



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

TRABAJO FINAL DE GRADO

ARTÍCULO CIENTÍFICO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO PARA EL TRATAMIENTO DEL ALCOHOLISMO

Estudiante:

José Martín Lucas Rebollo - 4.863.528-3

Tutor:

Dr. Daniel Camparo

Co-Tutor:

Dr. Paul Ruíz Santos

Docente Revisor:

Mag. Gabriela Fernández Theodoluz

Facultad de Psicología, Universidad de la República

Montevideo, Febrero 2021

Resumen

El alcoholismo es una enfermedad que reduce la calidad de vida de la persona que la padece, y perjudica también a su familia y comunidad. Además, es un factor causal de un importante porcentaje de muertes al año, incluso en jóvenes. También causa muchas enfermedades y trastornos, y tiene relación con buena parte de los suicidios y homicidios. La presente revisión sintetiza la evidencia empírica disponible sobre la terapia de aceptación y compromiso (TAC) en casos relacionados al consumo problemático de alcohol. Se abordan las bases y modelo de la terapia cognitiva conductual (TCC) y de la TAC. Se realiza una búsqueda en los portales Redalyc, APA PsycNet, PubMed, Google Académico, Scielo y Scopus, de donde son utilizados 13 artículos que demuestran los efectos de la TAC en relación a esta problemática. Se observa que la evidencia disponible, si bien alentadora, es escasa. Se sugieren más estudios controlados aleatorizados y estudios de doble ciego con mayor diversidad en sus poblaciones y que comparen con otros tipos de intervenciones.

Palabras clave: Alcohol; Terapia de Aceptación y Compromiso; Revisión sistemática

Abstract

Alcoholism is a disease which reduces the quality of life of those suffering from it, and it also harms their family and community. It is also responsible for an important percentage of deaths every year, even among young people. It also causes a lot of diseases and disorders, and it's related with suicide and homicide. This review synthesizes the available empirical evidence about Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in cases related to problematic alcohol consumption. The bases and models of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and ACT are approached. Research and analysis is conducted in the portals: Redalyc, Apa PsycNet, PubMed, Google Scholar, Scielo and Scopus, from which 13 articles show the effects of ACT in relation to this issue. Although there is some evidence about the matter in fact, it is still very limited. More randomized controlled trials and double blinded studies with more diversity in

their participants are suggested, and also studies that compare ACT with other kinds of therapies.

Keywords: Alcohol; Acceptance and Commitment Therapy; Systematic review

1. Introducción

El alcohol es la sustancia de mayor abuso a nivel mundial (Organización de Estados Americanos [OEA], 2013). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018a), cada año mueren 3 millones de personas en el mundo debido al consumo nocivo de alcohol (5,3% de todas las defunciones). De hecho, el 13,5% de las muertes de personas de 20 a 39 años, son atribuibles al consumo de alcohol.

Además, el uso nocivo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos (OMS, 2018a). Se ha encontrado que es uno de los principales factores de riesgo evitables de los trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres (OMS, 2010). Por si todo esto fuera poco, aproximadamente un 30% de los suicidios y la mitad de los homicidios están relacionados con el alcohol (Beck et al., 1999).

Es bien conocido que la persona alcohólica no se daña solo a sí misma, es decir, sí compromete tanto su desarrollo individual como social, y puede arruinar su vida, pero también devastar a su familia y perjudicar a la comunidad (OMS, 2010). En este sentido, un estudio de la OEA (2013) reportó una relación entre el consumo de alcohol y la violencia de pareja, así como también se lo ha vinculado con otros tipos de violencia (sexual, abuso infantil y de adultos mayores). Tampoco es una novedad que conducir bajo efectos del alcohol aumenta el riesgo de un accidente de tránsito con desenlace fatal o lesiones graves (OMS, 2018b).

En las Américas, el consumo de alcohol es aproximadamente un 40% superior a la media mundial (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.) y, según la OMS (2018c), Uruguay tiene el consumo per cápita más alto de la región y supera a algunos países europeos. De hecho, la VII Encuesta Nacional sobre el Consumo de Drogas en la población general de Uruguay, elaborada por la Junta Nacional de Drogas (JND, 2019), indica que el 93% de las personas entre 15 y 65 años probó alcohol alguna vez en su vida, y el 59% declaró haber consumido alcohol en el último mes, indicador fuertemente asociado al consumo habitual. Lejos de ser buenas noticias, estos números son

superiores a encuestas realizadas previamente. En la VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas, también elaborada por la JND (2016), se halló que el 20% de los consumidores de alcohol del último año presentaba uso problemático de alcohol, lo que equivale a 261.000 personas.

En lo que a siniestros de tránsito se refiere, la Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV, 2015) declaró que se detectó presencia de alcohol en el 6% de los controles realizados a conductores que participaron en siniestros con lesionados en todo el país en los 3 años previos al estudio, y supera el 15% en los que tuvieron resultado fatal. Es por esto que afirman que existe una marcada correlación entre el aumento de la presencia de alcohol y la gravedad del siniestro.

El alcoholismo es un término cuyo significado varía según la bibliografía, pero es empleado generalmente para referirse al “consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas” (OMS, 1994). El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Nº 5 (American Psychiatric Association [APA], 2018), diagnostica *Trastorno por consumo de alcohol* cuando se manifiestan al menos dos de los síntomas indicados en un plazo de 12 meses. Esos síntomas son: consumo con frecuencia en cantidades superiores o durante más tiempo del previsto; deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar el consumo; inversión de mucho tiempo en conseguir el alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos; un poderoso deseo o necesidad de consumir; consumo que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar; consumo continuado a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales recurrentes, provocados por el mismo; abandono o reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio; consumo recurrente en situaciones en las que provoca un riesgo físico; consumo continuado a pesar de sufrir un problema físico o psicológico recurrente provocado por el mismo; tolerancia; y abstinencia (APA, 2018).

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Onceava Revisión (CIE-11, 2020) ubica la *6C40.2 Dependencia del alcohol* dentro de los *Trastornos debidos al consumo de*

sustancias, y lo define como “un trastorno de la regulación del consumo del alcohol que surge del consumo repetido o continuo del alcohol”. Agrega que es característico el fuerte impulso interno para consumir alcohol, perdiendo la capacidad de control del consumo, priorizando por encima de otras actividades y la persistencia del consumo a pesar de las consecuencias negativas. Más concretamente, postula que si el consumo de alcohol es continuo (diario o casi diario) durante al menos 1 mes, puede ser diagnosticado.

La OMS (1994) ha destacado y recomendado la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) para el tratamiento de las drogodependencias, incluido el alcoholismo. De hecho, manifiesta que la mayoría de los enfoques de tratamiento que han demostrado efectividad para el tratamiento de alcoholismo se encuentran dentro de los enfoques cognitivo-conductuales (OPS, 2008). Sin embargo, es importante destacar que se recomienda utilizar esta estrategia junto a otras, formando un abordaje multidisciplinario, incluyendo desintoxicación y tratamiento médico y psiquiátrico, terapia individual y de grupos, formación profesional y experiencia laboral (OMS, 1994).

1.1 Fundamentos de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) aplicada al alcoholismo

Existe lo que se llaman las *Prácticas Psicológicas Basadas en Evidencia*, cuyo propósito es desarrollar una práctica psicológica profesional efectiva, a través de criterios con sustento empírico en cuanto a evaluación, intervención y a la relación terapéutica (Daset & Cracco, 2013). La TCC no solo forma parte de este conjunto de prácticas psicológicas, sino que algunos autores concluyen que es superior como tratamiento de elección, ya que ha demostrado su efectividad en diversos trastornos, entre ellos: adictivos, de ansiedad, depresión, de la conducta alimentaria, e infantiles (Echeburúa et.al., 2010).

Según Chertok (2006), la TCC toma como base cuatro procesos de aprendizaje que controlan el comportamiento: condicionamiento clásico, condicionamiento operante, modelado y los procesos cognitivos. Se parte del supuesto de que hay una historia de aprendizaje múltiple, pero que además

hay procesos actuales que mantienen la conducta, es por esto que este tipo de terapia utiliza estrategias de condicionamiento aversivas, modelos que enseñan hábitos y habilidades sociales eficaces, y se modifica el sistema de creencias (reestructuración cognitiva).

Entre los componentes de la reestructuración cognitiva, Beck et al. (1999) proponen detectar y modificar las creencias disfuncionales que se centran alrededor del alcohol, que provocan un círculo vicioso en el que la persona por momentos da cuenta de que tiene un problema, pero en otros momentos su interpretación de las situaciones le activa emociones que dirigen su comportamiento de volver a la bebida.

Marlatt y Witkiewitz (2005) describen cuatro procesos cognitivos relacionados con las adicciones que reflejan los modelos cognitivos: autoeficacia, resultados esperados, atribuciones de causalidad y procesos de toma de decisiones, y proponen trabajar cuidadosamente cada uno de ellos.

Además, la TCC trabaja estrategias de reducción de intensidad y frecuencia del impulso de consumo, estrategias de regulación emocional, toma de decisiones, habilidades sociales y reducción del estrés, con una atención importante a la prevención de recaídas (Beck et al., 1999).

Según Beck et al. (1999), la TCC tiene cuatro principios básicos: la *relación terapéutica*: un aspecto determinante de la eficacia de las técnicas cognitivo conductuales depende, en gran medida, de la relación entre el terapeuta y el paciente. Esta relación requiere un terapeuta cálido, empático y sincero. La *conceptualización cognitiva del caso*: es importante recoger, sintetizar e integrar los datos relativos al paciente, y generar hipótesis sobre la etiología y tratamiento de las creencias desadaptativas. *El método socrático*: es importante que el terapeuta no dé sermones ni enseñe las nuevas creencias y conductas mediante lecciones, sino que guíe al paciente a través de preguntas, reflexiones, aclaración de contradicciones y resúmenes, transitando así un proceso de descubrimiento de los patrones de pensamiento y acción ineficientes del paciente, proceso que debe realizarse conjuntamente. Por último, *asignación de actividades entre sesiones*: es muy útil para el tratamiento que el proceso no tenga lugar solo en el momento de reunión, sino que el paciente pueda, durante la semana, realizar actividades entre sesiones formales e informales. Es importante asignar estas actividades conjuntamente

en la sesión, para minimizar las probabilidades de provocar efectos no esperados.

