



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

**EFICACIA DE LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO  
EN EL TRASTORNO POR CONSUMO DE ALCOHOL (AUD)**

**Revisión sistemática**

**Trabajo de Fin de Máster**

***Máster Universitario en Psicología General Sanitaria***

**Autora: Inés Goñi Cebollero**

**Director: Alba Moreno**

**Encinas**

**Madrid**

**2023/2024**

## **Resumen**

El trastorno por consumo de alcohol (AUD) afecta gravemente a la calidad de vida. Esta revisión examina la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) para tratar este trastorno. También se destaca la importancia de abordar las patologías duales y usar estrategias como la atención plena (mindfulness). Para ello, se analizan trece estudios donde se compara la eficacia de las bases de la ACT con otras terapias utilizadas en este campo, los estudios son seleccionados en distintas bases de datos, incluyendo PubMed, PsycInfo, Cochrane y Web of science, mostrando resultados prometedores. Se recomienda realizar más investigación, y contar con una mayor diversidad para poder generalizar los resultados.

**Palabras Clave:** Terapia de Aceptación y Compromiso, Alcoholismo, Mindfulness, Revisión sistemática.

## **Abstract**

Alcohol Use Disorder (AUD) severely impacts quality of life. This review examines the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in treating this disorder. It also highlights the importance of addressing dual pathologies and using strategies such as mindfulness. Thirteen studies are analyzed, comparing the efficacy of ACT with other therapies used in this field. These studies were selected from various databases, including PubMed, PsycInfo, Cochrane, and Web of Science, showing promising results. Further research is recommended, with a greater diversity of participants to generalize the results.

**Keywords:** Acceptance and Commitment Therapy, Alcoholism, Mindfulness, Systematic Review.

## Índice

Introducción.....	2
Terapias de Tercera Generación .....	2
1.1 Terapia de Aceptación y Compromiso .....	3
1.2 Concepto de adicción .....	8
1. 4 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (DSM-5, 2013).....	9
1.5 Trastorno por consumo de alcohol (DSM-5, 2013).....	9
1.6 Patología Dual .....	12
1.7 Objetivos del trabajo .....	13
2. Método .....	14
2.1 Fuentes de información.....	14
2.2 Estrategia de búsqueda .....	14
2.3 Criterios de elegibilidad.....	18
3. Resultados.....	20
3.1 Análisis de los resultados .....	20
3.2 Medidas de los resultados .....	31
4. Conclusiones .....	36
4.1 Conclusiones generales .....	36
4. 2. Limitaciones en el proceso de revisión.....	38
5. Bibliografía.....	39

## **Introducción**

### **1.1 Terapias de Tercera Generación**

La terapia conductual se puede organizar en tres generaciones que incluyen: la terapia conductual, la terapia cognitivo-conductual (TCC) y la terapia de tercera generación o de “tercer ola”.

Según Hayes (2004a, b), la tercera generación de terapias de conducta se ha definido como una aproximación empírica y basada en los principios del aprendizaje. La tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, no solo a la forma; utilizando estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto con otras más directas y didácticas.

Los tratamientos buscan la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en vez de tender a la eliminación de los problemas definidos, resaltando cuestiones relevantes para el clínico y el paciente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapias cognitivas y conductuales y las conduce a cuestiones, asuntos y dominios previos y dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar la comprensión y los resultados (Hayes, 2004a).

Las Terapias de Tercera Generación (TTG) nacen de la tradición de la terapia del comportamiento, pero existen diferencias con respecto a las anteriores generaciones de terapias de conducta en cuanto a que se abandona el compromiso de utilizar únicamente cambios de primer-orden; adoptan asunciones de corte más contextualista; utilizan estrategias de cambio más experimentales en vez de emplear exclusivamente estrategias de cambio de primer-orden o directas y, amplían y transforman considerablemente el objetivo a tratar o cambiar (Hayes, 2004b; Mañas, 2007).

El grupo de terapias que conforman la tercera generación de terapias de conducta son las siguientes: La Terapia de Aceptación y Compromiso (Acceptance and Commitment Therapy; Hayes et al., 1999); la Psicoterapia Analítica Funcional (Functional Analytic Psychotherapy o FAP; Luciano, 1999); la Terapia de Conducta Dialéctica (Dialectical Behavior Therapy o DBT; Aramburu, 1996); la Terapia Integral de Pareja (Integrative Behavioral Couples Therapy o IBCT; Jacobson et al., 2000); y la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness para la depresión (Mindfulness-Based Cognitive Therapy o MBCT; Scherer-Dickson, 2004). La Terapia de Aceptación y Compromiso o ACT, se considera la más completa de las TTG (Mañas, 2007).

## **1.2 Terapia de Aceptación y Compromiso**

La terapia de aceptación y compromiso (ACT, por sus siglas en inglés), basada en el contextualismo funcional, la Teoría del Marco Relacional (RFT) y el análisis del lenguaje humano y la cognición. Steven C. Hayes la desarrolló a finales de los 80; más concretamente en 1987. Se habla de la ACT desde un modelo de cambio de comportamiento que está vinculado a la “ciencia contextual del comportamiento” (Hayes, 1987).

Se da énfasis a las estrategias y métodos más experienciales, dando una mayor importancia al contexto en el que aparecen las conductas, y la función que tienen. Se entiende que toda conducta tiene un propósito. Se pretende lograr el cambio mediante intervenciones basadas en estrategias de aceptación, mindfulness, atención plena o en lo que se conoce como “defusión” (Hayes et al., 2006).

En la reseña bibliográfica de Egúsquiza-Vásquez (2015), se hace una síntesis donde se manifiesta la flexibilidad psicológica como modelo unificado del funcionamiento humano; ACT procura ayudar a quienes sufren con una práctica de la psicología que se sustenta en el respeto al desafío del ser humano. En esta obra, se reconoce un proceso de afianzamiento y madurez teórica lograda a través de la proliferación masiva de su divulgación, propagación y aplicación por todo el mundo durante las últimas décadas. Ese éxito se deduce de dos características, por un lado, la flexibilidad subyacente al modelo de intervención, favoreciendo el trabajo con ejes de intervención similares en distintos trastornos aparentemente dispares y, por otro lado, la significación de sus estudios experimentales acerca del lenguaje y su interés en las pautas del comportamiento humano. Esta terapia consigue unificar desde una visión funcional y contextual los distintos problemas con los que lidia el ser humano. Así, se consigue un tratamiento global (Egúsquiza-Vásquez, 2015).

### **1.2.1 Mindfulness y atención plena**

La definición de mindfulness o atención plena se entiende en el ámbito de los tratamientos psicológicos como la conciencia que surge de prestar atención, de manera intencional, en el presente, sin juzgar y sin evaluar. Se debe de dirigir la atención al momento presente en el que se está viviendo. Podría entenderse como una contemplación, desde el interés, la apertura y la amabilidad. Esto es independiente de si la experiencia resulta agradable o desagradable, ya que no se debe juzgar, simplemente experimentarla (Mañas et al., 2014).

La atención plena o mindfulness es una de las estrategias más utilizadas dentro de la ACT. Algunos estudios basados en ACT y el mindfulness demuestran mejoras en cuanto a la flexibilidad mental, y ponen en marcha acciones encaminadas a los valores personales, independientemente de que confluyan con la presencia de eventos internos negativos. Lo contrario a la flexibilidad psicológica sería la evitación experimental desarrollada en los siguientes puntos, que implica el dirigir la conducta hacia la modificación o eliminación de esos eventos internos negativos (Climas, 2022; Donoso et al., 2017). Esto justifica la búsqueda de estudios en donde se emplean estrategias de atención plena o mindfulness para tratar el Trastorno por consumo de alcohol.

### **1.2.2 El dilema del sufrimiento humano**

La ACT plantea una nueva concepción del sufrimiento humano antagónica a las ideas tradicionales de la psicoterapia. Promueve una nueva forma de entender el sufrimiento humano, desechando la idea de que cuando el ser humano se enfrenta a experiencias dolorosas, ya sean físicas o emocionales, debe buscar el significado detrás de ese sufrimiento. Hayes et al. (2015) entienden que los intentos por encontrar el propósito de ese sufrimiento pueden llevar a un sufrimiento mayor. La concepción tradicional de la salud física corresponde a la ausencia de enfermedad, el cuerpo debería estar sano, al igual que los seres humanos deben estar felices y en paz consigo mismos (Hayes, 2015).

Este supuesto, que clasifica a los procesos como normales o anormales, puede derivar a la identificación de una enfermedad. Es aquí, donde aparece la idea de enfermedad funcional y la búsqueda de las causas de tales configuraciones y la asociación de una manera perfecta para cambiarlas. Hayes et al. (2015) entienden que las enfermedades psiquiátricas son más un mito que una enfermedad, siendo el sufrimiento humano fruto de procesos psicológicos normales. Se presta especial atención al papel del lenguaje en el dilema del sufrimiento humano (Hayes, 2015).

