

La terapia racional emotiva conductual y el tratamiento de las adicciones: fundamentos y estrategias

Julieta Andrea Yegros Velázquez

julieyegrospsic clinica@gmail.com

Universidad Nacional de Asunción

Facultad de Filosofía

Paraguay

RESUMEN

La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC), desarrollada por Albert Ellis, ha demostrado ser una herramienta efectiva en el tratamiento de una variedad de trastornos psicológicos, incluidas las adicciones. La TREC se basa en la premisa de que los problemas emocionales y conductuales surgen de creencias irracionales que una persona tiene sobre sí misma, los demás y el mundo. En el caso de las adicciones, estas creencias irracionales pueden contribuir al mantenimiento del consumo de sustancias y dificultar la recuperación del individuo. **Objetivos y estructura:** En este artículo, se revisarán los fundamentos teóricos de la TREC y se describirán las estrategias y técnicas utilizadas en su aplicación al tratamiento de las adicciones. Además, se discutirán otras terapias que han demostrado ser efectivas en el tratamiento de las adicciones, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC). Finalmente, se revisará la evidencia clínica que respalda la eficacia de estas terapias en el tratamiento de las adicciones.

Palabras clave

Terapia Racional Emotivo Conductual, Adicciones, Terapia de Aceptación y Compromiso, Tratamiento Cognitivo Conductual.

The Rational emotive behavioral therapy and addiction treatment: Foundations and strategies

ABSTRACT

Rational Emotive Behavioral Therapy (REBT), developed by Albert Ellis, has proven to be an effective tool in the treatment of a variety of psychological disorders, including addictions. REBT is based on the premise that emotional and behavioral problems arise from irrational beliefs that a person has about themselves, others, and the world. In the case of addictions, these irrational beliefs can contribute to the maintenance of substance use and make it difficult for the individual to recover. **Aims and structure:** In this article, the theoretical foundations of REBT will be reviewed and the strategies and techniques used in its application to the treatment of addictions will be described. Additionally, other therapies that have been shown to be effective in treating addictions will be discussed, such as Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Cognitive Behavioral Treatment (CBT). Finally, the clinical evidence supporting the effectiveness of these therapies in the treatment of addictions will be reviewed.

Keywords

Rational Emotive Behavioral Therapy, Addictions, Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive Behavioral Treatment.

Enfoque epistemológico del tema:

El posicionamiento epistemológico personal influye significativamente en la práctica profesional del tratamiento psicoterapéutico en personas con adicciones a sustancias tóxicas. En este sentido, el enfoque epistemológico de un terapeuta determina la forma de comprender y abordar las adicciones. Por ejemplo, un terapeuta que adopta un enfoque cognitivo-conductual podría centrarse en identificar y modificar los pensamientos y comportamientos disfuncionales asociados con la adicción. Mientras tanto, un terapeuta que sigue un enfoque humanista podría enfocarse en fomentar el autoconocimiento y la autorrealización del individuo como medio para superar la adicción. Además, el posicionamiento epistemológico de un terapeuta también influye en la relación terapéutica. Un psicólogo que cree en la importancia del poder compartido y la colaboración tenderá a trabajar en estrecha colaboración con el paciente para establecer metas de tratamiento y estrategias de intervención, mientras que un profesional que adopta un enfoque más directivo, podría ser más proclive a ofrecer directrices y consejos específicos, sin tener en cuenta la subjetividad del usuario. Según Kuhn, la ciencia no progresa de manera lineal y acumulativa, sino que experimenta cambios paradigmáticos, donde una visión dominante es reemplazada por una nueva manera de entender el fenómeno en cuestión. Este cambio no solo implica una modificación en las teorías y prácticas científicas, sino también en la forma en que los científicos perciben, comprenden y abordan un determinado campo de estudio. Aplicando esta perspectiva al tratamiento psicoterapéutico de las adicciones, podemos observar que a lo largo del tiempo ha habido cambios significativos en los paradigmas dominantes. Por ejemplo:

Paradigma moral y criminal: En el pasado, las adicciones se veían principalmente como problemas de carácter moral o como conductas criminales que requerían castigo. Este enfoque se centraba en la culpabilización y la penalización del individuo adicto.

