado con el orden público y la seguridad ciudadana.

Aprovechando el periodo vacacional de Semana Santa en mi residencia habitual, situada en el Cuartel de la Guardia Civil de Peñarroya-Pueblonuevo (Córdoba), cabecera de Compañía y cuya demarcación policial abarca 11 municipios rurales ubicados en el Valle del Guadiato, en plena Sierra Morena; con la colaboración de mi padre, de profesión Guardia Civil, tuve la ocasión de entrevistarme con varios miembros del Cuerpo, concretamente (3 suboficiales y 1 oficial), los cuales imparten de manera habitual charlas en el ámbito escolar, manteniendo de manera continua reuniones y entrevistas con Directores de centros docentes, así como prestan servicio de vigilancia y prevención en zonas de ocio y sus entornos, interrogándoles a cerca de la problemática surgida y evolución seguida a lo largo de los últimos años desde la puesta en vigor de los Planes Operativos citados a continuación, y coincidieron todos ellos en que la marihuana, seguida muy de cerca del hachís, son los tipos de drogas ilegales más consumidas por jóvenes, seguida muy de lejos por la cocaína.

En las entrevistas que mantuve me informaron a cerca de la labor llevada a cabo en la lucha contra el tráfico y consumo de droga en menores, en contextos diferentes como son los *centros docentes, las zonas de ocio y sus entornos*, así como los puntos de venta, donde se llevan a cabo importantes operaciones policiales.

- En los centros educativos y sus entornos, la Instrucción 25/2005, de la Secretaría General de la Seguridad (S.E.S.), modificada posteriormente por la 1/2001, puso en marcha el Plan Estratégico de Prevención y Respuesta al Consumo y Tráfico Minorista en los Centros Educativos y sus Entornos. Dicho plan está centrado en la reducción de la oferta de droga a los consumidores más jóvenes a través de la vigilancia policial y la desactivación de los puntos de venta, obteniendo muy buena acogida en la comunidad educativa a tenor de los buenos resultados obtenidos desde su entrada en vigor.

Estos resultados no hubiesen sido posibles sin la experiencia adquirida por el Ministerio del Interior en el campo de la prevención que desde 2007 viene desarrollando el Plan Director para la Convivencia y Mejora de la Seguridad Escolar.

Hay que hacer también mención a las charlas sobre el consumo de drogas y abuso de alcohol que se vienen impartiendo a lo largo del curso escolar, tanto de manera presencial como por videoconferencia, por Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, previamente formadas en Jornadas de Seguridad Ciudadana, por Jueces, Fiscales y Psicólogos, entre otros ponentes.

El buen resultado obtenido hace que la gran mayoría de centros docentes de secundaria y en menor medida centros de primaria, vengán adhiriéndose al inicio del curso escolar de manera sistemática, esto es, año tras año.

- En zonas, lugares de ocio y sus entornos, la Instrucción 24/2005 de 7 de diciembre, de la S.E.S. viene desarrollando anualmente Planes Operativos de Respuesta Policial al Tráfico Minorista y Consumo de Drogas en Zonas de Ocio, que al igual que el anterior, vienen aplicando las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.

Todos ellos mantienen que la actuación policial está teniendo muy buena acogida entre la población y los medios de comunicación sociales por el sentimiento de seguridad que representa para los ciudadanos -especialmente padres- la presencia de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en los lugares del ámbito de estudio, así como la incautación progresiva de drogas y estupefacientes, apoyados en muchas ocasiones por

el Servicio Citológico de la Comandancia de Córdoba, a lo que hay que añadir el impacto positivo que produce en la población la desactivación de puntos de venta de drogas con detención y puesta a disposición judicial de sus autores.

No obstante, todos coinciden en demandar una mayor dotación de personal y medios materiales, así como continuando con la asistencia del servicio citológico.

Por otra parte, respecto al **desarrollo de la salud emocional** de los jóvenes, las primeras investigaciones insistieron en que la fuerte conexión con las drogas antes de la pubertad indica una fuerte manifestación de riesgos futuros (Domínguez 2005); (Hundleby 1986). Es muy importante la huella que tienen las drogas para los adolescentes: hablamos de sustancias capaces de unir diferentes estilos de vida. Sin embargo, no es tanto la propia droga la que influye en la vulnerabilidad del adolescente, sino más bien, las condiciones que afectan su entorno de vida y lo impulsan a adoptar condiciones desfavorables, que condicionan su consumo, aumentando y asegurando que entre en contacto con el riesgo de cometer ciertas conductas delictivas y la presión intensa de consumidores y proveedores que no quieren que deje de consumir drogas. Por ello, la educación preventiva en socialización es un factor clave e importante para evitar el conflicto adolescente y el inicio del consumo de drogas (Navarro y Galiana 2015).

3. METODOLOGÍA

Las fuentes de información o bases de datos utilizadas como vías metodológicas han sido: Google Académico, Dialnet, PsycInfo, Scielo, APA PsycArticles, Psychology Database, Research Gate, ScienceDirect, Ministerio de Sanidad y Proquest.