### **1.2.3 Trastorno por evitación experiencial (TEE)**

La evitación experiencial (EA) se entiende como un sistema dimensional, funcionalmente definido en su naturaleza verbal; se considera como un factor crítico en el sufrimiento o malestar psicológico. Es un patrón inflexible que se fundamenta en vivir bajo la necesidad de controlar o evitar la presencia de pensamientos, emociones, o eventos negativos, así como las circunstancias que lo originan. La necesidad de evitar ese malestar y, a su vez, obtener un placer o alivio inmediato/a corto plazo, hace que las personas actúen de manera ilógica, no les deja vivir en paz (Luciano et al., 2001).

El TEE es una dimensión funcional diagnóstica utilizada como modelo de psicopatología planteada por el contextualismo funcional. Este enfoque permite integrar una cantidad considerable de problemas psicológicos, que, diferenciados formalmente como distintos trastornos, han sido elaborados y están siendo mantenidos por circunstancias funcionalmente similares. Es a partir de este sistema de funcionamiento psicológico sobre el que se trabaja con ACT (Luciano et al., 2001).

La ACT apuesta por clarificar los valores incentivando a que el paciente elija la dirección de su vida, discriminando lo que puede modificarse o no; y pone el foco en alterar la función de los contextos verbales en los que la persona está atrapada. Lo que se busca fomentar con todo esto es favorecer la dimensión del yo como contexto de todos los contenidos psicológicos (Wilson et al., 2002).

Los objetivos propios de la ACT son los siguientes (Luciano et al., 2006):

1) la clarificación de valores; 2) la aceptación de los eventos y de aquello que no se puede cambiar, que conlleva el abandono de una agenda de cambio no efectivo y la flexibilidad para elegir cómo responder, 3) el fortalecimiento del yo como contexto para poder apreciar los contenidos privados, tomados como lo que son, y desde esa perspectiva experiencial estable y cierta de uno mismo, poder elegir (Luciano et al., 2006).

Modificar los contextos verbales que aprisionan al paciente significa técnicamente producir un cambio derivado en la clase funcional que define en cada caso el patrón de evitación rígido. El cambio de los contextos verbales lleva en sí socavar la regulación verbal que sostiene el TEE, lo que supone: 1) alterar la fusión cognitiva o literalidad, desarrollando el yo como contexto; 2) minimizar el control destructivo de regulación, 3) flexibilizar el control para que sea efectivo para el cliente, y 4) minimizar los razonamientos que llevan a la lucha improductiva y potenciar el ajuste a quienes sí resulten efectivos (Luciano et al., 2006). Para estimular los argumentos efectivos y paliar los que resultan ineficaces. El terapeuta puede utilizar distintos métodos: las metáforas, las paradojas y los ejercicios experienciales o de exposición plena en el aquí/ahora (Luciano et al., 2006).

La ACT defiende los valores como estas direcciones vitales globales, elegidas, deseadas y construidas verbalmente. Los valores pueden alcanzarse a partir de la conducta, pero nunca pueden ser conseguidos como un objeto. La calidad de vida, la realización personal o el

desarrollo de una relación de compromiso e intimidad nunca se completan del todo y perfectamente, no son tareas que se acaben en algún momento, que terminen, sino que siempre se podrá tener una mejor calidad de vida, crecer profesionalmente o enriquecer una relación (Páez-Blarrina et al., 2006).

Como los valores no tienen fin, no se realizan completamente nunca, están siempre presentes como horizonte, trasfondo o marco del comportamiento y por eso son tan útiles: están siempre disponibles para dar un sentido al comportamiento, impregnar las acciones de dirección y propósito, aportar vitalidad a la conducta momento a momento. Los valores, el sentido de las elecciones que se realizan, transforman las funciones motivacionales del comportamiento, permitiendo su coherencia y flexibilidad (Páez-Blarrina et al., 2006).

Los valores son fundamentales en ACT ya que proveen la medida, el canon desde el cual se estiman las acciones, y esto es en la definición de los problemas psicológicos, y en la determinación de la eficacia de las estrategias empleadas y de las diversas intenciones para su superación. De esto se deriva que los valores son elecciones, no juicios realizados por alguien que determina la perfección o imperfección de dichos valores (Páez-Blarrina et al., 2006).

La verdad no es la correspondencia entre la forma de hablar y los eventos, sino el cumplimiento de los fines deseados, esto es, la verdad de las cosas es un concepto estrictamente pragmático; lo que funciona de acuerdo con los planes que se tienen según la experiencia es lo válido (Páez-Blarrina et al., 2006).

#### **1.2.4 Breve conclusión de la Terapia de Aceptación y Compromiso**

La ACT pretende generar un repertorio extenso y flexible de acciones encaminadas a progresar hacia unos objetivos o metas consideradas como valiosas para la persona, y no influenciadas por la presencia o ausencia de estados cognitivos y emociones valorados como negativos (Luciano et al., 2006).

Si la persona se encuentra fusionada a los contenidos cognitivos, actúa sin ser consciente de todos ellos y, por tanto, sin situarse en una posición de elección según convenga a la trayectoria personal de valor. Si no existe una perspectiva, en donde la persona sepa

distinguirse del contenido y el proceso de sentir, actuará fusionado a esas valoraciones positivas o negativas (Luciano et al., 2006).

En conclusión, la ACT es un tratamiento enfocado en las acciones valiosas para cada uno; entiende el sufrimiento como normal, producto de la condición humana. La clave del tratamiento reside en las experiencias del paciente. El objetivo primordial es romper con la rigidez del patrón de evitación destructivo, flexibilizando la reacción al malestar. Busca clarificar valores para poder actuar en una dirección valiosa y útil para la persona, aceptando con plena conciencia los eventos privados que acontezcan, y practicando la aceptación cuantas veces sea posible, Implica aprender a “caer y levantarse”, y volver a elegir nuevamente actuar acorde a los valores frente a todos los eventos privados que puedan sobrevenir en momentos de recaída (Luciano et al., 2006).

### **1.3 Concepto de adicción**

La Real Academia Española RAE (2014) define la adicción como dependencia del consumo de alguna sustancia o de la práctica de una actividad. La Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM, 2019) hace una definición del trastorno de adicción en la que incluye no sólo el alcohol y las drogas, sino toda conducta que persiga patológicamente la recompensa y/o el alivio.

Se determina como una enfermedad primaria y crónica de recompensa cerebral, motivación, memoria y circuitos relacionados. La disfunción en estos circuitos lleva a manifestaciones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales. Esto se observa en un sujeto que persigue patológicamente la recompensa y/o el alivio mediante el uso de sustancias u otras conductas. Caracterizada por la incapacidad de mantener la abstinencia, la falta de control de la conducta e impulsividad, el deseo, la disminución del reconocimiento de problemas significativos en los comportamientos y las relaciones interpersonales (mistificación), y una respuesta emocional disfuncional. Al igual que otras enfermedades crónicas, la adicción puede implicar ciclos de recaída y remisión (ASAM, 2019).

La palabra adicción no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra como trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde

un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos preferirán utilizar la palabra adicción para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa (DSM-5, 2013).

#### **1. 4 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (DSM-5, 2013)**

Se entiende que los trastornos relacionados con sustancias abarcan diez clases de drogas distintas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos (con categorías separadas para la fenciclidina [o arilciclohexaminas, de acción similar] y otros alucinógenos), inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes (sustancia anfetamínica, la cocaína y otros estimulantes), tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estas diez clases no son completamente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso activa el sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de comportamientos y la producción de recuerdos. Provocan una activación tan intensa del sistema de recompensa que se ignoran el resto de las actividades cotidianas (DSM-5, 2013).

Además de los trastornos relacionados con sustancias, también se incluye el juego patológico, que evidencia la prueba de que los comportamientos del juego activan sistemas de recompensa similares a los activados por las drogas, pues producen algunos síntomas comportamentales similares a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Los trastornos relacionados con sustancias se distribuyen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias (DSM-5, 2013).

#### **1.5 Trastorno por consumo de alcohol (DSM-5, 2013)**

Un modelo problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses (DSM-5, 2013):

**Tabla 1***Criterios para el consumo de alcohol*

<b>Criterio</b>	<b>Descripción</b>
1. Consumo excesivo de alcohol	Consumir alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Deseo persistente de dejar el consumo de alcohol	Existencia de un deseo persistente o esfuerzos fracasados para abandonar o controlar el consumo de alcohol.
3. Inversión de mucho tiempo en conseguir alcohol	Invertir mucho tiempo en actividades relacionadas con el consumo de alcohol, como conseguirlo, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Craving	Presencia de ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol.
5. Incumplimiento de deberes fundamentales	Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Problemas sociales o interpersonales	Consumo continuado de alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales provocados o exacerbados por el alcohol.
7. Abandono de actividades sociales o profesionales	El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de actividades sociales, profesionales o de ocio importantes.