Las técnicas más utilizadas por la TCC en el tratamiento del alcoholismo desarrolladas por Beck et al. (1999) son: *Análisis de las ventajas y desventajas*: es muy común que estos pacientes mantengan creencias que minimizan las desventajas y maximizan las ventajas de consumir dichas sustancias, y frecuentemente analizarlas en conjunto les permite ver la situación de otra forma. *Identificar y modificar las creencias asociadas al alcohol*: es muy común que estos pacientes tengan creencias del tipo “trabajé mucho toda la semana, merezco diversión”, “tomar me relaja”, “el alcohol me hace más divertido”, “soy exitoso en el trabajo así que es imposible que tenga un problema con el alcohol”, entre otras. Es esencial ayudarlos a identificar y controlar dichas creencias. *Flechas descendentes*: frecuentemente estos pacientes tienen pensamientos catastróficos relacionados al abuso del alcohol, a su futuro, a situaciones interpersonales, y esta técnica indaga sobre el significado personal de esos pensamientos a través de la pregunta “¿qué significa eso para ti?”. Muchas veces, esta técnica permite descubrir una creencia central que pasa a ser trabajada posteriormente. *Re-atribución de responsabilidad*: es importante ayudarlos a entender que la responsabilidad es suya y que, por consiguiente, afortunadamente ellos mismos pueden terminar con esa conducta. *Registro diario de pensamientos*: consiste en un esquema que se le entrega al paciente para que lo complete entre sesiones. Este esquema ayuda a examinar cómo una creencia puede llevar a la acción, pero a su vez permite tomarse un tiempo para evaluar la creencia, debatirla y reconsiderarla. *Imaginación*: esta técnica consiste en visualizar el “autocontrol”, distrayendo a los pacientes del *craving*, evitando así el abuso de la bebida. *Programación y control de la actividad*: El control de actividades y su programación son estrategias útiles para comprender y controlar las conductas relacionadas con la droga y para incrementar las conductas productivas. Básicamente el paciente recibe una tabla impresa (Inventario de actividades diarias). El paciente registra las actividades diarias y el grado en que siente placer y habilidad cuando participa en dicha actividad. Esta técnica sirve como un registro de las actividades realizadas, como guía para futuras actividades, y además puede ser útil para evaluar cuánto ha cumplido el paciente con las actividades conjuntamente

pactadas. *Experimentos conductuales*: se utilizan para probar la validez de las creencias relacionadas con las drogas, en general se intenta que el paciente entienda que lo que cree actualmente es equivocado. *Repaso conductual (role-playing)*: es frecuente que estos pacientes tengan problemas de habilidades sociales, más específicamente de asertividad. Por ejemplo, el paciente puede tener dificultades a la hora de decir “no” a un ofrecimiento de una bebida alcohólica, aún si no quiere aceptarla. Esta técnica permite brindarle un modelo al paciente, un espacio para practicar y corregir, y que sea reforzado por sus logros por el terapeuta. *Entrenamiento en relajación*: es frecuente que el consumo de alcohol esté relacionado a la ansiedad que siente el paciente, es decir, que recurre a la bebida para relajarse. Es por esto que el entrenamiento en relajación puede ser muy útil, proporcionando al paciente un método más saludable para relajarse. *Resolución de problemas*: es frecuente también que estos pacientes no sean buenos solucionando problemas debido a su impulsividad, y muchas veces por esto mismo se acaban anestesiando con alcohol. Esta técnica permite aprender a solucionar los problemas más eficientemente. *Ejercicio*: el ejercicio físico muchas veces motiva a los pacientes a redefinirse a sí mismo como saludables, y los alienta a ponerse “en forma”, por lo tanto, es una técnica útil para complementar en el tratamiento, indicando ejercicio físico regular. *Control de estímulos*: es común y esperable que los pacientes se encuentren con estímulos que les activen el *craving*, éstos pueden ser anuncios tentadores, encontrarse con una persona en particular, o visitar lugares determinados. Por lo tanto, para minimizar el contacto con estos estímulos es útil identificarlos junto al paciente, y planificar estrategias para evitarlos y contrarrestarlos cuando el contacto sea inevitable.

1.2 Terapia de Aceptación y Compromiso: bases y modelo de tratamiento

Hayes (2004) diferenció tres generaciones de terapias dentro de la TCC. Una primera que se refiere a la terapia de conducta clásica que tiene como base el cambio directo del comportamiento a través del manejo de contingencias, fundamentando el trabajo en investigación básica.

Más tarde surgen las terapias cognitivo-conductuales (TCC), aproximaciones clínicas que nacen a partir de la necesidad de centrarse en la dimensión cognitiva (Luciano & Valdivia-Salas, 2006). Éstas conforman la segunda generación de terapias, que, si bien asumen las técnicas dirigidas a cambiar las conductas a través de las contingencias, otorgan un papel fundamental a los eventos cognitivos en la conducta. Hasta aquí, la concepción que se tiene sobre el funcionamiento del ser humano consiste en que las acciones de una persona son el resultado de sus pensamientos y emociones, por lo tanto, para cambiar la conducta problema o conductas ineficientes, lo que debe hacerse es regular o controlar lo que genera malestar (Luciano & Valdivia-Salas, 2006), por ejemplo, a través de la reestructuración cognitiva.

Por fin, emerge luego lo que se denomina la tercera generación (Hayes, 2004), que responden a diversas necesidades. Por un lado, el desconocimiento de las razones por las cuales funciona o fracasa la TCC; por otro lado, la discrepancia con una concepción del comportamiento humano radicalmente funcional; y por último, por la proliferación de investigaciones básicas en lenguaje y cognición desde una perspectiva funcional (Luciano & Valdivia-Salas, 2006). Esta última generación de terapias trae consigo un cambio de abordaje significativo, ya que sus técnicas no están orientadas a la evitación o reducción de síntomas, sino a que el paciente actúe con la responsabilidad de la elección personal y la aceptación de los eventos privados que esto conlleva (Luciano & Valdivia-Salas, 2006).

En esta generación emergen la Terapia Dialéctica de Linehan (1993), la Psicoterapia Analítica Funcional de Kohlenberg & Tsai (1991), la Terapia Integral de Pareja de Jacobson et al. (2000), la Terapia basada en la Toma de Conciencia/Ser consciente de Seagal et al. (2002), y la Terapia de Aceptación y Compromiso de Hayes et al. (1999), entre otras.

La Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) es la más completa dentro de la Tercera Generación de Terapias de Conducta (Luciano & Valdivia-Salas, 2006).

La TAC es parte del abordaje TCC, y comparte con el mismo un énfasis en el pragmatismo, su práctica basada en la evidencia, los principios del aprendizaje y tecnologías de cambio de comportamiento (Russo & Forsyth, s.f.). Pero la TAC también difiere de la TCC en varios aspectos.

La TAC surge de un abordaje denominado Teoría de Marco Relacional (TMR). La misma postula que los humanos aprendemos a establecer relaciones arbitrarias entre eventos y, por esta razón, a responder a unos eventos en términos de otros (Páez & Gutiérrez, 2012). De esta forma explica que, por ejemplo, sin capacidad de prevenirlo, los humanos podemos sentir miedo, dolor, angustia, etc., no sólo frente a la situación aversiva que generó estas respuestas emocionales (castigo, extinción), sino también ante otras situaciones que sean relacionadas de forma verbal con la situación traumática. Incluso las propias reacciones (pensamientos, sensaciones, recuerdos) realizan esta transformación por el lenguaje, e intentar cambiar o suprimir esas reacciones no funciona (Páez & Gutiérrez, 2012).

Cabe destacar que, sin esta enorme capacidad de relacionar eventos, los seres humanos no seríamos capaces de pensar en el futuro, reflexionar sobre el pasado, hablar con sentido y escuchar con comprensión, crear, resolver problemas, conocernos a nosotros mismos, nuestra propia finitud y la eventual muerte. Es este mismo proceso el que acentúa el sufrimiento humano (Russo & Forsyth, s.f.). Por lo tanto, así como podemos resolver un problema de diversas maneras, por ejemplo: “Si llevo a arreglar el microondas, podré calentar la comida, lo cual será bueno”, también se puede aplicar a “Puedo emborracharme, así no tendré que sufrir esta depresión por esta noche, lo cual será bueno”.

Esto nos lleva a la siguiente diferencia de la TAC con la TCC, que son sus metas de tratamiento. En general, la TCC se esfuerza por cambiar la forma, frecuencia o intensidad de los eventos privados problemáticos. La TAC, en cambio, se propone cambiar directamente la relación de un paciente con esas experiencias privadas (Russo & Forsyth, s.f.).

Básicamente, la TAC parte del supuesto de que el dolor psicológico y el malestar son experiencias inevitables en la vida, y por lo tanto sería en vano intentar evitarlas o eliminarlas totalmente. Es por esto que la TAC propone terminar con esos intentos de control y eliminación, y enseña a los pacientes cómo vivir y convivir con los aspectos dolorosos de su historia, con la rumiación, con los malestares emocionales y a centrarse en hacer lo que funciona, lo que es importante para sus valores personales (Russo & Forsyth, s.f.).

En relación con esto, muchos de los trastornos tienen en común un patrón inflexible de conductas con el fin de evitar el contacto con el malestar o escapar del mismo. A este patrón se le denomina trastorno de evitación experiencial (TEE) y se ha detectado en los trastornos afectivos, trastornos de ansiedad, adicciones, anorexia y bulimia, trastornos del control de impulsos, el duelo, el trastorno por estrés postraumático, entre otros (Páez & Gutiérrez, 2012).

En relación a las adicciones, diversos estudios confirman que el TEE juega un papel fundamental, tanto en el desarrollo como en el mantenimiento de las mismas (Luciano et al., 2014). Para eliminar el malestar, la persona consume, se alivia, luego vuelve el malestar y, de nuevo, la persona lo elimina, a veces consumiendo y otras veces no, y al rato nuevamente aparece el malestar, y nuevamente la persona hace algo para escapar, y así sucesivamente. Este círculo sin fin perjudica cada vez más a la persona, no solo por los daños acumulativos ocasionados por la sustancia, sino por su conducta bajo el efecto de la misma, y quizás lo más importante, por la percepción de sí que la persona va construyendo y la poca habilidad desarrollada para afrontar el malestar, al mismo tiempo que se reduce su satisfacción personal (Luciano et al., 2014).

Modelo TAC:

La TAC se basa en un modelo en el que confluyen seis procesos que contribuyen a la inflexibilidad psicológica y otras formas de sufrimiento humano, y propone seis procesos de intervención diseñados para aumentar la

flexibilidad psicológica (Russo & Forsyth, s.f.). A continuación, se describe brevemente en qué consiste cada proceso.