El procedimiento que he empleado ha sido visitar, leer, seleccionar y recopilar toda la información que he considerado más adecuada para mis objetivos, así como buscar diferentes estudios empíricos para realizar la revisión bibliográfica.

Como términos de búsqueda para guiarme y encontrar los artículos convenientes, tanto en inglés como en español utilicé: “Terapia de Aceptación y

Compromiso” o “acceptance and commitment therapy”, “consumo de drogas” o “drug use”, “adicciones” o “addictions”, “estudios de caso único” o “single case studies”, “evidencia empírica de la ACT” o “empirical evidence of ACT”.

Por otra parte, y con respecto a los *critérios de exclusión*, tras revisar los diferentes artículos y revistas científicas, descarté aquellos que consideré carentes de interés para el trabajo, como por ejemplo los relacionados con los tipos de drogas, la clasificación por tipos de consumidores, drogas duras o blandas, los trastornos psiquiátricos que producen estas. Y en referencia a la ACT descarté información excesiva como, por ejemplo, artículos explicando paso a paso como aplicar la terapia o los pasos a seguir, y también descarté los que no eran eficaces para conseguir los objetivos de mi revisión bibliográfica.

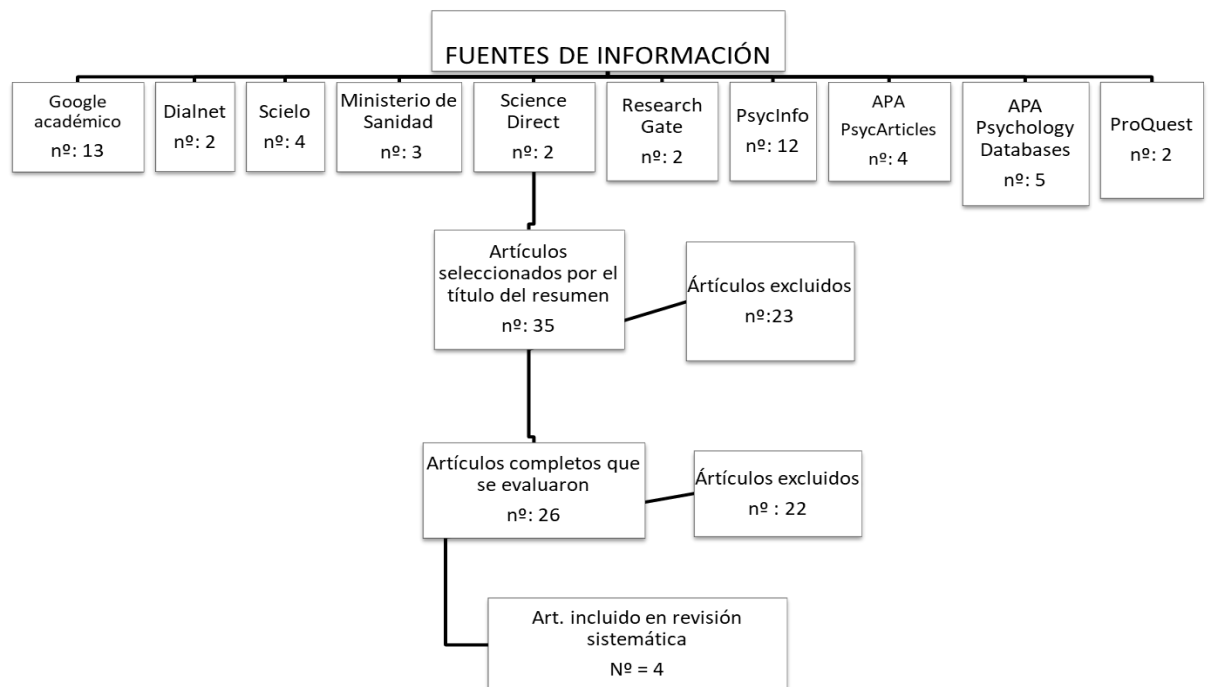
Por otro lado, los *critérios de inclusión* finalmente fueron, matizar tanto en artículos de adicciones como en ACT, de forma que los artículos donde existía interacción entre los dos temas, fueron los más relevantes para el trabajo. Teniendo en cuenta esto, por otro lado, los estudios revisados en el trabajo tratan de estudios empíricos de caso único, y sin intervalo de edad, ya que, aunque menciono a lo largo de la revisión el intervalo de edad adolescente, de 14 a 18 años, lo hago únicamente para referir el inicio de edad media de consumo de sustancias ilícitas y el rango de edad que más riesgo corre, comprobándose que es en adolescentes; pero aclaro que no son estudios de adolescentes los que se incluyen en la revisión bibliográfica.