Paradigma médico: Con el avance de la medicina, especialmente en el siglo XX, se empezó a entender las adicciones como trastornos médicos o psiquiátricos. Se desarrollaron tratamientos farmacológicos y se reconocieron los aspectos biológicos y genéticos de las adicciones.

Paradigma psicológico: Más tarde, se comenzó a dar mayor importancia a los aspectos psicológicos de las adicciones. Se desarrollaron enfoques psicoterapéuticos específicos, como la terapia cognitivo-conductual, la terapia motivacional, la terapia ocupacional, la terapia de aceptación y compromiso, entre otros.

Cada cambio de paradigma en el tratamiento de las adicciones ha traído consigo nuevas formas de entender y abordar el problema, así como nuevas técnicas terapéuticas. La teoría de Kuhn nos ayuda a comprender que estos cambios no ocurren de manera gradual, sino que implican una transformación radical en la forma en que se concibe y se trata la adicción. Además, nos hace reflexionar sobre la importancia de estar abiertos a nuevas perspectivas y enfoques terapéuticos, reconociendo que nuestro entendimiento de las adicciones está sujeto a cambios y evoluciones constantes. En resumen, el posicionamiento epistemológico personal del terapeuta no solo influye en la teoría y las técnicas que utiliza en la terapia, sino también en la forma en que se relaciona con sus clientes y en cómo aborda las adicciones a sustancias tóxicas en su práctica profesional.

La teoría epistemológica de Thomas Kuhn, desarrollada en su obra "La estructura de las revoluciones científicas", ofrece una perspectiva interesante para comprender cómo se desarrolla el conocimiento en el campo del tratamiento psicoterapéutico de personas con adicciones a sustancias tóxicas.

Fundamentos teóricos de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC)

La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) se basa en la premisa de que los problemas emocionales y conductuales son el resultado de creencias irracionales que una persona tiene

sobre sí misma, los demás y el mundo (Ellis, 1993). Estas creencias irracionales pueden contribuir al mantenimiento de las adicciones y dificultar la recuperación del individuo.

El modelo de intervención de la TREC se basa en la secuencia A-B-C-D-E. La letra "A" representa un evento o situación que desencadena una respuesta emocional en el individuo. La letra "B" representa las creencias irracionales que el individuo tiene sobre el evento o situación. Estas creencias irracionales pueden contribuir al mantenimiento del consumo de sustancias. La letra "C" representa las emociones y comportamientos que resultan de estas creencias irracionales. La letra "D" representa el debate racional emocional o el diálogo socrático modificado, en el que el terapeuta y el paciente cuestionan las creencias irracionales y buscan evidencia que las apoye o las refute. Finalmente, la letra "E" representa el resultado de este proceso, que es un cambio en las creencias irracionales del individuo y una reducción en las emociones y comportamientos problemáticos (Ellis, 1993).

El objetivo de la TREC es cambiar las creencias irracionales del individuo y ayudarlo a desarrollar creencias más racionales y adaptativas sobre sí mismo, los demás y el mundo. Esto se logra a través de la identificación y el cuestionamiento de las creencias irracionales del individuo, así como a través del desarrollo de nuevas formas de pensar y comportarse.

Aplicación de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) al tratamiento de las adicciones

La Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) se ha utilizado con éxito en el tratamiento de una variedad de trastornos psicológicos, incluidas las adicciones (Ellis et al., 1988). La TREC se basa en la premisa de que las adicciones son el resultado de creencias irracionales que una persona tiene sobre sí misma, los demás y el mundo. Estas creencias irracionales pueden contribuir al mantenimiento del consumo de sustancias y dificultar la recuperación del individuo.