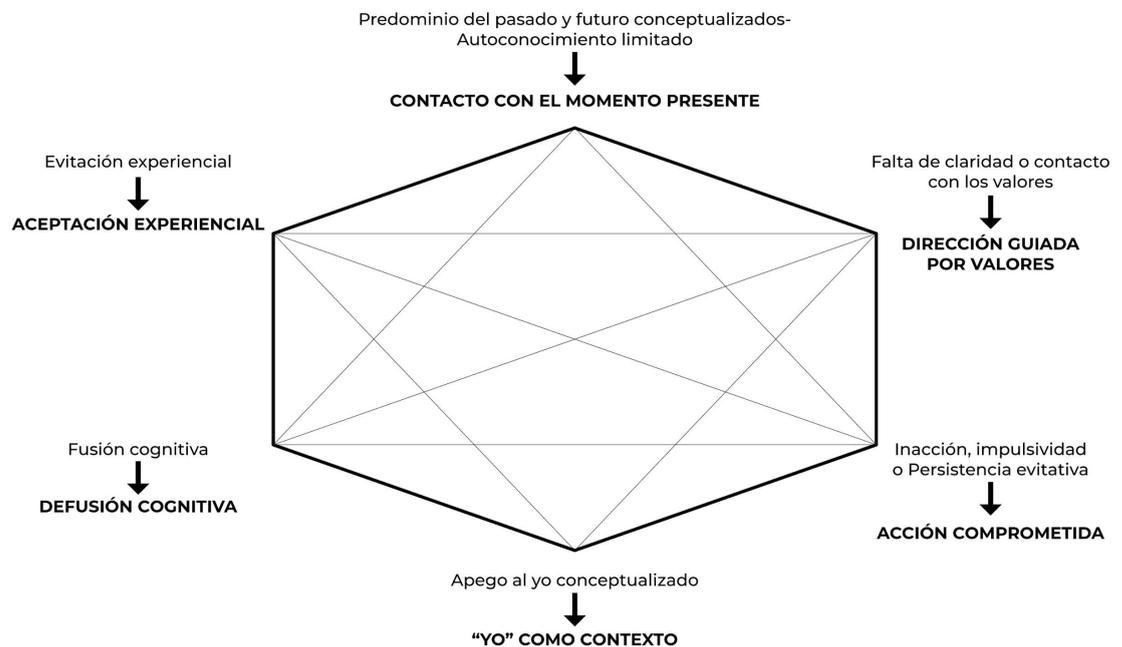


Figura 1. Adaptado de Russo & Forsyth (s.f.).

De Fusión cognitiva a Defusión cognitiva: Cuando una persona es incapaz de detectar que el actual proceso de pensamiento es diferente de los productos del pensar, se puede hablar de fusión cognitiva (Russo & Forsyth, s.f.). Llega a ser problemática cuando la fusión es tal que la persona cree en la literalidad de sus pensamientos y pierde de vista su condición de simple pensamiento. Con la defusión cognitiva, la TAC anima a los pacientes a observar y ser conscientes de sus procesos de pensamiento y los productos derivados del mismo, y a poder discernir entre ese proceso y el observador de ese proceso. Este proceso permite poner en duda los pensamientos, y no simplemente creerles literalmente, es decir, estar fusionados al mismo (Russo & Forsyth, s.f.).

De Evitación experiencial a Aceptación experiencial: Relacionado con el proceso anteriormente descrito, la evitación experiencial consiste en los esfuerzos costosos y rígidos para evitar los eventos privados desagradables a

los que la persona está fusionada. Estos intentos que, frente a amenazas o peligros externos estarían bien fundamentados, cuando están, en cambio, dirigidos a los pensamientos, sentimientos, eventos fisiológicos o recuerdos, requieren un gran esfuerzo y realmente son poco eficientes (Russo & Forsyth, s.f.). Los mismos llevan a la persona a alejarse de las cosas que le importan y funcionar en un espiral creciente de malestar, en el que se van sumando las propias privaciones de actividades o relaciones que contribuyen a su calidad de vida.

En cambio, a través de la aceptación experiencial, la TAC anima a los pacientes a aceptar plenamente la experiencia propia tal cual es en ese preciso momento, sin juzgarlas o alterar su forma o frecuencia, y al mismo tiempo continuar actuando de acuerdo con sus valores personales (Russo & Forsyth, s.f.).

Del Predominio del pasado y futuro al Contacto con el momento presente: Cuando las personas están enfocadas en el pasado o en el futuro imaginado, esos pensamientos a los que está fusionada toman mayor relevancia que la situación que está viviendo en la actualidad, lo que la puede llevar a comportarse en clave de eventos pasados o futuros imaginados, probablemente ineficaces, y a rigidizar las opciones conductuales que serían eficaces en la actualidad (Russo & Forsyth, s.f.).

La TAC anima a estos pacientes a contactar con el momento presente, ya que es el único donde se puede actuar. Esta práctica consiste en prestar atención de forma consciente e intencional al lugar en el que se está en el momento, a lo que está sucediendo aquí y ahora, sin juzgar la experiencia, simplemente conectando con ella. De esta forma se promueve a los pacientes un funcionamiento menos evitativo y más presente, de forma que puedan actuar para hacer un cambio en sus vidas.

Del Apego al “Yo” conceptualizado al “Yo” como contexto: El apego al “yo” conceptualizado implica apegarse a las narrativas que las personas cuentan de sí mismas y fusionarse con un significado de las mismas como si fuera real y estático (Russo & Forsyth, s.f.). Por ejemplo “todo me sale mal”,

“nadie me quiere”, “soy el mejor”. Tal fusión puede llevar a las personas a actuar en pos de defender y sostener la narrativa, reduciendo las posibilidades de conducta.

La TAC anima a sus pacientes a desapegarse del “yo” conceptualizado y a tomar una perspectiva del “yo” como contexto, una perspectiva de observador que no simplemente acepta narrativas como ciertas o con significados estáticos referentes a un concepto de sí mismo (Russo & Forsyth, s.f.).

De la *Falta de claridad con los valores* a la *Dirección guiada por valores*: La TAC parte del supuesto de que los valores de cada persona son los que les dan dirección a sus acciones, y por lo tanto la falta de claridad sobre cuáles son los valores de una persona, es decir, hacia dónde esa persona quiere ir, le trae dificultades a la hora de decidir cómo actuar y automatizar su comportamiento, quizás con un patrón de conducta anterior, ineficaz en la actualidad (Russo & Forsyth, s.f.).

Por esto la TAC anima a sus pacientes a establecer sus valores, es decir, a que elijan hacia dónde quieren ir, sobre qué quieren que sean sus vidas, y a tomar esos valores como dirección para sus acciones. Con “valores”, la TAC se refiere a diferentes elementos o ámbitos de la vida (familia, relaciones, salud, el trabajo, ocio, espiritualidad, naturaleza, etc.), y su establecimiento no es concebido como de una vez y para siempre, sino constantemente cambiante, en movimiento, pero siempre oficiando de guía para la acción (Russo & Forsyth, s.f.).

De la *Persistencia evitativa* a la *Acción comprometida*: Una vez que se le enseña a los pacientes a actuar guiados por sus valores, la TAC los anima a comprometerse con la acción. Esto es importante porque una persona puede ahora tener claros sus valores, pero continuar, sin embargo, con la evitación de emociones dolorosas u otros eventos privados. De alguna forma este proceso implica que el paciente se comprometa a actuar, o a no hacer algo en absoluto, aceptando el malestar que ese comportamiento, o no comportamiento, le pueda conllevar. Para esto suelen usarse objetivos concretos de corto y largo

plazo, que el paciente con el paso del tiempo deberá ir logrando a través de sus acciones (Russo & Forsyth, s.f.).

Como se puede ver, la TAC trabaja reduciendo los comportamientos de evitación y de fusión con los eventos privados, al tiempo que avanza en ayudar al paciente a establecer sus valores personales y a comprometerse a actuar hacia ellos, incluso cuando ello signifique un malestar emocional, ya que lo importante –para la TAC- no es que la persona se sienta bien en todo momento, sino que la persona pueda actuar de acuerdo a la vida que quiere llevar, con la flexibilidad psicológica necesaria para tolerar los pesares inevitables de la vida (Russo & Forsyth, s.f.).

La TAC, justamente, está diseñada para abordar este patrón de comportamiento. Su objetivo central en el tratamiento de las adicciones será ayudar a los pacientes a tomar contacto con el centro de sus dificultades, y desde ahí trabajar para que el paciente se comporte de forma que construya la vida que le dé sentido personal. Será necesario trabajar en la flexibilización psicológica, sobre todo en la tolerancia al malestar que la abstinencia pueda ocasionar, que puede ir desde el nerviosismo, ansias, problemas de sueño, irritabilidad, tristeza, craving, entre otros (Luciano et al., 2014).

2. Metodología

Los artículos utilizados para este análisis fueron seleccionados a través de una revisión sistematizada. Se utilizaron los portales de búsqueda Redalyc, APA PsycNet, PubMed, Google Académico, Scielo y Scopus. Las palabras clave utilizadas para realizar esta búsqueda exclusivamente en títulos de artículos fueron: *Acceptance and Commitment Therapy* o *Terapia de Aceptación y Compromiso*; y *Alcohol*. En la selección de artículos para su análisis, no se filtró por ningún período de tiempo en particular y se utilizó artículos en inglés y en español. Teniendo en cuenta estos criterios fueron seleccionados 9 artículos.

Luego de analizarlos, se excluyó uno de ellos, por ser una revisión que incluía 3 artículos que ya eran parte de los seleccionados anteriormente, pero se tomaron 3 artículos nuevos con los que no se contaba.

Además, se excluyó otro artículo por ser un meta-análisis que analizaba 10 artículos, de los cuales 8 eran dirigidos a la adicción al cigarro o a los opiáceos, y los 2 restantes al policonsumo (1 de ellos era un artículo con el que ya se contaba), por lo tanto traía muchos datos no pertinentes.

Por último, al leer los artículos se encontraron citas a otros artículos que estudiaban el desempeño de la TAC en personas con consumo de alcohol, por lo tanto también se agregaron.

La suma final de artículos seleccionados fue de 13 artículos.