En cuanto a la población, consideré aquellas investigaciones donde todos los participantes tenían problemas de abuso o dependencia a algún tipo de sustancia ilegal, y de caso único. Las intervenciones incluidas debían tener ACT como eje del proceso de intervención en adicciones, ya sea como la única forma de tratamiento, o junto a tratamientos farmacológicos.

En cuanto al método de medición de los resultados, he considerado estudios empíricos para evaluar la efectividad de ACT reduciendo el consumo, la abstinencia, aumentando los indicadores de flexibilidad mental e insistiendo en el tratamiento.

Finalmente, expongo a continuación un diagrama indicando los artículos que encontré originalmente y con cuales me he quedado para realizar mi TFG. En la búsqueda exhaustiva y rigurosa finalmente identifiqué un total de 49 artículos, de los cuales 45 fueron excluidos y 4 incluidos en dicha revisión. De los artículos excluidos, los motivos fueron porque algunos no hablaban de estudios de caso único, o sea, que eran estudios con muchos participantes, o no eran experimentales, otro motivo es que no hablaban de sustancias ilegales y por último, se excluyeron los artículos que no estaban únicamente en inglés o en español.

Figura 4. Diagrama de bases de datos.



4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Con respecto a la revisión de estudios de caso único sobre la aplicación de la **Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)** en el campo de las adicciones he obtenido los siguientes resultados.

Han sido varios los estudios dirigidos a la evaluación de la eficacia de la terapia en la alteración del uso y dependencia de sustancias (por ejemplo, Gifford et al., 2004; Hayes, Wilson et al., 2004; Heffner, Eifert, Parker, Hernandez y Sperry, 2003; Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto y Montesinos, 2009).

En primer lugar, el estudio de **Batten y Hayes (2005)**, trataba de un estudio de caso único, y presentaba a una mujer de 19 años con diagnóstico dual, que era consumidora de sustancias como la metanfetamina, la marihuana y la cocaína, y además padecía Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) a causa de abusos sexuales en la infancia. La intervención consistía en más de una sesión semanal durante un año. Se pretendía comprobar que, aplicando la Terapia de Aceptación y Compromiso, puede mejorar al paciente simultáneamente, tanto en reducir el consumo de drogas como en aprender a afrontar sus traumas infantiles.

Primero, la intervención se empezó llevando a cabo con el proceso de evaluación integral de valores, para identificar los objetivos y barreras de la terapia, enfocado a mejorar la vida de la paciente. Ésta, quería mejorar tanto en su vida laboral como en su vida sentimental, no obstante, los obstáculos que surgían ante este deseado cambio era el constante consumo de drogas y su historia de abusos sexuales en la infancia (ASI), que le provocaba falta de habilidades sociales, y que le causaba a su vez problemas, por ejemplo, con su novio.

Tras reconocer sus barreras, se pasó a la desesperanza creativa, reconociendo que las estrategias que había usado en el pasado, como en su caso era consumir drogas impulsivamente para evitar ciertos pensamientos negativos, no eran eficaces. Por otra parte, en el tratamiento se utilizaron, metáforas para ayudar a la paciente a reconocer que las tácticas que usaba eran inútiles y se le trató de hacer ver que sus esfuerzos de control que se dirigían a evitar o intentar cambiar los eventos privados desagradables, eran incluso el problema.

Posteriormente, el terapeuta prosiguió con la paciente con la desliteralización, que consistía en alejarse del contenido de sus pensamientos y verlos como simples pensamientos sin sentido. Para ello se usaron ejemplos de atención plena y convenciones verbales. Además, el terapeuta trabajó con la paciente para que esta experimentara su “yo” como contexto de los eventos privados, y así no tendría que luchar para evitarlos, en lugar de identificar su “yo” con el contenido de esas experiencias. Aquí se utilizaron de nuevo metáforas, y ejercicios experienciales para comprender mejor el proceso. No obstante, a causa de los traumas por abusos sexuales de la infancia que la paciente sufrió, esta tenía una gran falta de habilidades sociales y le costaba mucho comunicarse, por lo que todo el proceso continuaba más lento y era más complicado.

Durante los meses 4 a 6, la paciente redujo gradualmente el consumo, reconociendo que la adicción la alejaba de sus valores y de lo que de verdad le aportaba en la vida. Finalmente, acabó el tratamiento tras 96 sesiones, habiendo mejorado sus habilidades sociales y el problema con su pareja.

A lo largo de los meses del tratamiento, las medidas de autoinforme que se le administraban, eran el cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ) (Hayes, Strosahl, et al., 2000), el Inventario de Supresión del Oso Blanco (WBSI) (Wegner y Zanakos, 1994), el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (ATQ) (Hollon y Kendall, 1980), el Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) (Derogatis, 1994), el Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961) y el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2) (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), y se comprobó a los 12 meses, al finalizar el tratamiento, que las puntuaciones recogidas estaban por debajo de los límites de angustia clínicamente significativa, o sea la paciente estaba aceptando el abandono del consumo de drogas, por lo que ya la angustia de no poder consumir no era tan intensa como al inicio del tratamiento. Los cambios que generaba la aplicación de la ACT se comprobaron por ejemplo con el MMPI- 2, que al final de la intervención no era superior a T=65, a diferencia del inicio del tratamiento que si tenía puntuaciones elevadas. Además, el paciente tenía que usar también unas *tarjetas de diario* que demostraron que este sintió abstinencia a partir del 7º mes hasta el fin del tratamiento.