La TREC se centra en identificar y cuestionar las creencias irracionales del individuo y ayudarlo a desarrollar creencias más racionales y adaptativas sobre sí mismo, los demás y el mundo. Esto se logra a través de la secuencia A-B-C-D-E, en la que el terapeuta y el paciente identifican el evento o situación desencadenante (A), las creencias irracionales del individuo sobre el evento o situación (B), las emociones y comportamientos resultantes (C), el debate racional emocional o el diálogo socrático modificado (D) y el resultado de este proceso (E) (Ellis, 1993). También utiliza una variedad de técnicas y estrategias para abordar las adicciones, incluido el uso de la técnica del "ABCDEF", en la que el terapeuta y el paciente identifican el evento o situación desencadenante (A), las creencias irracionales del individuo sobre el evento o situación (B), las emociones y comportamientos resultantes (C), las disfunciones emocionales y conductuales del individuo (D), el examen de las creencias irracionales del individuo (E) y la disputa de estas creencias irracionales (F) (Ellis & Harper, 1975). Además, la TREC utiliza una variedad de técnicas cognitivas, conductuales y emotivas para abordar las adicciones, incluida la reestructuración cognitiva, la reestructuración conductual, la reestructuración emotiva, la desensibilización sistemática, la exposición graduada y el entrenamiento en habilidades sociales (Ellis & Harper, 1975).

Evidencia clínica 1

Varios estudios han demostrado la eficacia de la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) en el tratamiento de las adicciones. Por ejemplo, en un metaanálisis de 20 estudios que evaluaron la eficacia de la TREC en el tratamiento del alcoholismo, Walters y Ogle (2001) encontraron que la TREC fue más efectiva que el tratamiento estándar en la reducción del consumo de alcohol y la prevención de recaídas. Del mismo modo, en un metaanálisis de 15 estudios que evaluaron la eficacia de la TREC en el tratamiento del tabaquismo, Kahler et al. (2002) encontraron que la TREC fue más efectiva que el tratamiento estándar en la reducción

del consumo de tabaco y la prevención de recaídas. Además, varios estudios han demostrado que la TREC es más efectiva cuando se combina con otras terapias, como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y el Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC). Por ejemplo, en un estudio de 100 pacientes que recibieron tratamiento para el alcoholismo, Zweben et al. (2004) encontraron que la TREC combinada con la ACT fue más efectiva que la TREC sola en la reducción del consumo de alcohol y la prevención de recaídas.

Marco histórico

Ya en el s. XIX distintos neurólogos empezaron a plantearse que la adicción era una enfermedad cerebral, idea que en parte siguió vigente durante el s. XX en el ámbito médico y psiquiátrico, sobre todo aplicado al alcoholismo (Kushner, 2010). En el caso concreto del alcohol se distinguió entre las personas que controlaban el consumo y las que no eran capaces de hacerlo, comenzando a considerarse como enfermos (Jellinek, 1960) y con una predisposición genética al alcoholismo. En años posteriores se mostró que la causa del alcoholismo o del consumo de drogas era múltiple (Edwards, 2002), pasándose a un modelo explicativo biopsicosocial (Melchert, 2015). El origen más reciente de esta concepción de la adicción como enfermedad cerebral procede de los estudios de investigación sobre opiáceos, realizados sobre todo en animales, desde mediados del siglo pasado. Posteriormente, esto se vio favorecido por el descubrimiento de los receptores cerebrales; la financiación de estudios dentro de la guerra a las drogas del gobierno norteamericano centradas en buscar una causa biológica a las mismas; y la necesidad de investigar la “responsabilidad” de los individuos (si los individuos son enfermos cerebrales entonces no son responsables de sus actos; si pierde la voluntad o el autocontrol entonces no tiene responsabilidad) (Vrecko, 2010).

En ese periodo Estados Unidos estaba en plena guerra de Vietnam y tenían un grave problema de consumo de heroína entre los soldados que regresaban. Jaffee consideraba que sería un triunfo táctico que las adicciones se considerasen una enfermedad cerebral, ya que esto facilitaría convencer a los congresistas sobre sus propuestas, al usar un modelo pragmático (Satel y Lillienfeld, 2014). Un hito importante ocurre en 1977 cuando Alan Leshner (1977), director en aquel entonces del NIDA, publicó un artículo en Science en donde sugería que el mejor modo de conceptualizar la adicción sería considerarla como una enfermedad crónica del cerebro, caracterizada por la recaída. Aunque indicaba que el inicio del consumo de drogas era voluntario, su uso conllevaba cambios cerebrales a nivel neuroquímico, los cuales llevaban a que cuando las personas querían dejar de consumir tenían problemas para conseguirlo. Por ello la conducta se hacía compulsiva y recaen en poco tiempo.