3. Resultados

Se encontraron artículos, dentro de la temática de interés, de diversa índole. Entre ellos, por supuesto, estudios que compararon la TAC con el tratamiento habitual (Petersen & Zettle, 2009; Luoma et al., 2011; Thekiso et al., 2015); también se encontraron estudios de un único caso clínico (Díaz & Romero, 2001; Luciano et al., 2001; Heffner et al., 2003; Ehman & Gross, 2019); estudios de la TAC combinada con otro tipo de terapia, como mindfulness (Vernig & Orsillo, 2009) o entrevista motivacional (Ehman & Gross, 2019), y combinada con tratamiento farmacológico (Luciano et al., 2001; Petersen & Zettle, 2009; Thekiso et al., 2015); estudios del desempeño de la TAC en personas con problemas de consumo de alcohol con comorbilidad con trastorno por estrés postraumático (Stappenbeck et al., 2015; Meyer et al., 2018), con comorbilidad con depresión (Petersen & Zettle, 2009), y con comorbilidad con depresión o bipolaridad (Thekiso et al., 2015); un estudio comparando el efecto de la TAC combinada con tratamiento farmacológico y el tratamiento farmacológico solo (Hayes et al., 2014); un estudio que investigó el desempeño de la TAC en niveles de vergüenza en personas con dependencia de alcohol (Luoma et al., 2011); un estudio que investigó las diferencias de las respuestas emocionales a diferentes estímulos entre personas con

dependencia de alcohol y personas sin esta condición (Vernig & Orsillo, 2009); un estudio que comparó enseñar habilidades de afrontamiento de la TAC con reestructuración cognitiva (Stappenbeck et al., 2015); y también estudios que simplemente estudiaron los efectos de la TAC en participantes (George & Guzman, 2015; Harvey et al., 2017; Meyer et al., 2018).

La mayoría de estos estudios utilizaron herramientas de medida de diferentes síntomas y otros elementos pre y post-tratamiento, además de que en algunos de ellos se hizo un seguimiento meses después de finalizada la intervención. De esta forma se pretendió evaluar la existencia de una mejoría post-tratamiento.

A continuación, se presenta una tabla en la que se encuentran sistematizados los 13 artículos seleccionados, en donde se detalla el título de cada uno, los nombres de sus autores y el año de publicación. También se expone el objetivo de cada artículo, y se utilizan 3 columnas para describir a los participantes, explicar el método y presentar los resultados de mayor pertinencia de cada artículo.

Título. Autor. Año		
Objetivos		Resultados
Participantes	Método	
<p>1- Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso. (Díaz, J.A.V., Romero, E.Q., 2001)</p>		
<p>Varón de 38 años de edad, caso de abuso de alcohol.</p> <p>El sujeto refiere que "siempre" ha bebido mucho, y reconoce que bebe prácticamente a diario un mínimo de entre 5 y 8 cervezas, vino en las comidas y de 1 a 3 copas en la sobremesa, aunque sin llegar a tener signos patentes de embriaguez.</p> <p>A partir de tomar conciencia de esta situación, ejerce un fuerte control sobre su hábito que no se traduce en una reducción total de la ingesta de alcohol pero que sí le permite a veces beber con cierta moderación. Este control de la conducta de beber le implica vivir con una gran sensación de esfuerzo y de tensión.</p> <p>No obstante, lamenta que tiende a perder ese control y aproximadamente unas "3 veces al mes" se descontrola y bebe "más de lo previsto".</p>	<p>Tratamiento de un caso de abuso de alcohol con la Terapia de Aceptación y compromiso.</p> <p>10 sesiones de Terapia de Aceptación y Compromiso.</p> <p>MEDIDAS: -DSM IV</p>	<p>Al finalizar el tratamiento, el sujeto se encontraba en abstinencia total, situación que permanecía así a los 6 meses de la última sesión según un reporte telefónico.</p>
<p>2- Alcoholismo, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso (Luciano C., Gómez S., Hernández-López M. y Cabello F., 2001).</p>		
<p>Hombre de 40 años, casado y con dos hijos chicos.</p> <p>Antecedentes familiares de alcoholismo y crisis depresivas.</p> <p>Su consumo de alcohol produjo alteraciones definitivas en diferentes facetas de su vida, ante lo que su familia y esposa forzaron un tratamiento psiquiátrico con tranquilizantes.</p>	<p>Se presenta la aplicación de ACT a un caso clínico de alcoholismo</p> <p>MEDIDAS: -Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). -Inventario de indicadores de Tensión y Ansiedad. -Frecuencia de Oportunidades de beber. -Credibilidad de Necesidad de beber.</p> <p>TRATAMIENTO: -1era fase de tratamiento, 9 sesiones en 1 mes y medio con fármacos antagonistas y ansiolíticos. -2da fase sin tratamiento farmacológico. 12 sesiones. -Período de seguimiento de 13 meses (7 sesiones).</p>	<p>Al comenzar: -Tenía niveles altos de ansiedad. -Consumo de alcohol en situaciones con función aversiva, o en diferentes niveles de malestar, o en situaciones sociales relativas a fiestas.</p> <p>Resultados: - Los valores Oportunidades de beber y Necesidad de beber, durante el tratamiento comienzan a separarse cada vez más, incluso en el seguimiento. -La credibilidad de los pensamientos y sentimientos como causa de lo que hace (en una escala del 0 al 100%), comenzaron en 94% y al final del tratamiento quedaron en 10%.</p>

3- Valued Directions: Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Dependence (Heffner, M., Eifert, G.H., Parker, B.T., Hernandez, D.H., Sperry, J.A., 2003)	
<p>Un hombre de mediana edad, divorciado, caucásico, con dependencia del alcohol.</p> <p>Informó que su consumo de alcohol comenzó a los 16 años con borracheras de fin de semana y eventualmente progresó a una hábito diario. Al momento de la ingesta, informó un patrón de bebida que implicó el consumo de alcohol al despertar y bebiendo durante todo el día.</p>	<p>Tratamiento de un caso de dependencia de alcohol con la Terapia de Aceptación y compromiso.</p> <p>MEDIDAS: -DSM IV</p> <p>TRATAMIENTO: El paciente participó en 21 sesiones de terapia que comprendieron 15 visitas ambulatorias semanales y 6 visitas de seguimiento.</p>
<p>El tratamiento resultó en una mejor calidad de vida y casi un 100% de sobriedad:</p> <p>-En las primeras 2 semanas de tratamiento, el porcentaje de días sobrios subió de 0% a 60% y alcanzó una meseta del 100% en la semana 10.</p> <p>-A pesar de algunos lapsus menores, mantuvo el 100% de sobriedad durante los 9 meses de seguimiento.</p> <p>-Las observaciones de comportamiento indican que su afecto mejoró significativamente durante el curso de tratamiento. Al comienzo, su afecto era constreñido, y tenía poco contacto visual (es decir, miraba al piso), y daba respuestas concisas a las preguntas planteadas. Al final de la terapia, estaba hablando durante las sesiones y entusiasmado por los cambios que había hecho en su vida. También hizo bromas y se rió más hacia el final del tratamiento.</p>	
4- Treating Inpatients With Comorbid Depression and Alcohol Use Disorders: A Comparison of Acceptance and Commitment Therapy Versus Treatment as Usual (Petersen, C.L., Zettle, R.D., 2009).	
<p>El propósito de este estudio era hacer una evaluación preliminar del impacto relativo de la terapia de aceptación y compromiso como un enfoque integrador para el tratamiento de pacientes hospitalizados específicamente luchando con la depresión y los problemas relacionados con el alcohol.</p> <p>MEDIDAS: -Evaluación de Trastorno Depresivo Unipolar definido por DSM-IV -Evaluación de presencia de abuso de alcohol, dependencia de alcohol, o dependencia de polisustancias con el alcohol siendo uno de ellos, de acuerdo al criterio de DSM-IV. -Hamilton Rating Scale (HRS), versión de 21-items. -Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II) -Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) -Otras variables fueron medidas a lo largo del tratamiento, como la duración de la fase del tratamiento, el número de sesiones individuales de terapia, y las horas recibidas de terapia durante todo el tratamiento.</p> <p>TRATAMIENTO: -En el contexto de un programa establecido de 12 pasos, la TAC se comparó con el tratamiento habitual. -Los participantes recibieron diferentes sesiones de terapia individual (TAU vs. TAC), dependiendo de la condición a la que fueron asignados al azar, así como servicios e intervenciones comunes a todos los pacientes hospitalizados. -A todos los participantes se les prescribió medicación antidepresiva. -Los participantes también asistieron a al menos 5 horas por semana de terapia de grupo y reuniones nocturnas de Alcohólicos Anónimos. -Las sesiones de TAU duraron 1 hr, mientras que las de TAC duraban 30 min., aunque ocasionalmente duraron hasta 1 hr. -La fase de tratamiento continuó hasta que el equipo de tratamiento y el personal médico determinaron que un participante había cumplido con los criterios para el alta, momento en el que se programó la evaluación posterior al tratamiento.</p>	<p>-Depresión: Tanto para el HRS como para el BDI - II, la depresión con el tiempo disminuyó significativamente para ambos tratamientos, pero no hubo diferencia significativa entre TAU y TAC.</p> <p>-Aceptación y Acción: Se observó una reducción estadísticamente significativa en las puntuaciones de AAQ solo para los participantes que recibieron TAC.</p> <p>-Dosis de tratamiento: la duración de la fase de tratamiento para los participantes de TAC fue solo el 68% de la del grupo TAU (22,7 frente a 33,3 días), una diferencia estadísticamente significativa.</p> <p>Además, si bien el número total de sesiones de terapia no difirió entre los grupos, la cantidad total de tiempo de tratamiento del personal fue significativamente menor para el grupo TAC. Los participantes recibieron 3,1 horas de TAC en comparación con 4,3 horas de TAU, otra diferencia estadísticamente significativa.</p>