8. Consumo de alcohol en situaciones de riesgo	Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Consumo continuado a pesar de problemas físicos o psicológicos	Continuar con el consumo de alcohol a pesar de sufrir problemas físicos o psicológicos persistentes o recurrentes probablemente causados o exacerbados por el alcohol.
10. Tolerancia	Presencia de tolerancia, que puede manifestarse como una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir el efecto deseado o una reducción del efecto tras el consumo continuado.
11. Abstinencia	Presencia de síntomas de abstinencia característicos del alcohol, o consumo de alcohol para aliviar o evitar dichos síntomas.

---

Especificar si: En remisión inicial: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses, pero sin llegar a 12 meses (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido) (DSM-5, 2013).

En remisión continuada: Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de alcohol, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un periodo de 12 meses o más (excepto el Criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol”, que puede haberse cumplido) (DSM-5, 2013).

Especificar si: En un entorno controlado: Este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al alcohol (DSM-5, 2013).

Código basado en la gravedad actual: Nota para los códigos (CIE10-MC, 2019): Si también existe una intoxicación o abstinencia alcohólicas, o cualquier otro trastorno mental inducido por el alcohol, no deben utilizarse los códigos siguientes para el trastorno por consumo de alcohol. En lugar de ello, el trastorno concomitante por consumo de alcohol viene indicado por el carácter en 4a posición del código del trastorno inducido por el alcohol. Por ejemplo, si existe un trastorno por consumo de alcohol y una intoxicación alcohólica concomitantes, solamente se indica el código de la intoxicación por alcohol, cuyo carácter en 4a posición indica si el trastorno concomitante por consumo alcohólico es leve, moderado o grave: F10.129 para un trastorno leve por consumo de alcohol con una intoxicación por alcohol, o F10.229 para un trastorno moderado o grave por consumo de alcohol con una intoxicación por alcohol (DSM-5, 2013).

Especificar la gravedad actual: 305.00 (F10.10) Leve: Presencia de 2–3 síntomas. 303.90 (F10.20) Moderado: Presencia de 4–5 síntomas. 303.90 (F10.20) Grave: Presencia de 6 o más síntomas de comorbilidad (DSM-5, 2013).

## **1.6 Patología Dual**

El término de patología dual hace referencia a la coexistencia de un trastorno mental y un trastorno por consumo de drogas. La coexistencia de ambos trastornos es una realidad entre los pacientes dependientes a sustancias, lo que requiere de intervenciones que atiendan debidamente a ambos trastornos a su vez (Becoña et al., 2016; España, 2020).

Aunque se acepta el término de patología dual para referirnos a la coexistencia de la drogadicción y otra psicopatología, el término en sentido estricto se refiere solo a la coexistencia de varios trastornos, cuando la realidad muestra que pueden darse a la vez una adicción a más de una droga, como pueden presentarse más de una psicopatología tanto del Eje I, del Eje II o de ambos. Por este motivo cabe pensar que sería más apropiado utilizar el término de “comorbilidad” para referirnos a esta coexistencia de trastornos (Becoña et al., 2016; España, 2020).

En población clínica, se suelen emplear para el diagnóstico de la patología dual La Entrevista de Investigación Psiquiátrica para Trastornos Mentales y de Sustancias, para pacientes que abusan de sustancias. Se ha demostrado que la fiabilidad de los diagnósticos psiquiátricos

para las personas que beben mucho o consumen drogas es problemática. El PRISM fue diseñado para mejorar la confiabilidad de estas personas (Hasin et al., 1996).

Las características que hacen del PRISM un instrumento específico para el estudio de la comorbilidad, fundamentalmente del eje I en drogodependientes, son: 1) tiene en cuenta a lo largo de toda la entrevista variables como la frecuencia y duración de los síntomas, los criterios de exclusión y las guías de resolución en caso de dudas; 2) sitúa las secciones sobre alcohol y otras drogas al inicio de la entrevista; 3) a través de una anamnesis más estructurada sobre el alcohol y otras drogas, permitir el contexto adecuado para hacer un seguimiento de la comorbilidad. Evalúa 20 trastornos del eje I y 2 del eje II. En definitiva, es un instrumento que permite diferenciar entre síntomas inducidos por el consumo de drogas y aquéllos considerados como primarios porque no son consecuencia del consumo de drogas (Hasin et al., 1996).

El estrés y la desregulación de las emociones es considerado el factor más importante que contribuye a la adicción y a la posibilidad de recaída. Existen cada vez más pruebas que sugieren que el estrés percibido y la regulación de las emociones subyacen a las conductas y dificultades psicológicas que presentan las personas afectadas por la adicción al alcohol (George, 2015).

## **1.7 Objetivos del trabajo**

### **1.7.1 Objetivo general**

Estudiar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y estrategias de atención plena (mindfulness) en el trastorno por consumo de alcohol (AUD).

### **1.7.2 Objetivos específicos**

- Evaluar la eficacia de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) o de la atención plena (mindfulness) como intervención principal/ complementaria en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol (AUD).
- Determinar el impacto de la ACT o del mindfulness en los resultados clínicos relacionados con el trastorno por consumo de alcohol, y posibles comorbilidades concurrentes en usuarios con patologías duales.
- Examinar la eficacia de la ACT o de sus estrategias (mindfulness) en comparación con otras intervenciones utilizadas en el tratamiento del AUD.
- Observar si existe prevalencia de los resultados en las intervenciones a lo largo del tiempo.
- Examinar si los resultados de los estudios pueden ser generalizables a las diversas poblaciones.
- Observar posibles vacíos en la literatura e identificar posibles áreas de investigación en un futuro, sobre la aplicación de la ACT y estrategias (mindfulness) en el tratamiento del AUD, tanto para patologías “simples” como duales (diagnósticos dobles).

## 2. Método

### 2.1 Fuentes de información

Se realizó la búsqueda bibliográfica entre los meses de diciembre del 2023 y enero del 2024 en las bases de datos: Pubmed, Psycinfo, Cochrane y Web of Science.

### 2.2 Estrategia de búsqueda

Los términos utilizados de búsqueda, a través del lenguaje documental, son los siguientes: "Alcoholism", "Acceptance and Commitment Therapy", "Mindfulness", "Clinical Trial", "Randomized Controlled Trial", "Non-Randomized Controlled Trials as Topic", "Randomized Controlled Trials as Topic". También, se añadieron en la ecuación de búsqueda términos del lenguaje libre como: "alcohol use disorder", "mindfulness", "acceptance and commitment therapy", "ACT" y "clinical trial".

**Tabla 2**

*Términos de búsqueda*

<b>Pubmed</b>	<b>Lenguaje documental</b>	<b>Lenguaje libre</b>
Alcoholismo	"Alcoholism"[Mesh]	"alcohol use disorder" "alcohol*"
Terapia	"Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] "Mindfulness"[Mesh]	"mindfulness" "acceptance and commitment therapy" "ACT"

Diseño	"Clinical Trial" [Publication Type] "Randomized Controlled Trial" [Publication Type] "Non-Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh]	“random*” “clinical trial”
--------	---	-------------------------------

---

Los operadores booleanos con los que se conectaron estos términos fueron AND y OR. Se pueden encontrar los términos utilizados según las diferentes bases de datos en la *Tabla 1* ("Alcoholism"[Mesh] OR “alcohol use disorder”) AND ("Acceptance and Commitment Therapy"[Mesh] OR "Mindfulness"[Mesh] OR “mindfulness” OR “acceptance and commitment therapy” OR “ACT”) AND ("Clinical Trial" [Publication Type] OR "Randomized Controlled Trial" [Publication Type] OR "Randomized Controlled Trials as Topic"[Mesh] OR “clinical trial”).