Al finalizar el tratamiento, el terapeuta le citó a los 3, 6, 9 y 12 meses, y a pesar de que tras 1 año la paciente alguna vez había consumido marihuana o alcohol sin efectos negativos, se vieron sorprendentes mejoras en ella, consiguió trabajo y empezó a estudiar para formarse profesionalmente.

Podemos decir que el tratamiento de ACT puede enfocarse tanto en consumidores de sustancias como en personas con TEPT, es decir, en personas con diagnóstico dual, y no habría ningún inconveniente en que se trataran ambos problemas a la vez a través de esta terapia ya que ha dado buenos resultados. Además, es fundamental una buena relación terapeuta- cliente.

Estudios de casos como este, demuestran que, tanto a corto como a largo plazo, en lugar de en la propia adicción, es mejor fundamentar la ACT centrada en los valores del cliente para que este se inicie hacia una mejor dirección. Por lo tanto podemos decir que en este estudio sus resultados tras la intervención fueron satisfactorios.

En otro de los artículos seleccionados para la revisión, **López. M, (2013)**, llevó a cabo un estudio con un varón de 40 años con historia de drogodependencia de cocaína y heroína desde hacía 25 años. Inició el consumo de metadona hace años también y tiende a conductas agresivas y delictivas. Como objetivo de la intervención se planteó dejar el consumo de sustancias e intentar conseguir un trabajo y una mejor relación con la familia, además de resolver todos los conflictos penales pendientes. Estos objetivos se podían conseguir si el paciente lograba que en presencia de los eventos privados negativos (ira, tristeza, miedo, vergüenza) fuese capaz de realizar conductas orientadas a sus metas y no a la evitación o reducción de estos, es decir, la intervención psicológica trató de alterar la relación que existía entre las emociones negativas que le surgían diariamente y las conductas problemáticas que le surgían fruto de la evitación (agresiones, insultos, aislamiento, consumo de drogas...).

La intervención duró 2 años, 1 de tratamiento en el que el paciente tenía citas individuales una vez a la semana con el terapeuta, y citas quincenales con educadores y trabajadores sociales, y además le hacían controles toxicológicos 3 veces en

semana. Y 1 año de seguimiento post- tratamiento, en el que el terapeuta veía al paciente una vez al mes y donde también se le realizaba un control toxicológico.

Se llevó a cabo el uso de metáforas, ejemplos y ejercicios experienciales en sesión (Hayes et al., 1999; Wilson y Luciano, 2002), que ayudaban a que el sujeto pudiera estar en contacto con ese evento privado y llevar a cabo conductas hacia una mejor dirección personal. Por otro lado, además de aplicar la ACT, se siguieron diferentes procedimientos terapéuticos como la relación paciente- cliente como contexto para moldear el carácter impulsivo del paciente, realización de rol- playing, que simulaban situaciones que le generaban al paciente emociones fuertes y así ensayar respuestas ante tales situaciones, se le dieron instrucciones a los educadores sobre el tratamiento para que se reforzaran las conductas hacia los objetivos y se extinguieran las inadecuadas y además, realización de exposiciones planificadas en su vida para poner en marcha las nuevas habilidades.

Entre las sesiones al paciente, le daban ganas de consumir, pero durante todo el proceso se mantuvo sin consumir y esto lo comprobaban todas las semanas mediante controles toxicológicos. Comenzó a arreglar con ayuda de la trabajadora social sus problemas legales y además comenzó a buscar un trabajo. Se le dio el alta terapéutica cuando tras dos años de intervención, mostró que había cambiado, ya que no consumía y su agresividad disminuyó.

Podemos decir que tras aplicar el ACT y con mucha ayuda terapéutica el paciente tras 2 años de intervención, dejó de consumir, disminuyó sus actitudes agresivas y enfocó su vida hacia una dirección valiosa, por lo que se cumplió el objetivo del estudio. El autor explica, además, que estas intervenciones dejan claro que un tratamiento psicológico puede ser exitoso incluso con los casos que tienen un perfil de agresividad más grave.

En el siguiente estudio, de **López (2010)**, se trató a un hombre de 30 años dependiente de cocaína y alcohol. El paciente decía llevar consumiendo desde los 18 años, sin ningún tipo de abstinencia, durante 3 o 4 veces por semana. El objetivo básico de la intervención consistió en cambiar la evitación experiencial que surgía en el paciente, y que resultaba contraproducente para ir en dirección a sus valores, y hacer de esta forma que el paciente afrontase sus eventos privados.