5- Psychophysiological and Self-Reported Emotional Responding in Alcohol-Dependent College Students: The Impact of Brief Acceptance/Mindfulness Instruction (Vernig P., Orsillo S., 2009)		
<p>El objetivo de este estudio fue examinar el impacto de las instrucciones breves de aceptación / atención plena en las respuestas emocionales de las personas con dependencia de alcohol a los estímulos emocionales agradables, desagradables y neutrales.</p> <p>48 participantes</p> <p>-38 personas con dependencia de alcohol (DG)</p> <p>-12 personas en el grupo de comparación (no dependientes) (CG).</p> <p>-Los participantes fueron reclutados de cursos de psicología de pregrado en una universidad pequeña, privada y urbana de Nueva Inglaterra.</p> <p>-Era requisito ser mayor de 18 años.</p> <p>-La muestra incluyó 21 (44%) hombres y 27 (56%) mujeres</p> <p>-36 (75%) se autoidentificaron como blancos, seis (13%) como asiáticos o isleños del Pacífico, cinco (10%) como hispanos y uno (2%) como "otros".</p> <p>-DG: participantes que cumplieron criterios de dependencia del alcohol (DSM-IV TR).</p> <p>-CG: participantes que bebían dos o menos bebidas por día en promedio y no cumplían con ninguno de los criterios de dependencia del alcohol del DSM-IV-TR.</p>	<p>A los participantes del DG se los separaba por sexo y eran aleatoriamente asignados al grupo de tratamiento de aceptación / atención plena o al grupo de condición neutral.</p> <p>Los 3 grupos resultantes incluyeron:</p> <p>-19 (40%) en el grupo de aceptación / atención plena dependiente del alcohol (ETOH-A / M)</p> <p>-19 (40%) en el grupo neutral dependiente del alcohol (ETOH-N)</p> <p>-10 (20%) en el grupo de comparación no dependiente del alcohol (COMP).</p> <p>-Al grupo de ETOH-A / M se le mostró un video de 8:35 minutos basado en la aceptación e instrucciones para lidiar con emociones desagradables. No se instruyó explícitamente a los participantes a aplicar estas técnicas durante ninguna parte del experimento.</p> <p>-A los grupos ETOH-N y COMP se les mostró un video de similar duración (9:01 min) en el que se leyó un artículo de National Geographic de la misma manera.</p> <p>Imágenes: Se tomaron 27 diapositivas del International Affective Picture System (IAPS), que contienen 8 diapositivas de imágenes agradables, desagradables y neutrales, y 3 diapositivas neutrales para la práctica. Los participantes vieron las diapositivas en un monitor de computadora durante 5 s cada uno.</p> <p>MEASURES:</p> <p>-DSM IV TR</p> <p>-Skin conductance level (SCL) - pre y pos-estudio.</p> <p>-Self Assessment Manikin (SAM)</p> <p>-Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT)</p> <p>-Manipulation check quiz</p> <p>-Strategies quiz</p>	<p>Cuestionario de verificación de manipulación:</p> <p>Los participantes en el grupo ETOH-A / M puntuaron significativamente más alto que los del grupo ETOH-N y los del grupo COMP. Lo que significa que los participantes que vieron el video de aceptación / atención plena fueron significativamente más propensos a informar que habían utilizado las estrategias de aceptación proporcionadas en la manipulación mientras veían estímulos emocionalmente evocadores.</p> <p>Los puntajes de placer/displacer para las diapositivas desagradables fueron un predictor significativo de la gravedad de la dependencia de alcohol, de modo que calificar las diapositivas desagradables como más desagradables, se asoció con una dependencia del alcohol más grave.</p> <p>-Las puntuaciones de placer/displacer para las diapositivas agradables fueron predictores solo marginalmente significativos.</p> <p>Resultados psicofisiológicos:</p> <p>-La amplitud de SCL en respuesta a las diapositivas desagradables fue un predictor significativo de la gravedad de la dependencia del alcohol.</p>
6- Slow and Steady Wins the Race: A Randomized Clinical Trial of Acceptance and Commitment Therapy Targeting Shame in Substance Use Disorders (Luoma J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L., 2011)		
<p>El presente estudio exploró los efectos de la intervención grupal basada en los principios de la terapia de aceptación y compromiso (ACT), para la vergüenza en personas con trastornos por uso de sustancias.</p> <p>Participantes: 133 adultos.</p> <p>TAC (n 68) TAU (n 66).</p> <p>61 eran mujeres y 72 hombres. De edad promedio 33.6 años. Diagnosticados con un trastorno por uso de sustancias.</p> <p>-Las sustancias más comunes consumidas por los participantes en los 30 días previos al ingreso al programa fueron el alcohol, la metanfetamina y la marihuana. No hubo diferencias significativas entre las dos condiciones en el número de sustancias utilizadas.</p> <p>-Todos los participantes calificaron para un diagnóstico de abuso o dependencia de sustancias como requisito previo para la admisión al tratamiento.</p>	<p>De forma aleatoria, se asignaron grupos para recibir TAU o TAU+TAC (TAC).</p> <p>El diseño fue similar a un diseño de tratamiento aditivo, excepto que aquellos en la condición TAC participaron en 6 horas menos de su programa regular que aquellos en TAU, ya que participaron de 6 horas de un abordaje grupal de TAC dirigido a la vergüenza.</p> <p>TAU en esta instalación consistió en cinco o seis grupos de terapia por día, 6 días a la semana. Las 2 horas de terapia individual por semana a menudo se centran en la facilitación de 12 pasos.</p> <p>-El programa residencial fue diseñado para durar 28 días.</p> <p>-Los participantes también completaron un seguimiento de 4 meses.</p> <p>MEDIDAS:</p> <p>-Internalized Shame Scale (ISS).</p> <p>-Treatment Services Review (TSR).</p> <p>-Alcohol and Drug Timeline Followback Interviews (TLFB).</p> <p>-General Health Questionnaire-12.</p> <p>-Quality of Life Scale.</p> <p>-Multidimensional Scale of Perceived Social Support.</p>	<p>-La intervención de TAC resultó en menores ganancias inmediatas en la vergüenza, pero mayores reducciones a los 4 meses de seguimiento.</p> <p>-Los participantes de TAC también reportaron menos días de uso de sustancias y una mayor asistencia al tratamiento en el seguimiento.</p> <p>-Los participantes de TAC tenían más de 2,25 veces más probabilidades de no consumir sustancias durante cualquier semana que los participantes de TAU .</p> <p>-Los efectos de la intervención de TAC sobre la utilización del tratamiento en el seguimiento fueron medidos estadísticamente por los niveles de vergüenza post-tratamiento, en el sentido de que aquellos que evidenciaron niveles más altos de vergüenza en el pos-tratamiento tenían más probabilidades de asistir al tratamiento durante el seguimiento.</p> <p>-Los niveles de vergüenza posteriores al tratamiento también mostraron una tendencia a funcionar como mediador de semanas de uso, pero cuando la utilización del tratamiento y la vergüenza se ingresaron en múltiples modelos de mediadores, solo la utilización del tratamiento siguió siendo significativa, lo que sugiere que la reducción más lenta en la vergüenza observada en la condición TAC contribuyó a una mayor participación en el tratamiento y, por lo tanto, a mejores resultados en el uso de sustancias.</p>

<p>7- A Preliminary Trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy With Polysubstance-Abusing Methadone-Maintained Opiate Addicts (Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Bissett R, Piasecki M, Batten SV, Byrd M, Gregg J., 2014)</p>	<p>El propósito del proyecto fue examinar la eficacia preliminar de TSF y ACT cuando se combinan con mantenimiento con metadona, en comparación con solo el mantenimiento con metadona sola (MM). Los participantes fueron asignados aleatoriamente a Mantenimiento con metadona sola (MM), Terapia de aceptación y compromiso más Mantenimiento con metadona (TAC) o Terapia intensiva de facilitación de doce pasos más Mantenimiento con metadona (ITSF):</p> <p>-MM: El mantenimiento con metadona se suministró de la misma manera que antes de iniciar el tratamiento, de acuerdo con las políticas de la clínica de metadona responsable. -TAC: Además de la misma condición de MM, el protocolo de tratamiento fue de 16 semanas (48 sesiones: 32 sesiones individuales de 1 hora y 16 sesiones grupales de 90 minutos). -ITSF: Además de la misma condición de MM, el protocolo de tratamiento fue de 16 semanas (48 sesiones: 32 sesiones individuales de 1 hora y 16 sesiones grupales de 90 minutos).</p> <p>MEDIDAS: -DSM IV -Mini-SCID -Auto-SCID-II -155-Item Addiction Severity Index (ASI) -Social Adjustment Scale-Self Report (SAS-SR) -Beck Depression Inventory (BDI) -Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R)</p> <p>-124 participantes que habían recibido metadona durante al menos los últimos 60 días y que habían consumido opiáceos durante ese tiempo. -49% hombres, 13% minorías étnicas y 42.2 años de promedio de edad, predominantemente solteros (72%) y desempleados o parcialmente empleados (60%). -El 52% tenía un trastorno del Eje II; el 40% tenía un trastorno del estado de ánimo; 42% un trastorno de ansiedad. -La puntuación media en el BDI colocó a los participantes en el rango de depresión moderada. -Los participantes abusaron de una amplia variedad de otras sustancias, cumpliendo los criterios de dependencia de alcohol (35%), cocaína (46%), sedantes (10%) y otras drogas (35%), además de opiáceos. -97% había recaído en los últimos 30 días; el 3% había recaído en los últimos 60 días. -Los participantes cumplieron con los criterios de abuso de sustancias o dependencia de al menos otra sustancia y habían recaído a esa sustancia durante los últimos 30 días. -En promedio, los participantes ya habían pasado por 6.5 programas de tratamiento de abuso de sustancias profesionales residenciales o ambulatorios.</p> <p>El proceso de aleatorización resultó en la siguiente asignación de participantes: -42 a TAC -44 a ITSF -38 a MM.</p>	<p>Los resultados objetivamente mostraron que el grupo TAC se asoció con un menor uso de opiáceos y de drogas totales durante el seguimiento, que el grupo MM, y las medidas subjetivas mostraron un menor uso total de drogas durante el seguimiento.</p> <p>TAC vs MM: -En el seguimiento de 6 meses, el 61% de los participantes de TAC y el 28% de los sujetos de MM produjeron análisis de orina negativa para opiáceos, una diferencia estadísticamente significativa. -En el seguimiento de 6 meses, el 50% de los participantes de TAC y el 12% de los participantes de MM dieron negativo para cualquier droga, una diferencia estadísticamente significativa. -El consumo total de drogas auto-informado también mostró patrones similares a los datos del análisis de orina. Las diferencias no fueron significativas en el post-tratamiento, pero a los 6 meses de seguimiento, el 42% de los sujetos TAC y el 15% de los sujetos MM informaron que no consumían drogas; una diferencia significativa.</p> <p>TAC versus ITSF: -Las comparaciones entre TAC e ITSF se hicieron solo si uno de ellos difería de la condición de MM y la otra no. La única comparación de este tipo que fue incluso marginalmente significativa fue el consumo total de drogas auto-informado durante el seguimiento, en el que el 42% del grupo TAC y el 19% del grupo ITSF no informaron consumo de drogas.</p>
<p>8- Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based Intervention Program (ACTP) on Perceived Stress and Emotion Regulation among Alcoholics in Kerala, India (George B., Guzman R. D., 2015)</p>	<p>Se desarrolló un programa de intervención basado en la estrategia ACT junto con mindfulness, para evaluar la reducción del estrés percibido y la regulación de las emociones.</p> <p>El estudio tuvo dos fases: 1- Desarrollo del Programa de Terapia de Aceptación y Compromiso (ACTP) 2- Evaluación de la efectividad del programa en la reducción del estrés percibido y la dificultad de regulación de las emociones.</p> <p>Los participantes fueron asignados aleatoriamente a la situación de control y a la experimental.</p> <p>MEDIDAS: -Estrés percibido (PSS-14) -Dificultades en la regulación emocional (DERS).</p>	<p>Los puntajes previos y posteriores a la prueba del grupo experimental mostraron una diferencia significativa que reveló la efectividad del programa ACTP.</p>