### **Tabla 3**

*Resumen de ecuaciones de búsqueda en las distintas bases de datos*

<b>Base de datos</b>	<b>Ecuación de búsqueda</b>	<b>Artículos</b>
Pubmed		79 artículos

---

("Alcoholism"[Mesh] OR  
"alcohol use disorder") AND (seleccionados primer  
("Acceptance and Commitment  
Therapy"[Mesh] OR  
"Mindfulness"[Mesh] OR  
"mindfulness" OR  
"acceptance and  
commitment therapy" OR  
"ACT") AND ("Clinical  
Trial" [Publication Type] OR  
"Randomized Controlled  
Trial" [Publication Type] OR  
"Randomized Controlled  
Trials as Topic"[Mesh] OR  
"clinical trial"))

#### PsycInfo

("Alcoholism"[Mesh] OR 7 artículos  
"alcohol use disorder") AND  
("Acceptance and Commitment (seleccionados primer  
Therapy"[Mesh] OR momento 1)  
"Mindfulness"[Mesh] OR  
"mindfulness" OR  
"acceptance and  
commitment therapy" OR  
"ACT") AND ("Clinical  
Trial" [Publication Type] OR  
"Randomized Controlled  
Trial" [Publication Type] OR  
"Randomized Controlled

---

Trials as Topic"[Mesh] OR  
"clinical trial")

("Alcoholism"[Mesh] OR  
"alcohol use disorder") AND  
("Acceptance and  
Commitment  
Therapy"[Mesh] OR

247 artículos

"Mindfulness"[Mesh] OR  
"mindfulness" OR  
"acceptance and commitment  
therapy" OR "ACT")

(seleccionados primer  
momento 7)

#### Cochrane

MeSH descriptor:  
[Alcohols] explode all trees  
AND

0 artículos

MeSH descriptor:  
[Acceptance and  
Commitment Therapy]  
explode all trees  
AND

MeSH descriptor: [Clinical  
Trial] explode all trees

#### Web of science

("Alcoholism"[Mesh] OR  
"alcohol use disorder") AND  
("Acceptance and  
Commitment

10 artículos

(selección primer momento  
2)

---

Therapy"[Mesh] OR  
"Mindfulness"[Mesh] OR  
"mindfulness" OR  
"acceptance and  
commitment therapy" OR  
"ACT") AND ("Clinical  
Trial" [Publication Type] OR  
"Randomized Controlled  
Trial" [Publication Type] OR  
"Randomized Controlled  
Trials as Topic"[Mesh] OR  
"clinical trial")

---

### **2.3 Criterios de elegibilidad**

Entre los criterios de elegibilidad, se tuvieron en consideración para la selección de los artículos:

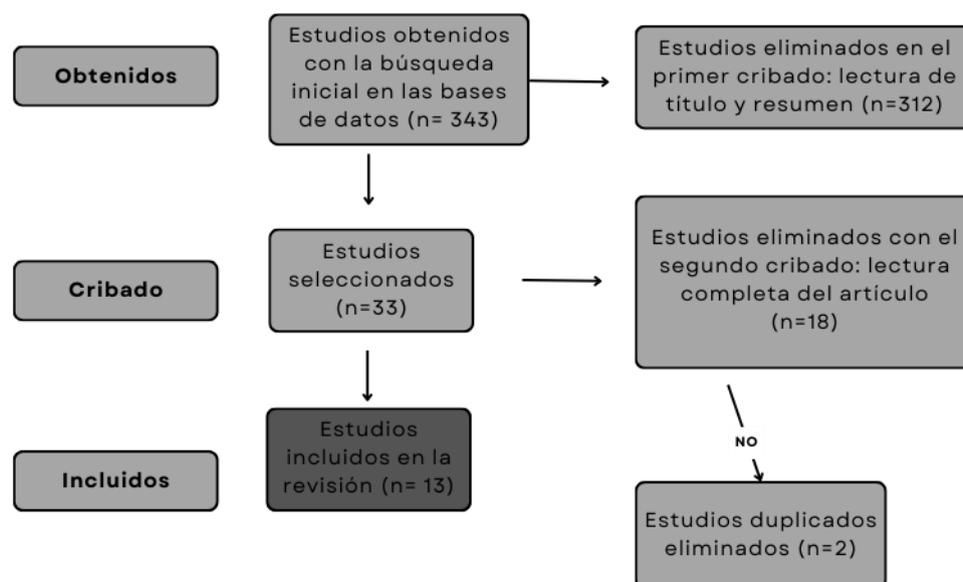
- a) Estudios experimentales, dando más peso a los ensayos aleatorizados, pero incluyendo los estudios cuasi-experimentales, protocolos piloto, estudios pre – post.
- b) Artículos publicados en inglés y español.
- c) Artículos enfocados en la eficacia de la ACT y/o la atención plena (mindfulness) en el trastorno por consumo de alcohol, siendo la intervención principal o complementaria en el tratamiento de este tipo de adicción.
- d) Artículos en donde se trate únicamente el AUD, como artículos donde se presente el AUD con otro tipo de patologías/comorbilidades.

En cuanto a los criterios de exclusión, se tuvieron en consideración para la criba de artículos:

- a) Artículos de caso único.
- b) Artículos en donde la adicción principal tratada no sea el alcohol.
- c) Artículos que no estudian la eficacia de la intervención ACT.
- d) Artículos que no sean estudios experimentales.
- e) Artículos duplicados.

Se llevó a cabo un cribado inicial basado en el título y resumen del artículo. Son seleccionados 31 artículos. Posteriormente, se realizó un segundo cribado considerando los criterios de inclusión y exclusión. Se leyeron los artículos restantes, para comprobar que se cumplieran los criterios seleccionados para la revisión. Finalmente, fueron seleccionados 13 artículos, de los que se quedaron 11 por eliminación de duplicados. Además, se encontraron 2 artículos mediante búsqueda inmersiva, por lo que 13 sería el número final de artículos seleccionados. El proceso de selección de los artículos se observa en el Diagrama de flujo presentado a continuación.

*Estudios Diagrama de flujo*



### **3. Resultados**

#### **3.1 Análisis de los resultados**

La presente revisión sistemática se centra en examinar la eficacia de diversas intervenciones basadas en ACT y mindfulness en el tratamiento de trastornos por consumo de alcohol. Se han examinado múltiples estudios que investigan la eficacia de estas intervenciones en diferentes contextos clínicos y poblaciones.

Además de la eficacia que se observa respecto al alcoholismo, se han encontrado resultados positivos de la ACT y mindfulness en pacientes con comorbilidades. Un ejemplo de estudio donde se analiza la patología dual sería junto al trastorno de estrés postraumático (TEPT). La inclusión de estos resultados en la revisión aporta información sobre cómo la ACT y el mindfulness puede contribuir a la reducción de síntomas relacionados con el alcohol, la ansiedad y la depresión, así como mejorar la calidad de vida en estos pacientes.

Otro punto a señalar es que se añaden en esta revisión los resultados de estudios que investigan la eficacia de este tipo de intervenciones para la prevención de recaídas en pacientes recientemente en abstinencia. Estos estudios ofrecen distintas propuestas que pueden ayudar a prevenir recaídas y promover la recuperación a largo plazo en individuos con problemas de dependencia del alcohol. Para interpretar los resultados de todos los estudios se ha tenido en cuenta la prevalencia de estos en el tiempo.

También, es importante mencionar las características de los estudios analizados, como la distribución por sexo y edad, se observa una tendencia general hacia la equidad de género, con una proporción casi uniforme de hombres y mujeres en la mayoría de los estudios revisados. Sin embargo, se destaca el estudio de George et al. (2015), donde aparentemente solo participaron sujetos de sexo masculino, lo que marca una excepción notable en esta tendencia. Algunos estudios, como Bowen et al. (2014) y Garland et al. (2010), muestran una predominancia de hombres en su muestra, con porcentajes del 71,5% y 79,2%, respectivamente. En contraste, el estudio de Zgierska et al. (2008) muestra una mayor proporción de mujeres, con un 53%.

Respecto a la edad, se observa una amplia variedad, con sujetos que van desde los 20 hasta los 70 años en diferentes estudios. La mayoría de los participantes tienen una edad media que oscila entre los 40 y 45 años, lo que refleja la diversidad en este aspecto. Además, varios

estudios tienen en cuenta la inclusión de minorías étnicas, como caucásicos, hispanos, afroamericanos y asiáticos, lo que contribuye a la representatividad y la diversidad en la muestra (Bowen et al., 2014; Garland et al., 2010; Vieten et al., 2010; Weststrate et al., 2023).

En cuanto a la ubicación de los estudios, la mayoría se ha llevado a cabo en Estados Unidos, aunque también se han realizado investigaciones en países como Irlanda, India, Nueva Zelanda e Italia (Caselli et al., 2016; George et al., 2015; Harvey et al., 2017; Thekiso et al., 2015). Además, el reclutamiento se ha realizado en una variedad de contextos, que van desde centros de tratamiento privados hasta programas ambulatorios, lo que refleja la amplitud y la diversidad de las poblaciones estudiadas.