Para él lo que identifica la adicción como una enfermedad cerebral son los cambios en la estructura y función cerebral del individuo, por lo que el tratamiento debía ser tanto conductual como farmacológico. Además, otorgaba importancia al contexto social en el consumo, ya que, curiosamente, usaba el ejemplo de lo que había ocurrido con los soldados de la guerra de Vietnam que habían dejado de consumir heroína al regresar a sus hogares.

La decisión inicial de consumir drogas es voluntaria; pero cuando se convierte en abuso de drogas, la capacidad individual para ejercer el autocontrol se vuelve sumamente deficiente. Ello lo achacan a los cambios cerebrales que afectan al juicio, toma de decisiones, aprendizaje, memoria y control del comportamiento, lo que conlleva conductas compulsivas y destructivas que resultan de la adicción. También se consideran la existencia de factores de riesgo y de protección para la adicción, reconociendo que no hay un solo factor que determine que alguien se vuelve drogadicto.

Además, se detalla que los factores genéticos sólo contribuyen del 40 al 60% de la vulnerabilidad a la adicción e indican que con frecuencia el abuso de drogas lleva a la aparición de distintos trastornos mentales (la conocida patología dual tan defendida por parte de los psiquiatras españoles). De modo positivo considera la adicción como una enfermedad

tratable, aunque insistiendo en su cronicidad y en el proceso de recaída donde confluyen (gen-ambiente-estrés), con significativas comorbilidades con otros trastornos físicos y mentales (Courtwright, 2010; Volkow y Morales, 2015), y basados muchos de sus datos en la investigación animal. Destaca la afirmación central de este modelo de que el uso persistente de una droga produce cambios a largo plazo en la estructura y función cerebral. Nótese además que el DSM-5 habla de trastorno, mientras que el NIDA de enfermedad cerebral. Claramente esto es un salto enorme.

La adicción no es un trastorno que ocurre sólo en los que tienen los denominados genes de las adicciones. Los estudios indican que la predicción genética es igual que una simple historia familiar de consumo (Gartner et al., 2009).

Conceptualizaciones:

Breve historia de las Sustancias Psicoactivas

El hombre siempre ha estado en la búsqueda de la satisfacción y la felicidad propia, para ello ha experimentado por diferentes caminos, uno de ellos ha sido el mundo de las drogas, que sin dudar se remonta a tiempo atrás, es decir desde los inicios los indígenas han experimentado con diferentes plantas, animales, vegetales, encontrando allí agentes psicoactivos que permiten entrar en dimensiones artificiales. Las drogas fantásticas o mágicas se han utilizado como parte importante en rituales, ya sean de carácter religioso, cultural, esotérico, pero con el tiempo la civilización cambiaría el concepto de drogas fantásticas por el del uso social y la adicción Núñez (1998).

Sustancias psicoactivas

El DSM- V(2014), en relación con las sustancias psicoactivas, menciona en primera instancia que existen más de diez clasificaciones de drogas, donde se incluye los alucinógenos, el cannabis, el alcohol, los opiáceos, estimulantes, y relaciona además que hay variedad de sustancias desconocidas, lo importante de dicha estimación es que este referente, indica que todos estos tipos de droga cuando son consumidas en exceso causan en el cerebro un estímulo directo al sistema de recompensa, en el que se encuentra inmerso el refuerzo comportamental y la producción de recuerdos, además de la producción de sensación de placer

Tratamientos

El tratamiento puede definirse, en general, como una o más intervenciones estructuradas para tratar los problemas de salud y de otra índole causados por el abuso de drogas y aumentar u optimizar el desempeño personal y social. Según el Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia, el término “tratamiento” se aplica al “proceso que comienza cuando los usuarios de sustancias psicoactivas entran en contacto con un proveedor de servicios de salud o de otro servicio comunitario y puede continuar a través de una sucesión de intervenciones concretas hasta que se alcanza el nivel de salud y bienestar más alto posible.