<p>9- A Controlled Examination of Two Coping Skills for Daily Alcohol Use and PTSD Symptom Severity Among Dually Diagnosed Individuals (Stappenbeck C, Luterek B, Kayser D, Rosenthal C, Gurrad B, and Simpson T, 2015).</p> <p>El objetivo del presente estudio fue determinar si dos habilidades de afrontamiento (reestructuración cognitiva [RC] y aceptación experiencial [AE]) reducen el consumo de alcohol o los síntomas de trastorno por estrés post-traumático (TEPT) en comparación con una condición control de atención entre individuos con TEPT con comorbilidad con Dependencia de alcohol (DA).</p>		
<p>78 participantes (48,7% mujeres) con TEPT / DA comórbido.</p> <p>Los criterios de inclusión fueron:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) edad \geq 18 años 2) diagnóstico actual de DA con consumo de alcohol en las últimas dos semanas 3) diagnóstico de TEPT 4) capacidad para dar consentimiento informado 5) acceso telefónico. <p>En la evaluación, los participantes:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Reportaron haber bebido un promedio de 23,8 de los 42 días anteriores. -Consumieron un promedio de 11,7 bebidas estándar por día de consumo. -Reportaron haber experimentado un promedio de 6 traumas diferentes y tenían 15,1 años de edad en promedio en el momento del trauma más temprano. 	<p>La aleatorización se estratificó por género, estado civil, edad y frecuencia de consumo de alcohol.</p> <p>La asignación a la condición de CR, EA o control fue de 1: 1: 3/4, respectivamente.</p> <p>Se compararon los efectos de enseñar las dos habilidades de afrontamiento (CR y AE) o la atención control, sobre los síntomas de la bebida y el TEPT, durante un seguimiento diario de 5 semanas.</p> <p>A los participantes se les proporcionó únicamente una sesión personal.</p> <p>Se les proporcionó lectura, de contenido relacionado a su condición asignada, así como una breve descripción general, materiales para completar tareas y una grabación en CD del documento y descripción general.</p> <p>Además, el terapeuta proporcionó 4 llamadas de coaching semanales para ayudar a los participantes mientras trabajaban para incorporar las habilidades en su vida diaria. Estas llamadas duraron un promedio de 11 a 13 minutos cada una.</p> <p>Los participantes completaron evaluaciones diarias del consumo de alcohol y los síntomas del TEPT del día anterior durante un período de referencia de una semana antes del tratamiento y un período de seguimiento de cinco semanas después del tratamiento.</p> <p>MEDIDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -DSM-IV. -PTSD Symptom Scale-Version de entrevista (PSS-1). -Formulario-42 adaptado del Formulario-90. 	<p>-Tanto para aquellos en la condición de RC como los de EA, hubo un aumento significativo en el porcentaje de días de abstinencia desde su ingreso hasta el seguimiento.</p> <p>-Ambas habilidades de afrontamiento se asociaron con una disminución del consumo diario en comparación con el control durante un período de seguimiento de 5 semanas.</p> <p>-Las personas a las que se les enseñó habilidades de RC consumieron menos alcohol en un día determinado que aquellas a las que se les enseñaron habilidades de EA, sin embargo, el cambio en el consumo de alcohol a lo largo del período de evaluación de seguimiento no difirió significativamente entre aquellos en las condiciones CR y EA.</p> <p>-Ni las habilidades de RC ni de EA se asociaron con una disminución en la gravedad de los síntomas de TEPT durante el período de seguimiento de 5 semanas.</p> <p>-Adicionalmente, no hubo diferencias entre los que estaban en las condiciones de RC y EA en la gravedad de los síntomas de TEPT en un día determinado, o durante el período de evaluación de seguimiento.</p>
<p>10- Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Use Disorder and Comorbid Affective Disorder: A Pilot Matched Control Trial (Thekiso, T.B., Murphy, P., Milnes, J., (...), Curtin, A., Farren, C.K., 2015)</p> <p>El presente estudio examinó si la terapia de aceptación y compromiso (ACT) mejora el tratamiento habitual (TAU) para mejorar los resultados del tratamiento en pacientes con trastorno por consumo de alcohol (AUD) con comorbilidad con trastorno afectivo.</p>		
<p>-52 participantes, 26 pacientes en el grupo TAC y TAU (TAC); y 26 pacientes en el grupo solo TAU.</p> <p>-Los grupos TAC y solo TAU se emparejaron en el diagnóstico que cumplían los criterios del DSM-IV (18 alcohólicos deprimidos y 8 alcohólicos bipolares en cada grupo), sexo (15 hombres y 11 mujeres en cada grupo) y mayores de 18 años, con la media de edad de 45,4 años para el grupo TAC y de 45,1 años para el grupo TAU.</p> <p>-Las características demográficas y clínicas de base fueron similares en ambos grupos, el emparejamiento fue muy bueno porque se seleccionaron los 26 pacientes controles más similares de un total de 237 participantes con datos de archivo.</p>	<p>MEDIDAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -90 days - Time Line Follow Back (TLFB) para calcular la abstinencia total de alcohol y la duración acumulada de la abstinencia (CAD). A los 3 y 6 meses post-intervención: -Escala de Consumo Obsesivo Compulsivo (OCDS). -Inventario de Depresión de Beck (BDI) -Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) -Escala de Calificación de Manía Joven (YMRS). <p>TRATAMIENTO:</p> <ul style="list-style-type: none"> -26 pacientes con AUD y depresión o trastorno bipolar recibieron terapia de grupo TAC en paralelo con TAU (tratamiento integrado para pacientes hospitalizados) y fueron emparejados con un grupo de control de 26 pacientes que habían recibido solo TAU. Ambos grupos recibieron un tratamiento de 4 semanas. -El grupo de solo TAU recibió amplias intervenciones farmacológicas, activación conductual y terapias de grupo de 12 pasos con un terapeuta de diagnóstico dual individual de apoyo. -El grupo TAC recibió tanto la atención TAU como la intervención grupal TAC. La terapia de grupo TAC de 4 semanas para el diagnóstico dual consistió en 5 sesiones por semana: 2 sesiones de grupo principal de 2 horas y 3 sesiones de grupo más cortas de 30 minutos. 	<p>-Las tasas de retención fueron altas: el 100% del grupo TAC fue seguido a los 3 y 6 meses; el 92,3% y el 84,6% del grupo solo TAU fue seguido a los 3 y 6 meses, respectivamente.</p> <p>Los pacientes del grupo TAC informaron, en comparación con solo TAU:</p> <ul style="list-style-type: none"> -CAD significativamente más alto a los 3 y 6 meses -puntuaciones BDI y BAI significativamente más bajas a los 3 y 6 meses -puntuaciones OCDS significativamente más bajas a los 3 meses <p>-No se encontraron otras diferencias significativas en los resultados del tratamiento entre los grupos.</p>

11- Addressing Anger, Stress, and Alcohol-Related Difficulties in the Military: An ACT Intervention (Harvey S., Henriksen A., Bimler D., and Dickson D., 2017). Este estudio buscó investigar la eficacia de una intervención basada en ACT "en el mundo real" utilizada con personal del servicio militar en dos bases militares.		
<p>100 militares: -69 en el grupo de intervención -31 en el grupo control</p> <p>-Los soldados de la Fuerza de Defensa de Nueva Zelanda fueron referidos al curso por los comandantes de unidad, profesionales de la salud militar, órdenes judiciales directas o los propios participantes.</p> <p>-Los criterios de derivación primarios fueron cuestiones relacionadas con Trastorno por uso de alcohol (AUD) que implican dificultades psicológicas, sociales, ocupacionales o legales. Las razones comunes para la remisión fueron condenas por exceso de alcohol en la sangre / aliento (EBA), cargos de agresión relacionados con el alcohol, comportamiento ebrio y desordenado y discapacidad relacionada con el trabajo.</p> <p>-Consideraciones secundarias, que fueron consideradas por los comandantes de unidad como causantes de impedimentos sociales u ocupacionales, como dificultades relacionadas con el estrés, emocionales y de reintegración, y problemas de comunicación y relación, también motivaron la remisión al curso.</p>	<p>Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C) -World Health Organization's (WHO) Alcohol, Smoking, and Substance Involvement Screening Test, Version 3.0 (WHO-ASSIST V3.0). -The Buss-Perry Aggression Questionnaire-Short Form (BPAQ-SF) . -Perceived Stress Scale-10 (PSS-10). -Brief Generalized Anxiety Disorder Screen (GAD-7). -9-item Brief Locus of Control Scale (BLOCS). -Version auto-administrada del 30-item Trait Meta-Mood Scale (TMMS).</p> <p>-Los participantes del grupo de intervención completaron el mismo cuestionario el primer día de la intervención (T1) y al mes postintervención (T2). Como la duración del curso fue una semana, el tiempo entre T1 y T2 fue de 5 semanas.</p> <p>TRATAMIENTO: -Se empleó un breve formato de curso grupal de 1 semana. Un grupo control de la lista de espera nos permitió comparar las diferencias a lo largo del tiempo entre los que completaron la intervención con prontitud y los que estaban en la lista de espera.</p> <p>-Se empleó un diseño cuasi-experimental pre-post con el grupo de control de la lista de espera utilizado para comparar las diferencias a lo largo del tiempo entre los que completaron rápidamente el curso de intervención de una semana y los participantes de la lista de espera retrasada.</p>	<p>-En comparación con el grupo control sin comenzar el tratamiento, el grupo de intervención mostró mejoras en todas las medidas, con reducciones significativas desde la pre a la pos-intervención en el consumo de alcohol, la ira, el estrés percibido, ansiedad y el locus de control; y un mayor manejo de emociones.</p> <p>-Al comparar los cambios dentro del grupo de intervención, de T1 a T2, el mostró un cambio mayor que el grupo control que esperaba, y estas diferencias alcanzaron significación estadística para el estrés, locus de control, manejo de emociones y subescalas de agresión física y verbal.</p> <p>-Al comparar las medias en T2 del grupo de intervención con el grupo de control sin haber comenzado aún su intervención, se encontró que tenía puntuaciones medias significativamente diferentes en todas las medidas de resultado menos una (agresión verbal) (con puntuaciones significativamente más altas en el manejo de las emociones y puntuaciones más bajas en todas las demás medidas).</p> <p>-Una comparación de las puntuaciones medias de ambos grupos al mes de la intervención no identificó diferencias medias significativas en ninguna de las medidas de resultado.</p>
12- Acceptance and Commitment Therapy for Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorders in Veterans: Pilot Treatment Outcomes (Meyer, E.C., Waiser, R., Hermann, B., La Bash, H., DeBeer, B.B., Morissette, S.B., Kimbire, N.A., Kwok, O.-M., Batten, S.V., Schnurr, P.P., 2018)		
<p>29 veteranos</p> <p>El objetivo de este estudio fue examinar cómo responde el tratamiento de ACT en pacientes ambulatorios con TEPT con comorbilidad con AUD.</p>	<p>Se trató de un estudio piloto no controlado que consistía en un protocolo de terapia individual ambulatoria de entre 10 a 12 sesiones.</p> <p>MEDIDAS pre y pos-tratamiento y seguimiento a los 3 meses: -Síntomas de TEPT evaluados por el médico y autoinformados. -Los resultados relacionados con el alcohol fueron evaluados por los médicos y autoinformados. -Calidad de vida. -Discapacidad funcional. -Síntomas depresivos. -Ideación suicida.</p>	<p>-Los síntomas de TEPT evaluados por el médico y auto-informados se redujeron en el posttratamiento. -Los síntomas auto-informados de TEPT permanecieron más bajos a los 3 meses de seguimiento. -Hubo reducciones en todos los resultados relacionados con el alcohol (síntomas evaluados por el médico y autoinformados, total de bebidas y días de consumo excesivo de alcohol) en el pos-tratamiento y en el seguimiento a los 3 meses. -La calidad de vida aumentó en el pos-tratamiento y en el seguimiento. -La discapacidad funcional mejoró marginalmente después del tratamiento, este efecto se volvió significativo durante el seguimiento. -Se informaron reducciones de síntomas de depresión en el pos-tratamiento y en el seguimiento. -Las personas que experimentaron ideas suicidas informaron reducciones significativas durante el seguimiento.</p>