Además, se analizan los estudios que comparan la eficacia de diferentes intervenciones basadas en mindfulness, como la Prevención de Recaídas Basada en la Atención Plena (MBRP) o la meditación enfocada en la atención plena. Estos estudios proporcionan un ejemplo de cómo estas intervenciones pueden influir en la reducción de las probabilidades de recaída o en una mejora del bienestar psicológico en pacientes con AUD y/o patologías duales.

En conjunto, los resultados de estos estudios proporcionan un enfoque distinto a los habituales (TAU...) y una visión integral de la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness y ACT en el tratamiento de AUD, lo que puede tener un impacto significativo para la práctica clínica y la investigación futura en este campo.

**Tabla 4***Tabla estudios Mindfulness y atención plena*

(Riesgo Recaída); D (Deseo de consumo) (A largo plazo); AN: Angustia; GCA: Ganas de consumir alcohol; PRA: Miedo a pensamientos relacionados con el alcohol; IP:

<b>Estudio</b>	<b>Metodología</b>	<b>N</b>	<b>Outcomes</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Seguimiento de los resultados</b>	<b>Pérdida de sujetos</b>
Bowen et al. (2014)	Ensayo clínico aleatorizado (ECA)	286	↓RR;↓D	8	12m	no
Caselli et al. (2016)	ECA	8	↓AN;↓GCA; ↓PRA; ↓IP;↓NCP;↓FPEAC	1	no	no
Crescentini et al. (2015)	ECA	26	↓ES; ↓SPA;↓RR;↑MC	8	12m	no
Garland et al. (2010)	ECA	53	↓ES; Estrés; ↓SPA; ↓SA; ↑ RF;↓SINP; ↓D	2	10s	si
Stasiewicz et al. (2013)	ECA	77	↓CA; ↓ANE; ↑HRA	12	6m	no
Zgierska et al. (2008)	ECA	19	↓ANS;↓DEP; ↓SA; ↓SES	8	16s	si

Incontrolabilidad percibida; NCP: Necesidad de controlar los pensamientos relacionados con el alcohol; FPEAC: Fusión pensamiento-acción; ES: Estrés; SPA: Supresión del pensamiento sobre alcohol; MC (Mejora carácter); RF: Recuperación fisiológica; SINP: Síntomas psiquiátricos;CA: Consumo de alcohol; ANE: Afecto negativo; HRA: Habilidades regulación afecto. ANS: Ansiedad; DEP: Depresión; SA: Síntomas de antojo; SES: Síntomas por estrés.

En la Tabla 4, se muestra la información de los distintos estudios seleccionados que se basan en mindfulness o atención plena. Primeramente, un ensayo clínico aleatorizado (Bowen et al., 2014) comparó la eficacia a largo plazo de la Prevención de Recaídas Basada en la Atención Plena (MBRP), Prevención Estándar de Recaídas (RP) y Tratamiento Habitual (TAU). La muestra de 286 pacientes, con edades entre 18 y 70 años, fue asignada aleatoriamente a 8 sesiones grupales semanales de MBRP, RP o TAU. Resultados a los 12 meses indicaron que tanto MBRP como RP mostraron una reducción significativa.

En contraste, Caselli et al. (2016) realizaron un estudio longitudinal que investigó la efectividad de una técnica breve de Mindfulness Desapegado en pacientes con trastorno por consumo de alcohol. Con una muestra más reducida de 8 pacientes en régimen de abstinencia. La técnica se comparó con una exposición breve para reducir la metavaloración negativa de los pensamientos relacionados con el alcohol y las creencias metacognitivas desadaptativas. Los resultados revelaron que la atención plena desapegada produjo mayores reducciones en la metavaloración y las creencias.

Además, el estudio realizado por Crescentini et al. (2015) se centró en examinar si la meditación enfocada en la atención plena podría generar cambios positivos en personas con dependencia del alcohol. Siguiendo a 26 individuos en un entorno ambulatorio durante un año, con 8 sesiones de meditación, los resultados sugirieron que esta práctica no solo podría mejorar el bienestar psicológico, sino también reducir el riesgo de recaída en comparación con el tratamiento habitual. Sin embargo, se señala la necesidad de más investigación para confirmar y ampliar estos resultados y comprender completamente su eficacia y mecanismos de acción.

En el estudio de Garland et al. (2010) se investigaron los efectos del entrenamiento de mindfulness en individuos dependientes del alcohol. Este estudio reclutó a 53 participantes, principalmente hombres y afroamericanos, residentes en una comunidad terapéutica en Estados Unidos. La hipótesis planteada fue que el entrenamiento de mindfulness produciría reducciones significativas en el estrés percibido, el deseo de alcohol, los síntomas psiquiátricos y la supresión del pensamiento. Los resultados demostraron una reducción significativa del estrés percibido y la supresión del pensamiento, junto con mejoras en la recuperación fisiológica y un cambio en el sesgo atencional hacia el alcohol.

El estudio de Stasiewicz et al. (2013) comparó dos tratamientos para la dependencia del alcohol en pacientes ambulatorios que bebían en respuesta a situaciones de afecto negativo. Descubrieron que añadir Terapia de Regulación del Afecto (TRA), donde se incluye la atención plena, a la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) resultó en mayores reducciones en el consumo de alcohol en comparación con solo TCC. Esto sugiere que la TRA puede ser útil para quienes beben en respuesta a emociones negativas.

Por otro lado, Zgierska et al. (2008) exploraron si la meditación pudiese contribuir a prevenir recaídas en personas que están en tratamiento. Este estudio incluyó a 19 adultos que habían completado anteriormente programas de tratamiento para el alcoholismo. Aunque no fue un estudio extenso, sugirió que la meditación podría considerarse como un añadido útil a los tratamientos tradicionales, mostrando potencial para evitar la recaída en el consumo de alcohol.

**Tabla 5***Tabla estudios ACT*

<b>Estudio</b>	<b>Metodología</b>	<b>N</b>	<b>Outcomes</b>	<b>Sesiones</b>	<b>Seguimiento resultados</b>	<b>Pérdida de los sujetos</b>
Harvey et al. (2017)	Diseño cuasi-experimental (CQE)	262	↓CA; ↓AG; ↓ANS; ↓ES; ↓DEP; ↑LC	5	5s	si
Meyer et al. (2018)	ECA	43	↑CV; ↑MDF; ↓DEP; ↓IS	10-12	3m	si
Petersen et al. (2009)	ECA	24	↓DEP	3-5	12m	no
Thekiso et al. (2015)	ECA	52	↑ABS; ↓ANS; ↓DEP	20	6m	no
Vieten et al. (2010)	ECA	33	↓ANE; ↓RE; ↓ES; ↑APO; ↑BP; ↓C	9	6m	si
Weststrate et al. (2023)	ECA	45	↑MMED	2	no	no
George et al. (2015)	ECA	32	↑REG; ↓ES	9	no	no

CA: Consumo de alcohol; AG: Agresión; ANS: Ansiedad; ES: Estrés; DEP: Depresión; LC: Locus de control después del tratamiento; CV: Calidad de vida; MDF: Mejora en la discapacidad funcional (post-tratamiento ambas) Discapacidad funcional; IS: Ideación suicida (durante el seguimiento); ABS: Abstinencia; ANE: Afecto negativo; RE: Reactividad emocional; APO: Afecto positivo; BP: Bienestar psicológico; C: Craving; MMED: Manejo de la medicación; REG: Regulación Emocional.

Respecto a la Tabla 5, se observan los estudios donde se investigan la eficacia de las intervenciones basadas en la ACT.

El estudio de Harvey et al. (2017) investigó esta eficacia en militares que presentaban problemas de ira, estrés y alcohol. Sugieren que la ACT es un enfoque eficaz que permite a los militares manejar mejor su ira/agresión, estrés/ansiedad y dificultades relacionadas con el alcohol. El estudio incluyó a 262 militares y utilizó un diseño cuasi-experimental con un grupo de control de lista de espera para comparar las diferencias a lo largo del tiempo entre los que completaron rápidamente el curso de intervención de una semana y los participantes en la lista de espera.

Los resultados mostraron que, en comparación con el grupo de control de lista de espera, la intervención de ACT redujo la agresión, la ansiedad, el estrés y la depresión, al tiempo que mejoró el locus de control interno. Estos hallazgos sugieren que la ACT puede ser una herramienta efectiva para abordar los problemas de ira, estrés y alcohol en el personal militar.

El estudio de Meyer et al. (2018) propuso examinar cómo responde la ACT en pacientes ambulatorios con TEPT con comorbilidad con AUD. Este estudio fue un piloto no controlado que siguió un protocolo de terapia individual ambulatoria que constaba de 10 a 12 sesiones. Participaron 43 veteranos, de los cuales 29 (67%) completaron el protocolo de terapia. Además, se observó un aumento en la calidad de vida después del tratamiento, así como una mejora en la discapacidad funcional. Se registró una reducción significativa en los síntomas de depresión tanto después del tratamiento como en el seguimiento a los 3 meses. También se observó una reducción significativa en la ideación suicida.