La intervención duró 18 sesiones a lo largo de 6 meses. Le realizaban pruebas de cocaína tres veces en semana, sin embargo, una de las pruebas que le realizaron a las 2 semanas de comenzar el tratamiento avisaron de un consumo, pero a partir de ahí, y a lo largo de los 5 meses y medio restantes el paciente se mantuvo sin consumir ni cocaína ni alcohol, por primera vez desde los 18 años.

Primero la terapia se comenzó con la clarificación de valores, que servía como forma de horizonte al que dirigirse, es decir, estos valores reforzaron al paciente para que pese a las contingencias no recayese y siguiera dirigiendo su vida hacia una buena dirección a largo plazo. Después se generó una experiencia de desesperanza creativa, esto suponía normalizar el malestar que sentía, ya que mientras más intentaba controlar sus eventos privados negativos, más perdía.

La intervención continuó con la desactivación de las funciones de los eventos privados para que el paciente adquiriera habilidades y pudiera notar esos pensamientos y controlarlos, por ejemplo, si un día que salga con sus amigos, se va a ir a su casa pero prefiere quedarse consumiendo, debería no hacerlo e irse a su casa o ahorrar ese dinero.

Y finalmente, como último paso de la intervención, la separación del YO contenido y YO contexto, haciéndole ver al paciente que no tiene que actuar de manera contingente ante sus pensamientos o emociones, sino estar abierto a ellos sin evitarlos y comprometerse con mejorar la dirección de su vida.

Fruto del tratamiento, mejoraron sus relaciones sociales, el paciente redujo el consumo de drogas, a pesar de la abstinencia, y enfocó sus conductas hacia aspectos valiosos. Tras 6 meses de intervención se le dio el alta terapéutica, y el paciente tras 6 meses más de seguimiento mantuvo todos los avances referidos anteriormente sin recaídas. El autor aclara que los resultados se dieron gracias a la modificación de las pautas de evitación experiencial que se daban en el paciente y que resultaba problemático, pese a que este continuó con ganas de consumir y con malestar.

Para concluir el estudio, vemos como el tipo de terapia contextual o de tercera generación en este caso la Terapia de Aceptación y Compromiso, persigue el objetivo de alterar la función del evento privado, y no cambiarlo como ocurría con otros tipos de terapias no tan eficaces como esta. Esta terapia es útil de cara a lograr

la abstinencia y mejorar la calidad de vida de los pacientes con problemas de adicción.

Finalmente, el último estudio que escogí, es de **Stotts, Masuda y Wilson (2009)**, en el que presentaban a un varón de 57 años, dependiente de alcohol y de opiáceos y consumidor de cocaína. Además, desde la adolescencia hasta los 40 años consumió periódicamente diferentes sustancias como barbitúricos, marihuana, LSD... Durante un periodo de 17 años estuvo consumiendo más de una sustancia diariamente. Debido a su largo historial de consumo, su afrontamiento se limitaba a estrategias relacionadas a la evitación y el control y estrategias destinadas a escapar de los pensamientos negativos.

La desintoxicación con metadona se llevó a cabo en un centro universitario de investigación sobre el abuso de sustancias con un equipo de tratamiento de diferentes disciplinas. A lo largo del programa de reducción de dosis, se midió el consumo de sustancias y la abstinencia dos veces en semana con controles toxicológicos en orina y alcoholímetro, y además también en las sesiones de seguimiento del mes y del año.

Para detectar la experiencia subjetiva de abstinencia se evaluó mediante la Escala Subjetiva de Abstinencia de Opiáceos (OWS), que medía, 16 posibles síntomas de abstinencia. Por otro lado, otros de los instrumentos de medida con los que se evaluó al paciente, fue el BDI-II (Beck, 1996) que es una de las medidas de autoinforme de depresión más usadas, el DFSS, medida de 27 ítems sobre el miedo a la recaída, síntomas de abstinencia y SIDA, calificado en una escala Likert, y el AAQ (Cuestionario de Aceptación y Compromiso).

Se seleccionó un periodo de desintoxicación de 24 semanas, una sesión por semana que duraba aproximadamente 50 minutos, y se permitió una cierta flexibilidad para reducir la dosis de metadona, y así evitar la abstinencia severa y/o problemas médicos derivados. Cada sesión comenzaba con un ejemplo de atención plena que duraba 5-10 minutos.

La clarificación de valores se introdujo al principio de la intervención, para que el cliente le diera a la terapia un propósito global con unos objetivos encaminados a mejorar la dirección de su vida. Desde las sesiones 5 a la 9, se

introdujo el cambio de perspectiva, para cambiar las estrategias que seguía de evitación y control de los eventos privados, ya que empeoraban el éxito de la desintoxicación.

Tras varias sesiones el cliente empezó a compartir sus sentimientos más libremente con el terapeuta, por lo que se mejoró poco a poco la relación terapeuta-paciente, un aspecto muy importante y positivo para el éxito de la intervención.