13- Acceptance and Commitment Therapy and Motivational Interviewing in the Treatment of Alcohol Use Disorder in a College Woman: A Case Study. [Ehman, A.C, Gross, A.M., 2019]	
<p>This clinical case study describes the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Motivational Interviewing (MI) to facilitate treatment of a subject who was referred for treatment for alcohol abuse.</p> <p>Una vez ingresada, recibió 10 sesiones individuales de terapia 1hr de duración, en un periodo de 3 meses.</p> <p>A su ingreso se le realizó la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI 5.0)</p> <p>MEDIDAS: -Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21). -Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II). -Beck Anxiety Inventory (BAI). -Outcome Questionnaire (OQ-45.2).</p> <p>En el momento de su ingreso, la chica informó de episodios regulares de consumo excesivo de alcohol, que generalmente ocurrían de 2 a 3 veces por semana, dependiendo de las funciones sociales. Durante estos episodios, consumía más de 15 bebidas estándar en el transcurso de 4 a 5 horas.</p> <p>En los últimos 4 meses había experimentado al menos 4 desmayos después de estos atracones de alcohol, en los que no recordaba lo ocurrido la noche anterior.</p> <p>Además, el año anterior, durante una de sus borracheras, mientras bebía en una fiesta con amigos, se angustió, se encerró en el baño, rompió un espejo e intentó cortarse el brazo con el vidrio.</p> <p>Además de sus problemas con el consumo de alcohol, se reportaron numerosos síntomas de depresión que al momento de su ingreso incluían sueño excesivo, dificultad para concentrarse, anhedonia y avolición.</p> <p>Sin embargo, no cumplió con los criterios para un episodio depresivo mayor.</p>	<p>-En general, las puntuaciones de Jessica en las medidas terapéuticas indicaron una reducción de la angustia.</p> <p>-Los puntajes DASS-21 permanecieron en los mismos rangos en su última sesión, pero sus puntajes de depresión y ansiedad bajaron cada uno 2 puntos.</p> <p>-Pasó de rango moderado de depresión en el BDI-2, a rango leve en su última sesión.</p> <p>-Su puntuación de ansiedad en el BAI correspondió a rango leve tanto en su ingreso como en la última sesión.</p> <p>Al final de la terapia, reportó menos episodios de borracheras problemáticas, menos consumo de alcohol en general y, en la última sesión, informó haber permanecido en abstinencia de alcohol durante una semana entera.</p> <p>En términos generales, Jessica pasó de un período de riesgo extremo, angustia y sin ver su consumo de alcohol como problemático, a uno de angustia moderada, menor riesgo y reconocimiento de sus patrones de comportamiento desadaptativos.</p>

Fuente: Elaboración propia (2021).

4. Discusión

La presente revisión sintetiza la evidencia empírica de la TAC para casos relacionados con problemas con el consumo de alcohol. Entre ellos se encontraron estudios de únicos casos clínicos, y estudios aplicados en grupos con un mínimo de 24 y un máximo de 133 participantes divididos en subgrupos. En la mayoría de los estudios de un único caso y en los estudios con grupos, se analizaron los datos pre y post-intervención, y a semanas o meses luego de su finalización para obtener resultados significativos.

Algunos de los instrumentos más utilizados en la realización de estos estudios fueron:

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) - versiones IV y IV-TR.
- Beck Depression Inventory-II (BDI-II).
- Beck Anxiety Inventory (BAI).
- Alcohol Use Disorders Identification Test-Consumption (AUDIT-C)
- Alcohol and Drug Timeline Followback Interviews (TLFB).

Por eficacia de un estudio, se entiende el “logro de los objetivos terapéuticos en condiciones óptimas o ideales” (Estupiñá, 2012, p.74). Es necesario que la práctica de la psicología clínica tenga un sustento en evidencia empírica, producto de estudios que demuestran, entre otras cosas, su validez interna (Estupiñá, 2012).

En los artículos analizados se puede observar que la TAC ha demostrado su eficacia. Los artículos revisados, 9 demuestran su eficacia a corto plazo (Díaz & Romero, 2001; Luciano et al., 2001; Heffner et al., 2003; Petersen & Zettle, 2009; Luoma et al., 2011; Hayes et al., 2014; Thekiso et al., 2015; Meyer et al., 2018; Ehman & Gross, 2019), mientras que 6 demuestran la permanencia de esa eficacia a meses de haber finalizado la intervención (Díaz & Romero, 2001; Luciano et al., 2001; Heffner et al., 2003; Luoma et al., 2011; Thekiso et al., 2015; Meyer et al., 2018).

Estos resultados no sugieren que esta terapia deba realizarse en ausencia de tratamiento farmacológico, de hecho, existe evidencia de que la

TAC combinada con tratamiento farmacológico tiene muy buenos resultados (Luciano et al., 2001; Petersen & Zettle, 2009; Hayes et al., 2014; Thekiso et al., 2015). Además, en uno de los artículos (Hayes et al., 2014), se encontró que la TAC combinada con metadona redujo el consumo de varias sustancias en pacientes adictos, y esos resultados se mantuvieron con el paso del tiempo.

En el artículo de Stappenbeck et al. (2015) se demuestra que es posible aumentar significativamente los días de abstinencia con una sola sesión personal, facilitación de materiales audiovisuales y de lectura, y solo 4 llamadas de coaching de menos de 15 minutos de duración, en un período de 5 semanas. En cuanto a la brevedad, en uno de los estudios analizados (Petersen & Zettle, 2009), se necesitó de la TAC el 68% del tiempo (en días) que se necesitó en el tratamiento habitual (treatment as usual, TAU por sus siglas en inglés; en este caso, un programa establecido de 12 pasos) para dar el alta a pacientes con problemas relacionados con el alcohol con comorbilidad con depresión. Además, los pacientes en el grupo TAC recibieron el 75% de tiempo (en minutos) en cada sesión, lo que sugiere un beneficio costo-efectividad. Por otro lado, otro estudio con un tratamiento breve fue analizado (Harvey et al., 2017), el cual consistía en solamente una semana de TAC a militares con dificultades de consumo de alcohol y manejo de emociones.

Por último, se encontraron resultados importantes que están íntimamente relacionados con el consumo de alcohol. Como se explicó, el TEE juega un papel fundamental en el desarrollo y mantenimiento de las adicciones. Es por este patrón de evitación permanente que la TAC se enfoca, entre otras cosas, en reducir los comportamientos de evitación y de fusión con los eventos privados, incluso cuando ello signifique un malestar emocional. En uno de los estudios analizados (Vernig & Orsillo, 2009), se encontró que los participantes que calificaron (mediante auto-reporte y medidas psicofisiológicas) unas diapositivas desagradables como más desagradables, se asoció con una dependencia del alcohol más grave. Estos resultados, aunque son sólo preliminares, añaden algo de apoyo a la creciente literatura que conceptualiza el uso indebido de sustancias como una forma de evitación experiencial.

En este sentido, otro estudio (Petersen & Zettle, 2009) halló que hubo diferencias en el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ por sus siglas en

inglés), indicando una menor evitación experiencial en grupo TAC que en el grupo de tratamiento habitual. No sin relación, como ya se mencionó, el grupo TAC necesitó mucho menos tiempo en días y minutos de sesión que el otro grupo para dar el alta a pacientes con problemas relacionados con el alcohol con comorbilidad con depresión.

Otro estudio que arrojó resultados en esta dirección fue el de George & Guzman (2015), en el cual se desarrolló y puso en evaluación un programa de TAC a 32 participantes, con el cual se logró una diferencia significativa entre puntajes previos y posteriores a la prueba en medidas de reducción del estrés percibido y dificultad de regulación de las emociones.

Para cerrar, también el estudio de Harvey et al. (2017) consiguió resultados en este sentido. Luego de una sola semana de tratamiento, su grupo de intervención mostró reducciones significativas desde la pre a la pos-intervención en el consumo de alcohol, la ira, el estrés percibido, ansiedad y el locus de control; y un mayor manejo de emociones.

4.1 Limitaciones de la terapia de aceptación y compromiso aplicada al alcoholismo

Existen otras estrategias terapéuticas que estudian y desarrollan tratamientos para el consumo problemático del alcohol. La terapia de aceptación y compromiso es una terapia “joven”, es decir, comparada con otras, es un abordaje reciente, de hecho, de los estudios analizados, el más antiguo fue publicado en el año 2001, y mientras los primeros tres fueron publicados antes del año 2004, el cuarto fue publicado recién en el año 2009. Es decir, si bien sus resultados son alentadores, no deja de ser una terapia con menos desarrollo que otras que también han demostrado su eficacia.

4.2 Limitaciones de los estudios

Una de las limitaciones es la escasa variedad en algunas características demográficas de sus participantes. Todos los artículos fueron realizados en países del primer mundo, con altas tasas de población occidental, con solo una excepción (Petersen & Zettle, 2009). Esto, como exponen Heine et al. (2010) a

través del fenómeno WEIRD, dificulta la generalización de sus resultados en todos los seres humanos.