Estos datos sugieren que la ACT podría ser una opción efectiva para abordar el TEPT con comorbilidad con AUD en pacientes ambulatorios. Por lo tanto, ambos estudios (Harvey et al., 2017; Meyer et al., 2018) encontraron que la ACT reducía los síntomas relacionados con el alcohol, la agresión, la ansiedad y la depresión, además de mejorar la calidad de vida y la discapacidad funcional en los pacientes tratados.

Continuando con estudios que abordan la comorbilidad, el estudio de Petersen et al. (2009) evaluó el impacto de la ACT en pacientes hospitalizados con depresión y problemas relacionados con el alcohol. Compararon el ACT con el TAU. Los participantes de ACT necesitaron menos sesiones para cumplir con los criterios de alta que los del grupo TAU.

Ambos grupos mostraron una reducción significativa de la depresión, pero solo el grupo de ACT experimentó una reducción estadísticamente significativa.

Siguiendo esta línea, Thekiso et al. (2015) investigaron si la ACT resultaba más efectiva que el TAU para mejorar los resultados del tratamiento en pacientes con trastorno por consumo de alcohol (AUD) y trastorno afectivo comórbido. Participaron 52 pacientes, distribuidos equitativamente entre los grupos de ACT y TAU, y presentaban características demográficas y clínicas similares. Se destacó que hubo altas tasas de retención en ambos grupos, con el 100% de los participantes del grupo de ACT seguidos a los 3 y 6 meses, en comparación con el 92.3% y 84.6% respectivamente en el grupo de TAU. Se observó que los pacientes que recibieron ACT mostraron una mejora significativa en la Escala de Aceptación y Compromiso (EAC) a los 3 y 6 meses. Además, en comparación con el grupo de TAU, el grupo de ACT demostró una mayor tasa de abstinencia y una reducción significativa en los niveles de ansiedad y depresión en los seguimientos de 3 y 6 meses. Estos hallazgos sugieren que la ACT podría ser una intervención efectiva para mejorar los resultados del tratamiento en pacientes con AUD y trastorno afectivo comórbido, lo que respalda la necesidad de seguir investigando.

El estudio piloto realizado por Vieten et al. (2010) tenía como objetivo desarrollar y evaluar una intervención de prevención de recaídas basada en la aceptación para individuos recientemente abstinentes de alcohol. Participaron 23 pacientes reclutados de la comunidad y centros de tratamiento, quienes recibieron 9 sesiones grupales facilitadas por profesionales con experiencia en el tratamiento de adicciones y la atención plena. La intervención se centró en conceptos de mindfulness para manejar experiencias internas no deseadas y cultivar una mayor disposición a experimentar sin evitar o alterar los estados emocionales. Los resultados preliminares mostraron mejoras significativas en diversas medidas, incluido el afecto negativo, la reactividad emocional, el estrés percibido, el afecto positivo, el bienestar psicológico y la atención plena. Esto respalda la viabilidad y promesa de esta intervención para mejorar el bienestar y reducir la recaída en personas dependientes del alcohol. No obstante, los resultados de las pruebas preliminares indican que la intervención es factible con esta población; y el estudio mostró mejoras significativas ( $P < 0,01$ ) en el afecto negativo auto informado, la reactividad emocional, el estrés percibido, el afecto positivo, el bienestar psicológico y el nivel de atención plena, así como una tendencia ( $P = 0,06$ ) hacia la reducción de la gravedad del deseo entre las evaluaciones previas y posteriores a la intervención. Los autores concluyen que

esta intervención basada en la aceptación parece factible y prometedora para mejorar el afecto y reducir la recaída en individuos dependientes del alcohol, lo que vuelve a mostrar que se necesita una mayor investigación. Después del tratamiento, el grupo de atención plena tuvo mejoras en el afecto negativo, reactividad emocional, estrés percibido, afecto positivo, bienestar psicológico y atención plena.

El estudio de Weststrate et al. (2023) investigó la eficacia de agregar elementos de la ACT a la administración de medicamentos estándar en un centro de rehabilitación residencial para pacientes con trastorno por consumo de alcohol y síntomas graves de abstinencia. Este ensayo clínico aleatorizado incluyó a 45 adultos asignados aleatoriamente a recibir ACT más TAU o solo TAU. La sesión de ACT, basada en la Matriz de Desintoxicación de ACT, junto con sesiones complementarias de coaching, demostró mejorar la (in)flexibilidad psicológica, reducir los síntomas de abstinencia y aumentar la satisfacción del paciente. Aunque los resultados fueron prometedores, los tamaños del efecto alcanzaron sólo niveles moderados de significación estadística en algunos casos.

Por último, el estudio de George et al. (2015) comparó la ACT con un grupo control. La ACT consistió en 9 módulos para mejorar la regulación emocional. Finalmente se mostraron beneficios en la regulación emocional y la reducción del estrés percibido con la ACT.

### **3.2 Medidas de los resultados**

Respecto a los instrumentos utilizados en los estudios se presentan la Tabla 6 y 7. Ambas tablas, que separan los estudios por atención plena (mindfulness) y ACT, proporcionan una comparación detallada de los instrumentos utilizados en cada estudio, facilitando la evaluación de sus resultados. Cada estudio emplea diferentes herramientas de medición para evaluar los resultados relacionados con el comportamiento, la salud mental y el consumo de sustancias. Hay una gran variedad de escalas e instrumentos seleccionados para medir con precisión los resultados.

Se observa que algunos cuestionarios se repiten en varios estudios, como el BDI (Inventario de Depresión de Beck) para evaluar la sintomatología depresiva, el PSS (Escala de Estrés Percibido) para evaluar los niveles de estrés, o el AAQ (Cuestionario de Aceptación y Acción) para evaluar la aceptación. Además, el PANAS (Programa de Afectos Positivos y

Negativos – Subescala de Afectos Negativos) es otro instrumento utilizado para medir afectos negativos.

**Tabla 6**

*Tabla medidas de los resultados atención plena.*

<b>Estudio</b>	<b>Medidas de los resultados</b>
Bowen et al. (2014)	Autoinforme Pruebas de detección de drogas y alcohol Análisis de orina SDS: Escala de Severidad de Dependencia
Caselli et al. (2016)	PEB: Prueba de Evaluación del Comportamiento. TEC: Test de Evaluación Conductual
Crescentini et al. (2015)	ITC: el Inventario de Temperamento y Carácter
Garland et al. (2010)	BSI: Brief Symptom Inventory PACS: Penn Alcohol Craving Scale IRISA: Impaired Alcohol Response Inhibition Scale PSS-10: Perceived Stress Scale WBSI: White Bear Suppression Inventory FFMQ: Cuestionario de Cinco Facetas de la Atención Plena
Stasiewicz et al. (2013)	PANAS NA: Programa de Afectos Positivos y Negativos – Subescala de Afectos Negativos ASI: Índice de Sensibilidad a la Ansiedad

---

BSI: Breve inventario de síntomas  
BAI: Inventario de ansiedad de Beck  
MAS: Escala Multidimensional de Ira  
IDTS-Alcohol: Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas – Versión Alcohol  
DTCQ: Cuestionario de Confianza en el Consumo de Drogas – Versión Alcohol  
AASE: Autoeficacia en abstinencia de alcohol  
KIMS: Inventario de Habilidades de Mindfulness de Kentucky  
DERS: Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones  
MAAS: Escala de Conciencia de la Atención Consciente  
ERQ: Cuestionario de Regulación de Emociones  
NMRQ: Cuestionario de Expectativas de Regulación Negativa del Estado de Ánimo  
DTS: Escala de Tolerancia al Sufrimiento  
CRI: Inventario de Respuesta de Afrontamiento

Zgierska et al. (2008)

MAAS: Escala de Conciencia de la Atención Plena Plena  
OCDS: Escala de Consumo Obsesivo Compulsivo de Alcohol  
PSS: Escala de Estrés Percibido  
SCL-90R: Lista de verificación de síntomas-90R  
TLFB: método de seguimiento de la línea de tiempo