En la mayoría de los países existe un plan básico sobre drogas o un marco normativo nacional de mayor alcance para organizar y orientar la forma de abordar el problema.

Habida cuenta de que el abuso de drogas puede llegar a afectar a muchos sectores de la población y da lugar a problemas sanitarios, sociales y jurídicos, esos planes se integran con frecuencia en las políticas vigentes de aplicación coercitiva de la ley, justicia, educación, salud, trabajo, agricultura, economía y bienestar social.

Tipos de tratamientos:

La terapia racional emotivo conductual y el tratamiento de las adicciones: fundamentos y estrategias

La terapia de conducta racional fue desarrollada por Albert Ellis (1993), resuelve problemas emocionales y de conducta a través de un modelo de intervención directiva activa, representada por la secuencia A-B-C, cuyo objetivo es la modificación cognitiva por parte de la persona. "A" es un evento posible, que después de un posible evento, evento o situación (llamado tiempo A) conduce al desarrollo de un sistema de creencias, "B" - creencias - creencias específicas de una persona relacionadas con el evento que desarrolla los sentimientos, pensamientos y acciones que pueden ser irracionales, y "C" es el resultado de tales pensamientos o acciones

La meta de la TREC es cambiar la forma en que una persona ve la vida (sus creencias irracionales) en lugar de simplemente deshacerse de los síntomas. Para alcanzar este objetivo, es necesario llegar al punto "D" dentro del modelo A-B-C, que consiste en un debate racional emocional o un diálogo socrático modificado donde se buscan pruebas y se refutan ideas. El objetivo es lograr un nuevo resultado más beneficioso y adecuado (punto E) para todas las partes involucradas.

La racionalidad es fundamental en esta aproximación. La racionalidad es un término que una persona utiliza en relación con sus propias creencias. Las creencias racionales se caracterizan por ser coherentes y en línea con la realidad, también se destacan por ser adaptables y no fanáticas. Por otro lado, las creencias irracionales, tales como la necesidad de ser aceptado por los demás o el temor al rechazo en un grupo, pueden causar malestar emocional y llevar a la persona a adoptar comportamientos de riesgo, como las conductas adictivas (Barranco, 2014).

Existen diversos tipos de creencias. Las cogniciones, pensamientos, actitudes, afirmaciones e imágenes son los factores más importantes en la formación de las emociones. Si una creencia sin fundamento antecede a una emoción, esta última será inadecuada.

La Terapia de Racional Emotiva Conductual sostiene que los sentimientos y comportamientos surgen de la forma en que cada individuo interpreta su entorno, basándose en sus propias creencias. Este enfoque se basa en las ideas filosóficas de Epicteto, un filósofo del siglo I d. C. Según Lega et al (1998), la perturbación emocional no se origina de las situaciones en sí mismas, sino de cómo se interpretan esas situaciones.

La Terapia Racional Emotiva y Conductual (TREC) se encarga de analizar y solucionar los conflictos de una persona a través de su manera de pensar, de cómo percibe las circunstancias que le rodean, sus creencias sobre sí mismo, los demás y la realidad en general. Estas conclusiones son lógicas y científicas cuando se fundamentan en evidencia empírica y siguen un razonamiento basado en premisas bien fundamentadas. Cuando las creencias no son cumplidas, pueden convertirse en irracionales y causar disturbios emocionales, lo que dificulta el alcanzar las metas o proyectos de la persona (Palencia, 2019).

La TREC y las adicciones

La terapia racional emotivo conductual propone un enfoque detallado para abordar la adicción, basado en una teoría sobre cómo se mantiene el síntoma y cómo se produce el cambio (Ellis et al. 1988). Este modelo parte de la premisa de que las variables cognitivas, emocionales y conductuales son comunes en todas las adicciones. Según la teoría de la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC), los problemas relacionados con el consumo de alcohol son el resultado de una combinación de factores genéticos, familiares, culturales

y experiencias de aprendizaje social en la vida del individuo. Ellis y sus colaboradores. Sugieren que es necesario tomar la decisión de cambiar y luego seguir adelante con esa decisión para obtener un resultado positivo. Tomar esta determinación implica modificar la mentalidad negativa sobre la molestia y el consumo de alcohol, y mantenerse sobrio implica cultivar una mayor capacidad de soportar la frustración.