Además, no se encontró ningún estudio con participantes menores de 18 años de edad, siendo la inmensa mayoría de los mismos de entre las edades de 18 a 45 años, con una excepción (Meyer et al., 2018). Es de importancia conocer el desempeño de la TAC en adolescentes. En Uruguay, la VI Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Estudiantes de Enseñanza Media, elaborada por la JND (2014), reportó que el alcohol continúa siendo la droga de consumo problemático más utilizada en adolescentes de 13 a 17 años, y la de inicio más temprano. Además, el 75% de los encuestados declaró haber consumido alcohol alguna vez en su vida y el 60% en el último año. Por último, más del 20% de los encuestados había tenido uno o más episodios de abuso por ingesta de alcohol en los últimos 15 días.

Otra limitante de los estudios es que algunos (Petersen & Zettle, 2009; George & Guzman, 2015; Meyer et al., 2018) tenían una cantidad relativamente pequeña de participantes (24, 32 y 29 participantes respectivamente), lo que limita la generalización de sus resultados.

Por otro lado, en uno de los estudios (Thekiso et al., 2015), hubo diferencias en la educación y los antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, teniendo el grupo TAC un nivel educativo más alto y más antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos que el grupo solo TAU. Sobre este último punto, es posible que el grupo TAC, debido a una mayor prevalencia de antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, tuviera una carga biológica más alta que el otro grupo, lo que podría dificultar su tratamiento.

Algunos estudios tomaron participantes con problemas relacionados al consumo de alcohol con comorbilidad con trastorno por estrés post-traumático (Stappenbeck et al., 2015; Meyer et al., 2018); con comorbilidad con depresión (Petersen & Zettle, 2009); y con comorbilidad con depresión o bipolaridad (Thekiso et al., 2015), lo que afecta a la capacidad de generalizar sus resultados en una población que no presente esas comorbilidades.

5. Reflexiones finales

Es importante destacar que los artículos que cumplieron con los requisitos de selección fueron escasos y, algunos, con una muestra poblacional pequeña, además de los estudios de un único caso clínico. Es necesaria la realización de un mayor número de estudios controlados aleatorizados y estudios de doble ciego con mayor diversidad en cuanto a raza, edad y educación, así como la comparación con otras terapias.

Por último, como ya se mencionó, la TAC es una estrategia aún “joven”, que particularmente en el tratamiento por consumo problemático de alcohol, si bien tiene evidencia de su eficacia, aún necesita más investigaciones para poder generalizar su desempeño y obtener un respaldo más consensuado. Sería de gran utilidad que se hicieran estudios de doble ciego que comparen la eficacia en intervenciones de diversos tipos de corrientes psicológicas, teniendo en cuenta los tiempos necesitados y su efectividad a largo plazo.

Dicho esto, parece ser que hay una coherencia y consistencia entre el modelo teórico de la TAC, su fundamento y sus objetivos, con los resultados arrojados referidos a la evitación del malestar y el aprendizaje de habilidades de afrontamiento, y los resultados pos-tratamiento y de seguimiento.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association (2018). *DSM-V: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.)*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F. y Liese, B. L. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Paidós.
- Chertok, J. (2006). *Las causas de nuestra conducta. 8va edición*. Centro de Terapia Conductual. Edición digital. Montevideo, Uruguay.
- Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Onceava Revisión (2020). *6C40 Trastornos debidos al consumo de alcohol*.
- Daset, L., & Cracco, C. (2013). *Psicología Basada en la Evidencia: algunas cuestiones básicas y una aproximación a través de una revisión bibliográfica sistemática*. Ciencias Psicológicas, vol.7 no.2., 209-220.
- Díaz, J. A. V., Romero, E. Q. (2001). *Formulación y solución de un caso de abuso de alcohol en términos de aceptación y compromiso*. Psicothema Vol. 13, nº 1, pp. 50-56. Madrid, España.
- Echeburúa, E., Salaberría, K., De Corral, P., & Polo-López, R. (2010). *Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro*. Revista Argentina de Clínica Psicológica, XIX(3), 247-256.

Ehman, A. C. y Gross, A. M. (2019). *Acceptance and Commitment Therapy and Motivational Interviewing in the Treatment of Alcohol Use Disorder in a College Woman: A Case Study*. *Clinical Case Studies*, Vol. 18(1) 36–53. DOI: 10.1177/1534650118804886.

George B. y Guzman R. D. (2015). *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy Based Intervention Program (ACTP) on Perceived Stress and Emotion Regulation among Alcoholics in Kerala, India*. *Indian Journal of Positive Psychology*. Vol 6, No 1, 10-18. DOI:10.15614/IJPP/2015/V6I1/88437.

Harvey S., Henricksen A., Bimler D. y Dickson D. (2017). *Addressing Anger, Stress, and Alcohol-Related Difficulties in the Military: An ACT Intervention*. *Military Psychology*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/mil0000173>.

Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.

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. University of Nevada, Reno.

Hayes S. C., Wilson K. G., Gifford E. V., Bissett R., Piasecki M., Batten S. V., Byrd M. y Gregg J. (2014). *A Preliminary Trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy With Polysubstance-Abusing Methadone-Maintained Opiate Addicts*. *Behavior therapy* 35, 667–688.

Heffner, M., Eifert, G.H., Parker, B.T., Hernandez, D.H. y Sperry, J.A. (2003). *Valued Directions: Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Dependence*. Cognitive and Behavioral Practice 10, 378-383.

Heine, S., Henrich, J. y Norenzayan A. (2010). *The weirdest people in the world?* Behavioral and Brain Sciences. 33, 61–135. Cambridge University Press doi:10.1017/S0140525X0999152X

Jacobson, N.S., Christensen, A., Prince, S.E., Cordova, I., y Eldridge, K. (2000). *Integrative behavioural couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 351-355.

Junta Nacional de Drogas (2014). *VI Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en estudiantes de enseñanza media - 2014. Informe de investigación*.
https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/2018-01/VI_Encuesta_Nacional_Consumo_Drogas_Estudiantes_Ense%C3%B1anza_Media.pdf

Junta Nacional de Drogas (2016). *VI Encuesta Nacional en Hogares sobre Consumo de Drogas - 2016. Informe de investigación*.
https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/201609_VI_encuesta_hogares_OUD_ultima_rev.pdf

- Junta Nacional de Drogas (2019). *VII Encuesta Nacional sobre consumo de drogas en población general - 2018. Informe de investigación*.
https://www.gub.uy/junta-nacional-drogas/sites/junta-nacional-drogas/files/documentos/publicaciones/VII_ENCUESTA_NACIONAL_DROGAS_POBLACION_GENERAL_2019.pdf
- Kohlenberg, R.J., y Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy*. Nueva York: Plenum Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Luciano C., Gómez S., Hernández-López M. y Cabello F. (2001). *Alcoholismo, evitación experiencial y terapia de aceptación y compromiso*. *Análisis y Modificación de Conducta*, Vol 27, Nº 113. Universidad de Almería.
- Luciano, C. y Valdivia-Salas, S. (2006). *La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia*. *Papeles del Psicólogo*, 27(2),79-91. ISSN: 0214-7823.
- Luciano, C., Paez, M. y Valdivia-Salas, S. (2014). *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.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., y Fletcher, L. (2011). *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. University of Nevada, Reno. Advance online publication. doi: 10.1037/a0026070.

Marlatt, A. G. y Witkiewitz, K. (2005). *Relapse Prevention for Alcohol and Drug Problems*. Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. Second Edition. Guilford Publications.

Meyer, E. C., Walser, R., Hermann, B., La Bash, H., DeBeer, B. B., Morissette, S. B., Kimbrel, N. A., Kwok, O. M., Batten, S. V. y Schnurr, P. P. (2018). *Acceptance and Commitment Therapy for Co-Occurring Posttraumatic Stress Disorder and Alcohol Use Disorders in Veterans: Pilot Treatment Outcomes*. Journal of Traumatic Stress. Oct; 31 (5): 781-789. doi: 10.1002/jts.22322.

Organización de Estados Americanos (2013). *El problema de drogas en las américas: estudios*. Drogas y salud pública. OAS Cataloging-in-publication data. Insulza, José Miguel. http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Suiza.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44486/9789243599939_spa.pdf;jsessionid=A316679C3F599521014531F1A5419E8C?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (21 de septiembre de 2018a). *Alcohol*.

Recuperado el 20 de febrero de 2021 de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol#:~:text=La%20OMS%20persigue%20la%20finalidad,la%20sociedad%20en%20su%20conjunto>

Organización Mundial de la Salud (7 de diciembre de 2018b). *Accidentes de tránsito*. Recuperado el 20 de febrero de 2021 de

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

Organización Mundial de la Salud (2018c). *Global status report on alcohol and health 2018*. Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias.

Suiza. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1151838/retrieve>

Organización Panamericana de la Salud (2008). *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el manejo de riesgos y problemas*. Oficina regional. Washington, D.C., EE.UU.

https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf

Organización Panamericana de la Salud (s.f.). *Alcohol*. Recuperado el 20 de febrero de 2021 de <https://www.paho.org/es/temas/alcohol>

Páez, M., y Gutiérrez O. (2012). *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Ediciones Pirámide. Madrid, España.

Petersen, C.L. y 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*, 2009, 59, 521–536. Wichita State University.

Russo, A. & Forsyth, J. (f.f.). *Una introducción a la Terapia de Aceptación y Compromiso*. Association for Contextual and Behavioral Science.

Recuperado de:

https://contextualscience.org/una_introducci_n_a_terapia_de_aceptaci_n_y_comprom

Unidad Nacional de Seguridad Vial (2015). *Evidencia e implicancias del binomio alcohol - conducción en el Uruguay*.

https://www.gub.uy/unidad-nacional-seguridad-vial/sites/unidad-nacional-seguridad-vial/files/2018-11/2015_Alcohol%20y%20conducci%C3%B3n%20en%20Uruguay.pdf

Seagal, Z. V., Williams, J. M., y Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford.

Stappenbeck C., Luterekb J., Kaysena D., Rosenthal C., Gurrad B. y Simpson T. (2015). *A Controlled Examination of Two Coping Skills for Daily Alcohol Use and PTSD Symptom Severity Among Dually Diagnosed Individuals*. *Behav Res Ther*. 2015 March ; 66: 8–17.
doi:10.1016/j.brat.2014.12.013.

Thekiso, T. B., Murphy, P. y Milnes, J., Lambe K., Curtin, A. y Farren, C. K. (2015). *Acceptance and Commitment Therapy in the Treatment of Alcohol Use Disorder and Comorbid Affective Disorder: A Pilot Matched Control Trial*. Trinity College Dublin, St Patrick's University Hospital. Dublin, Ireland.

Vernig P. y Orsillo S. (2009). *Psychophysiological and Self-Reported Emotional Responding in Alcohol-Dependent College Students: The Impact of Brief Acceptance/Mindfulness Instruction*. *Cognitive Behaviour Therapy* Vol. 38, No 3, pp. 174–183. Department of Psychology, Suffolk University, Boston, MA, USA.