---

**Tabla 7***Tabla medidas de los resultados ACT*

<b>Estudio</b>	<b>Medidas de los resultados</b>
Harvey et al. (2017)	WHO-ASSIST V3.0: Prueba de detección de participación de sustancias. Versión 3.0 AUDIT-C: Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol BPAQ-SF: Cuestionario de agresión de BussPerry, formato breve PSS-10: Escala de Estrés Percibido-10 GAD-7: Trastorno de Ansiedad Generalizada-7. § - subescala BLOCS: 9 item rief Locus of Control Scale TMMS: Versión auto-administrada del 30- item Trait Meta-Mood Scale
Meyer et al. (2018)	CAPS-5: Escala de TEPT administrada por el médico para el DSM-5 PCL-5: Lista de verificación de TEPT para el DSM-5 SCID-5 sx: Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-5 (síntomas en los últimos 3 meses) TLFB : Seguimiento de la línea de tiempo (últimos 30 días) AUDIT: Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol WHODAS 2.0: Programa de Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-BREF: Inventario de CV de la OMS

---

	<p>PHQ-9: Cuestionario de Salud del Paciente (síntomas depresivos)</p> <p>AAQ-II: Cuestionario de Aceptación y Acción-II</p> <p>BEAQ : Cuestionario Breve de Evitación Experiencial</p> <p>DAST: Prueba de síntomas de abuso de drogas</p>
Petersen et al. (2009)	<p>HRS: Escala de Calificación de Hamilton (Hamilton, 1960)</p> <p>BDI-2: Depresión de Beck Inventario- Segunda Edición (Beck et al., 1996)</p> <p>AAQ: Aceptación y Acción (Hayes, Strosahl, et al., 2004)</p>
Thekiso et al. (2015)	<p>TLFB: Time Line Follow Back para calcular la abstinencia total del alcohol</p> <p>CAD: duración acumulada de la abstinencia</p> <p>OCDS: Escala de Consumo Obsesivo Compulsivo de Alcohol</p> <p>BAI: Inventario de Ansiedad de Beck</p> <p>BDI: Inventario de Depresión de Beck</p> <p>YMRS: Escala de Valoración de la Manía de los Jóvenes</p>
Vieten et al. (2010)	<p>PANAS: Escala de Afecto Positivo y Negativo</p> <p>PSS: Escala de Estrés Percibido</p>

---

---

	AUQ: Cuestionario de Urgencia de Alcohol
	PGWBI: Índice de Bienestar General Psicológico
	ARM: Medida de Regulación del Afecto (Subescala)
	Cuestionario de Atención Plena de Cinco Factores
	TLFB: Método de Seguimiento de la Línea de Tiempo
Weststrate et al. (2023)	SAWS: Síntomas de Abstinencia (por sus siglas en inglés)
	AAQ-SA: Cuestionario de Aceptación y Acción - Satisfacción del Afecto
	ACT-DR: Terapia de Aceptación y Compromiso - Disfrute de la Regulación
	CIWA (Clinical Institute Withdrawal Assessment)
George et al. (2015)	PSS-14: Estrés percibido
	DERS: Dificultades en la regulación emocional

---

Todos estos datos contribuyen a la creciente evidencia que sugiere que la ACT es una herramienta útil para el tratamiento del consumo de alcohol. Esto se abordará en profundidad en el siguiente punto.

## **4. Conclusiones**

### **4.1 Conclusiones generales**

En este trabajo se hizo una revisión sistemática de la literatura donde se investigó la eficacia de la ACT y sus estrategias de Mindfulness en el tratamiento del trastorno por consumo de

alcohol con los años. Este enfoque se justifica por la creciente atención que la ACT ha recibido en el campo de la psicología clínica y su potencial para abordar diversos trastornos. Uno de los objetivos es comparar la eficacia de la ACT y técnicas de mindfulness con otras terapias utilizadas en el tratamiento de las adicciones. Se han contrastado la ACT y sus estrategias con intervenciones habituales, como el tratamiento habitual (TAU), la psicoeducación, la exposición o los grupos de apoyo. Esta comparación ofrece una visión más completa de la posición de la ACT y la atención plena en relación con otras alternativas de tratamiento disponibles. Los estudios analizaron los datos pre y post-intervención a las semanas o meses posteriores a su finalización para obtener resultados significativos. Todos los estudios han sido significativos excepto uno (Harvey et al., 2017).

En los artículos se puede observar que la ACT y las técnicas de mindfulness han demostrado su eficacia. Los artículos revisados, demuestran una eficacia tanto a corto plazo (Petersen et al., 2009; Meyer et al., 2018; Thekiso et al., 2015, como la continuidad de esta eficacia a los meses de haber finalizado la intervención (Bowen et al., 2014; Garland et al., 2010; Meyer et al., 2018; Stasiewicz et al., 2013; Thekiso et al., 2015; Vieten et al., 2010).

Además de la ACT y la atención plena como opción para la intervención, algunos estudios también abordan la prevención de recaídas (Vieten et al., 2010; Zgierska et al., 2008). La inclusión de estudios con tratamiento farmacológico es otro aspecto importante por considerar, como se evidencia en el estudio de Weststrate et al. (2023), donde se compara el TAU solo con el TAU y la ACT. Dado que muchos pacientes con trastorno por consumo de alcohol reciben una combinación de terapia y medicación, evaluar estudios que examinan ambas posibilidades permite una evaluación más completa de la eficacia relativa de la ACT y mindfulness. Existe evidencia de que la ACT combinada con el tratamiento farmacológico tiene resultados positivos (Petersen et al., 2009; Thekiso et al., 2015). Esta evidencia no solo se limita al trastorno por consumo de alcohol, sino al campo de las adicciones. Un estudio (Hayes et al., 2014) muestra la comparación entre tres grupos, en donde a uno de ellos se le asigna metadona sola, el segundo grupo ACT y mantenimiento con metadona, y el último grupo con la terapia intensiva de los doce pasos y mantenimiento con metadona. Donde se observa que la ACT combinada con la metadona reduce el consumo de sustancias en pacientes adictos, al igual que la sintomatología asociada a la adicción, estos resultados se observaron tanto a corto como a largo plazo.

Por otro lado, también se ha abordado el objetivo de observar la eficacia de la ACT y el mindfulness en estudios que presentan el trastorno por consumo de alcohol con comorbilidades como el TEPT o la depresión, viendo cómo la ACT y/o el mindfulness mejora significativamente la sintomatología de ambas patologías como el aumento de la vitalidad, la reducción de la sintomatología depresiva o la reducción de ideación suicida. Siendo esta significación asociada a la ACT y sus estrategias, en contraste con el resto de las terapias.

En los estudios, los marcadores de depresión, ansiedad, estrés, ideación suicida y los asociados a la regulación emocional son los que más aparecen a la hora de analizar las mejoras asociadas a la ACT y la atención plena. Las personas adictas suelen presentar una inestabilidad emocional e ideación suicidas debido a la impulsividad. Por esto se puede concluir que la ACT y las técnicas basadas en atención plena son una buena opción de tratamiento para las adicciones.

Esto no significa que no se deba seguir investigando y desarrollando este enfoque para abordar el trastorno por consumo de alcohol y patologías duales. La ACT es una terapia “nueva”, y es por ello por lo que se debe seguir indagando. Existe una coherencia entre el modelo de la ACT, sus estrategias, y sus objetivos, con los resultados obtenidos donde se observa una reducción del malestar y el aprendizaje de habilidades de afrontamiento y manejo emocional, tanto en el postratamiento como en el seguimiento. No obstante, generalizar estos resultados puede no ser posible.

En base a lo anterior, la eficacia de la ACT y la atención plena o mindfulness no se han tratado solo para el AUD, sino que se han realizado estudios relacionados con otros trastornos adictivos. Un ejemplo de esto es un estudio que muestra la eficacia de las técnicas de mindfulness para promover la remisión de la conducta adictiva general; así como para reducir la sintomatología depresiva y ansiosa (Flores et al., 2021), se obtiene una mejora en la sintomatología asociada a la eficacia de estas técnicas de mindfulness.

#### **4. 2. Limitaciones en el proceso de revisión**

- Los estudios presentan muestras pequeñas, por lo que hace complicado su generalización. Los estudios llevados a cabo son grupos de individuos reducidos. Además, en varios estudios se observa una pérdida de sujetos para tener en cuenta.

- Pese a que existe variedad respecto a los países y poblaciones en donde se han realizado los estudios, una de las limitaciones es la escasa variedad en algunas características demográficas de sus participantes. La mayoría de los artículos fueron realizados en países del primer mundo, con altas tasas de población occidental, excepto el estudio realizado en la India (George et al., 2015). El fenómeno WEIRD (Parra, 2013), dificulta la generalización de los resultados en todos los seres humanos. Este fenómeno se refiere a los países pertenecientes a sociedades occidentales, cultas, industrializadas, ricas y democráticas. La evidencia observada no podría ser considerada como suficiente, sino que habría que seguir desarrollando la investigación de la ACT para conseguir más evidencia empírica (Parra, 2013).