La aceptación se introdujo a mitad del tratamiento, se comprobó cuando el cliente comenzó a tener más síntomas de abstinencia y los reconoció en lugar de negarlos o evitarlos, haciendo ver que tenía una mayor aceptación psicológica.

En las últimas sesiones, de la 18 a la 24, el cliente seguía sintiendo abstinencia constante, pero, esto no influía en que consumiera, ya que su compromiso de una vida orientada a valores, y su compromiso de reducir el consumo de metadona era mayor, a partir de aquí también podemos ver grandes progresos en cuanto a sus relaciones sociales. Tras el alta terapéutica, el cliente en el seguimiento del mes informó que ya controlaba cada vez más esa abstinencia.

En cuanto a las medidas de autoinforme, el SOWS y el DFSS no variaron mucho a comparación de inicio del tratamiento, mientras que en el AAQ y el BDI-II sí se encuentran variaciones a lo largo del tratamiento. En cuanto al uso de sustancias, se vio un gran cambio a lo largo de las 24 sesiones a pesar de los síntomas de abstinencia, y se comprobó mediante controles toxicológicos como el paciente no consumía. Además, en la intervención se utilizaron metáforas convencionales y ejercicios experienciales de ACT y el cliente aprendió que los síntomas de abstinencia no llevaban necesariamente a consumir.

Por lo tanto, los resultados positivos son que, a pesar de las pocas probabilidades de éxito para la desintoxicación de metadona, el cliente completó el programa sin recaer en sustancias, estuvo abstinentes de toda droga durante 1 mes de seguimiento y permaneció libre de opiáceos durante 1 año después del tratamiento. Es importante tener en cuenta en este artículo, que el sujeto del que hablamos tiene 57 años, es decir, basándonos en el curso típico de abuso de sustancias, hemos de tener en cuenta que tenía más probabilidad de alcanzar la abstinencia que los grupos de jóvenes.

Finalmente hay que reconocer que la reducción del consumo de metadona es un objetivo realmente difícil, debido a los altos niveles de adicción que supone esta droga. No obstante el ACT en esta intervención surgió efecto ya que el cliente redujo el consumo de metadona y encaminó su vida a mejor, pero uno de los motivos que también hizo que surgiera este efecto en comparación de otras intervenciones con la metadona que no funcionaron fue además de la edad, que el programa estaba compuesto de más sesiones (24 en total) que los demás programas que se habían realizado anteriormente sin éxito para desintoxicación de metadona en otros estudios, por lo que al ser más tiempo ayudó a motivar a ese paciente más para el abandono del consumo de sustancias y por lo tanto conseguir buenos resultados, gracias a la ACT.

Estos autores hablan de que, gracias a la flexibilidad psicológica, es decir, estar dispuesto a afrontar los eventos privados desagradables actuando de forma valiosa, este sujeto permitió una desintoxicación de metadona con mucho éxito.

Tabla 3. Tabla de resultados

Nombre autor/es y año de publicación	Participantes	Características de la intervención	Instrumentos de medida	Variables	Resultados	Conclusión
Batten y Hayes (2005)	Mujer: 19 años	Duración: +1 sesión por semana durante 1 año Total: 96 sesiones	AAQ WBSI ATQ SCL-90-R BDI MMPI Tarjetas de diario	Abuso de drogas (metanfetamina, la marihuana y la cocaína) + TEPT: diagnóstico dual	La paciente redujo el consumo a pesar de la abstinencia NO evitación experiencial Medidas de autoinforme: niveles normales Mejores HHSS que al inicio.	La ACT es eficaz para tratar diagnóstico dual. Reducción del consumo de drogas y mejores relaciones sociales que ayudan a encaminar su vida hacia buena dirección. Buenos resultados a largo plazo.
López, M. (2013a)	Hombre: 40 años	Duración: 2 años. 1º año: tratamiento, 1 sesión semanal 2º año: seguimiento, 1 sesión cada 15 días. Controles toxicológicos de orina: 3 veces en semana.	Metáforas Ejemplos y ejercicios experienciales	Policonsumidor de cocaína, heroína y marihuana En tratamiento de metadona Conductas impulsivas	A pesar de la abstinencia, el sujeto dejó de consumir. Disminución en sus actitudes agresivas	El autor deja claro que ACT puede ser exitoso incluso con un perfil con conducta grave. Finalmente, el sujeto enfocó su vida hacia una mejor dirección
López (2010)	Hombre de 30 años	Duración: 18 sesiones en 6 meses Controles toxicológicos: 3 veces en semana (pruebas de cocaína)	Aplicación ACT	Consumo de cocaína y alcohol	Pese a la abstinencia, se redujo el consumo de drogas Mejor relación con la familia. Resultados	El autor señala que los resultados positivos se dieron gracias a la modificación de la evitación experiencial, y gracias a la aplicación en este caso de la