En resumen, esta revisión sistemática proporciona una visión integral de la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso en el tratamiento del trastorno por consumo de alcohol, en comparación con otras opciones de tratamiento utilizadas en la psicología clínica. No obstante, hay que seguir investigando para poder generalizar estos resultados.

## **5. Bibliografía**

Aramburu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4, 123-140.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (2016). Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Eficacia relativa de la prevención de recaídas basada en la atención plena, la prevención de recaídas estándar y el tratamiento habitual para los trastornos por uso de sustancias: un ensayo clínico aleatorizado.

JAMA Psychiatry, 71(5), 547-556. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.4546. PMID: 24647726; PMCID: PMC4489711.

Caselli, G., Gemelli, A., Spada, M. M., & Wells, A. (2016). Modificación experimental de la perspectiva sobre los pensamientos y las creencias metacognitivas en el trastorno por consumo de alcohol. *Investigación en Psiquiatría*, 244, 57-61. doi: 10.1016/j.psychres.2016.07.029. PMID: 27467702.

Cimas, V. (2022). Intervenciones basadas en mindfulness para pacientes en cuidados paliativos (Tesis doctoral, Universidad de Belgrano-Facultad de Humanidades-Licenciatura en Psicología).

Crescentini, C., Matiz, A., & Fabbro, F. (2015). Mejora de los rasgos de personalidad/carácter en personas con dependencia del alcohol: la influencia de la meditación orientada a la atención plena. *Revista de Enfermedades Adictivas*, 34(1), 75–87. <https://doi.org/10.1080/10550887.2014.991657>

Donoso, L. B., Rubio, C. G., Jiménez, B. M., De la Pinta, M. L. R., Aldea, S. M., & Garrosa, E. (2017). Intervención breve basada en ACT y mindfulness: Estudio piloto con profesionales de enfermería en UCI y Urgencias. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*, 17(1), 57-73.

Egúsquiza-Vásquez, K. (2015). Una aproximación a la Terapia de Aceptación y Compromiso. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer. ISBN: 978-84-330-2695-8. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 7(3), 1-3.

España, C. S. M. (2020). Apuntes sobre patología dual. Propuestas de la Red Salud Mental España.

Flores, D. R., & Ortiz, G. R. (2021). Intervenciones basadas en Mindfulness en el tratamiento de adicciones a sustancias psicotrópicas. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 4(10), 181-202.

Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A., & Howard, M. O. (2010). El entrenamiento de mindfulness modifica los mecanismos cognitivos, afectivos y fisiológicos implicados en la dependencia del alcohol: resultados de un ensayo piloto controlado aleatorizado. *Revista de*

Drogas Psicoactivas, 42(2), 177-192. doi: 10.1080/02791072.2010.10400690. PMID: 20648913; PMCID: PMC2921532.

George, B., & Guzman, R. D. (2015). Efectividad del Programa de Intervención Basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACTP) sobre el estrés percibido y la regulación emocional entre los alcohólicos en Kerala, India. *Revista India de Psicología Positiva*, 6(1), 10-18. <https://doi.org/10.15614/IJPP/2015/V6I1/88437>

Harvey, S. T., Henricksen, A., Bimler, D. y Dickson, D. (2017). Abordar la ira, el estrés y las dificultades relacionadas con el alcohol en el ejército: una intervención de ACT. *Psicología Militar*, 29(5), 464-476. <https://doi.org/10.1037/mil0000173>

Hasin, D. S., Trautman, K. D., Miele, G. M., Samet, S., Smith, M., & Endicott, J. (1996). Entrevista de Investigación Psiquiátrica para Trastornos Mentales y de Sustancias (PRISM): confiabilidad para los abusadores de sustancias. *Revista Americana de Psiquiatría*, 153(9), 1195-1201. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.9.1195>

Hayes, S. C. (1987). Un enfoque contextual para el cambio terapéutico. En N. Jacobson (Ed.), *Psicoterapeutas en la práctica clínica: perspectivas cognitivas y conductuales* (pp. 327-387). Nueva York: Guilford.

Hayes, S. C. (2004a). La terapia de aceptación y compromiso y las nuevas terapias conductuales. En S. C. Hayes, V. M. Follette y M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.

Hayes, S. C. (2004b). Terapia de aceptación y compromiso, teoría del marco relacional y la tercera ola de terapias conductuales y cognitivas. *Terapia Conductual*, 35, 639-665.

Hayes, S. C. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso*. Desclée De Brouwer.

Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Modelo, procesos y resultados*. Investigación y Terapia de la Conducta, 44, 1-25. Reno: Universidad de Nevada.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un enfoque experiencial para el cambio de comportamiento*. Nueva York: The Guilford Press.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2014). *Terapia de Aceptación y Compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente (Mindfulness)*. Bilbao, España: Desclée De Brouwer. ISBN: 978-84-330-2695-8.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M., & Gregg, J. (2014). Un ensayo preliminar de terapia de facilitación y aceptación y compromiso de doce pasos con adictos a opiáceos mantenidos con metadona que abusan de polisustancias. *Terapia conductual*, 35, 667–688.

Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). *Terapia de pareja conductual integral: un nuevo tratamiento prometedor basado en la aceptación para la discordia de pareja*. *Revista de Consultoría y Psicología Clínica*, 68, 351-355.

Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). *Trastorno de evitación experiencial*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1(1), 109–157.

Luciano, M. C. (1999). *La psicoterapia analítica funcional (FAP) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 497-584.

Luciano Soriano, M. C., & Valdivia Salas, M. S. (2006). *La terapia de aceptación y compromiso (Act). Fundamentos, características y evidencia*. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.

Mañas, I. (2007). *Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación*. *Gaceta de Psicología*, 40(1), 26-34.

Mañas, I., Franco, C., Gil, M. D., & Gil, C. (2014). *Educación consciente: Mindfulness (Atención Plena) en el ámbito educativo*. *Alianza de civilizaciones, políticas migratorias y educación*, 193-229.

Meyer, E. C., Walser, R., Hermann, B., Bash, H., DeBeer, B. B., Morissette, S. B., Kimbrel, N. A., Kwok, O., Batten, S. V., & Schnurr, P. P. (2018). *Terapia de aceptación y compromiso para el trastorno de estrés postraumático concurrente y los trastornos por consumo de alcohol*

en veteranos: resultados del tratamiento piloto. *Revista de estrés traumático*, 31(5), 781–789.  
<https://doi.org/10.1002/jts.22322>

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11ª ed.). <https://icd.who.int/>

Otiñano, M. I., Ponce, I. M., Fornós, G. M., & Laín, M. M. (2015). Comportamiento adictivo e inestabilidad emocional: a propósito de un caso. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (115), 32-40.

Parra, S. (2013). WEIRD: una crítica acerca de la mayoría de estudios psicológicos. WEIRD: una crítica acerca de la mayoría de estudios psicológicos ([xatakaciencia.com](http://xatakaciencia.com)).

Petersen, C. L., & Zettle, R. D. (2009). Tratamiento de pacientes hospitalizados con depresión comórbida y trastornos por consumo de alcohol: una comparación de la terapia de aceptación y compromiso versus el tratamiento habitual. *El Registro Psicológico*, 59(4), 521–536.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23.ª ed.). [versión 23.7 en línea]. <https://dle.rae.es>

Scherer-Dickson, N. (2004). Desarrollos actuales de conceptos metacognitivos y sus implicaciones clínicas: terapia cognitiva basada en mindfulness para la depresión. *Counselling Psychology Quarterly*, 17, 223-234.

Sociedad Americana de Medicina de la Adicción ASAM. (2019). Definición de adicción. <https://www.asam.org/>

Stasiewicz, P. R., Bradizza, C. M., Schlauch, R. C., Coffey, S. F., Gulliver, S. B., Gudleski, G. D., & Bole, C. W. (2013). Entrenamiento en regulación del afecto (ART) para los trastornos por consumo de alcohol: desarrollo de una nueva intervención para bebedores de afecto negativo

Weststrate, T. R., Briggs, C. A., Miller, A., Shuster, A. E., & Gaynor, S. T. (2023). Brief acceptance and commitment therapy added to medication management during acute alcohol detoxification: A pilot randomized controlled effectiveness trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 29, 76–85. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.06.002>

Wilson, K. G., & Luciano, C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso: Un Tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

Zgierska, Aleksandra MD, PhD; Rábago, Dr. David; Zuelsdorff, Megan BS; Coe, Christopher PhD; Miller, Michael MD; Fleming, Michael MD, MPH. Meditación de atención plena para la prevención de la recaída en el alcohol: un estudio piloto de viabilidad. *Journal of Addiction Medicine* 2(3):p 165-173, septiembre de 2008. | DOI: 10.1097/ADM.0b013e31816f8546