					estables a LP.	ACT.
Stotts, Masuda y Wilson (2009)	Un cliente de 57 años	<p>Duración: 24 sesiones de 50 min, en 24 semanas</p> <p>Con controles toxicológicos en orina + alcoholímetro</p> <p>Lugar: centro universitario de investigación sobre abuso de drogas</p>	SOWS BDI-II DFSS AAQ	Policonsumidor, pero, en este estudio solo desintoxicación de metadona	<p>Redujo gradualmente consumo y no consumió más en el seguimiento</p> <p>>flexibilidad psicológica, < evitación experiencial</p> <p>Buenas puntuaciones en los instrumentos de medida al final del tratamiento</p>	<p>Gracias a ACT, se corrige la evitación experiencial y afronta los eventos negativos, ayudando esto a dejar el consumo a pesar de la abstinencia y poder guiar su vida hacia una buena dirección.</p> <p>Aumentó la flexibilidad psicológica</p>

5. CONCLUSIÓN

En esta revisión, los estudios muestran que la terapia de aceptación y compromiso (ACT) es prometedora, tiene amplias perspectivas, es muy eficaz para combatir las adicciones y la evitación experiencial aumentando la flexibilidad psicológica antes los eventos privados negativos, resultando más útil y efectiva que otras terapias a largo plazo para el tratamiento de las drogas, e incluso para el tratamiento de drogas con diagnóstico dual como TEPT o con conductas agresivas. Además, los estudios que revisan la efectividad de la ACT ante la adicción, presentan un mayor impacto en el seguimiento y buenos resultados tanto a corto como a largo plazo y muestran, cómo una mayor flexibilidad psicológica puede ser una variable mediadora para el éxito del tratamiento, para superar la abstinencia de las sustancias psicoactivas y por lo tanto para dejar de consumir.

Podemos observar que en los estudios siempre o casi siempre los sujetos comienzan a consumir en la adolescencia, ya que es la época que más factores de riesgo corren de conocer las sustancias ilícitas y de comenzar a consumirlas, debido al ambiente y el entorno en el que se mueven, como menciono en la introducción.

No obstante, de los estudios que he investigado, pienso que hay que destacar que se defiende la Terapia de Aceptación y Compromiso por preferencia a las antiguas terapias de las anteriores generaciones como la Terapia Cognitivo Conductual, ya que en estas se centran en cambiar el contexto, a diferencia de la anterior, que se basaba en modificar los contenidos, haciendo que la persona quiera tenerlo todo controlado y al final entre en bucle con los problemas, que en este caso son de adicción.

Por ello, se podría decir que la ACT es posiblemente la terapia más eficaz en el abordaje de los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, además, de que gracias a los estudios con los que he completado la revisión, se puede afirmar que es un tipo de terapia efectiva incluso en diagnósticos duales, y con resultados positivos, siempre enfocados en mejorar la vida del paciente hacia una dirección mejor y más valiosa, tanto laboral y/o socialmente, como con personas que padecen algún

otro trastorno además del consumo, o como para ayudar a solucionar problemas ilegales debido a delinquir a causa de la droga.

Por último, referido al breve estudio de campo que realicé, hago un repunte a cerca de las medidas especiales de intervención policial contra el tráfico y consumo de drogas, de la Guardia Civil, pudiendo observar el progreso y la prevención hacia el consumo. Todos coinciden en que los operativos policiales son bien recibidos por el público y por los medios de comunicación debido a la seguridad que aporta para el conjunto de los ciudadanos. Dar charlas y conferencias a los niños siendo pequeños es muy importante para que sean conscientes del peligro de la drogadicción y sus consecuencias, como forma de prevención.

Por todo lo expuesto anteriormente, considero que la cooperación y coordinación entre medios policiales y psicológicos, para la prevención y lucha contra el consumo de drogas en menores, puede resultar muy útil de cara al futuro, especialmente por el resultado que puede dar lugar entre la combinación de las prácticas policiales en el campo de la prevención y la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en personas adictas. El trasvase de información entre ambas disciplinas puede resultar muy útil.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, S. H. (2003). *Las drogas de uso recreativo en el derecho penal español. Adicciones*, 15(5),361-384.<https://adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/471>
- 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.
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1534650103259689>
- Beck, A.T.(Ed). (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Cano, M.P. (2019). *Programa de Intervención Cognitivo Conductual dirigido a adolescentes adictos al cannabis*. [tesis de pregrado, Universidad de Jaén]
<http://tauja.ujaen.es/handle/10953.1/9789>
- Copa Uyuni, J. (2010). Aproximaciones teóricas sobre el consumo de drogas en Bolivia. *TemasSociales*, (30),210- 229.<http://www.scielo.org.bo/pdf/rts/n30/n30a10.pdf>
- de Rivera, J. L. G. (1993). Psicopatología psicodinámica de la drogodependencia. *Psiquis: Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática*, 14(2),61-70.
http://www.gonzalezderivera.com/art/pdf/93_A126_12.pdf
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2018). Resumen de la memoria sobre el Plan Nacional sobre Drogas (2018). Ministerio de Sanidad. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas:
https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/memorias/docs/2020_MEMORIAPNSD_2018-RESUMEN.pdf

- Espada, J. P., Méndez, X., Griffin, K., & Botvin, G. J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 84(23), 9-17. https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/41235581/Adolescencia_consumo_de_alcohol_y_otras_20160114-3373-2l84n2.pdf20160115-19908-1gvmckr.pdf?1452890961=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAdolescencia_consumo_de_alcohol_y_otras.pdf&Expires=1619804533&Signature=CFikr7NF5~GYb4a0QjSIHR0g0ARqyg5uzmRn4Ws0vm8bN2OjRMDIIDW0i4CDSPUt30sGicyuH-ILqwVYEt3cydxiolRpNfPZyYsKlo-fcGALBiS7y15P05hdH~X-ZscU3GSiZYN5RhOUYs~pYuWO~H3JMI5xUh~LAFVsrKgZnqcB6PChg1i9Eit5z9ggD4PSHASWMEY1EQ5SMvxdgpHKH7kPtOvZZh3GNCLfV5tZrsz16eOLFsjJxmAduVxaTze6mA4lo8596efp6MG6kGKjF3~xKjPh1WHwZ2CIJYPu7aETvRqE19iTw3cnuRqapW0gP7OFR17iTvvdEL-oJE1w_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

- Hayes, S. C., y Levin, M. E. (2012). *Mindfulness and acceptance for addictive behaviors: Applying contextual CBT to substance abuse and behavioral addictions*. New Harbinger Publications.

- López Hernández-Ardieta, M. (2014). Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones. *Salud y drogas*, 14 (2), 99-108. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83932799002>

- López Larrosa, S., & Rodríguez-Arias Palomo, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22 (4),568-573. <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/8919>

- López, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Health and Addictions*, 10 (2), 37- 46. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83918822003.pdf>

- López, M. (2013 a). 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
<https://www.redalyc.org/pdf/970/97027472008.pdf>

- Luciano, C., Páez-Blarrina, M., y Valdivia-Salas, S. (2010). La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
<https://www.redalyc.org/pdf/337/33712017009.pdf>

- National Institute on Drug Abuse. Advancing Addiction Science (Julio de 2011). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes (segunda edición). National Institutes of Health (NIH):
https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf

- Nuevas Formas de Adicción y Patrones de Consumo. (2018). Madrid: Asociación Dianova España. https://dianova.es/wp-content/uploads/2018/06/Infonova_34_web.pdf

- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018/2019). Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDE-1994/2018). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas:
<https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EST UDES 2018-19 Informe.pdf>

- Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanía (2019). Informe sobre Drogas 2019. Ministerio de Sanidad. Secretaría General de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas:
https://pnsd.sanidad.gob.es/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropea/docs/20190725_InformeDrogasEspana2019 EMCDDA DGPNSD.pdf

- Ortiz, A., Soriano, A., Meza, D., Martínez, R., y Galván, J. (2006). Uso de sustancias entre hombres y mujeres, semejanzas y diferencias. Resultados del sistema de reporte de información en drogas. *Salud Mental*, 29(5), 32-37. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v29n5/0185-3325-sm-29-05-32.pdf>

- Páez Blarrina, M., & Montesinos Marín, F. (2019). Claves y evidencias en la aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el tratamiento de las adicciones. *Análisis y modificación de conducta*, 45(171), 1-23. [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-ClavesYEvidenciasEnLaAplicacionDeLaTerapiaDeAcepta-7203416%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-ClavesYEvidenciasEnLaAplicacionDeLaTerapiaDeAcepta-7203416%20(1).pdf).

- Perea-Gil, L. F. (2017). La terapia de aceptación y compromiso para los trastornos por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas: una revisión descriptiva. *Drugs and Addictive Behavior(histórico)*, 2(1), 99-121. <https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/DAB/article/view/2264>

- Stotts, A. L., Masuda, A., y Wilson, K. (2009). Using Acceptance and Commitment Therapy during methadone dose reduction: rationale, treatment description, and a case report. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 205-213. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1077722908001387>

- Uceda-Maza, F. X., Navarro-Pérez, J. J., y Pérez-Cosín, J. V. (2016). Adolescentes y drogas: su relación con la delincuencia. *Revista de estudios sociales*, (58), 63-75. <http://www.scielo.org.co/pdf/res/n58/n58a06.pdf>

- Valdés, Iglesia, A.J., Vento, Lezcano, C.A., Hernández, Martínez, D, Álvarez, Gómez y A.E., Díaz, Pita, G. (2018) Drogas, un problema de salud mundial. *Revista Universidad Médica Pinareña*, 14(2): 168-183. [file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-DrogasUnProblemaDeSaludMundial-7079919%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/usuario/Downloads/Dialnet-DrogasUnProblemaDeSaludMundial-7079919%20(6).pdf)