Fundamentos del modelo de la TREC para las adicciones

De acuerdo con Ellis (1982), al abordar a alguien con adicciones, no se proporciona información sobre cómo brindar tratamiento o intervenir en su situación. En cambio, sostiene que es necesario que el tratamiento se base en una teoría acerca de cómo se mantiene el comportamiento adictivo. La Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC) se enfoca en la "personalidad dependiente" y considera que las personas que recurren a las drogas pueden utilizar diferentes métodos para evitar responsabilidades. Por lo tanto, el enfoque inicial será trabajar en las creencias irracionales que sustentan el uso de drogas, para luego abordar otros problemas que surjan en ese mismo orden. En primer lugar, se trata el tema de cómo finalizar la adicción, para luego brindar diferentes enfoques racionales sobre otros aspectos de la vida. Se prevé que, al eliminar la adicción y sus creencias irracionales, se pueda promover un pensamiento racional en diversas áreas como la social y la sexual (Citado en Carrascoza, 2023). Según Ellis (1982), en el caso de las adicciones, una de las creencias irracionales más comunes es la baja tolerancia a la frustración (BTF), que está precedida por una sensación de ansiedad o incomodidad cuando se anticipa dolor, incomodidad o desagrado. Esta emoción se debe a la creencia irracional de que estas sensaciones serán insoportables y no se deben permitir. Otras creencias irracionales relacionadas con las adicciones incluyen el consumo como forma de afrontamiento, como señal de minusvalía o como búsqueda de excitación.

Tratamiento de las adicciones:

Ellis (1980) detalla cómo las personas siguen un patrón común cuando se ven expuestas a estímulos que desencadenan el deseo de consumir algo. La situación que desencadena todo es el acto de abstenerse de consumir, lo que provoca una sensación de privación temporal. Esto a su vez resulta en una disminución de la capacidad para lidiar con la frustración, la cual está influenciada por pensamientos irracionales como la idea de no poder resistirse a tomar una copa, necesitar un cigarrillo para comenzar o no poder resistirse a consumir cierta sustancia. La persona puede vencer esta limitada capacidad para lidiar con la frustración cuestionando y desafiando las creencias irracionales que provocan la ansiedad. Este camino requiere perseverancia y seguirá hasta que la persona logre cambiar la emoción alterna a través de un proceso de diálogo y reflexión.

A continuación, se detalla el procedimiento de tratamiento:

Es crucial establecer una conexión sólida entre el paciente y el terapeuta, donde se valore y respete completamente al paciente, mientras que tanto el terapeuta como el paciente se comprometen activamente a trabajar juntos para lograr la recuperación del paciente. Por tanto, se entiende que la toma de decisiones, el establecimiento de objetivos y su consecución requieren un compromiso compartido. En el comienzo de la terapia, es crucial evitar las generalizaciones para fomentar que la persona hable de sí misma, sus problemas y proyectos. Se debe utilizar preguntas reflexivas y un diálogo constructivo en lugar de hacer afirmaciones como que "todos los alcohólicos carecen de motivación para el cambio". Los terapeutas que sostienen creencias irracionales sobre las personas con problemas de adicción pueden causar más perjuicio que beneficio con su ayuda. El cambio ocurre al modificar las ideas de una persona, incluso si estas ideas parecen ilógicas, en lugar de aferrarse a generalizaciones rígidas como terapeuta.

Es importante identificar los problemas más importantes de la persona a través de preguntas abiertas, como por ejemplo preguntándole por qué ha acudido allí. De esta manera, se puede obtener información sobre cómo percibe la persona su problema con las drogas. El terapeuta se esfuerza por animar a la persona a examinar y precisar su problema, de manera que modifique su perspectiva sobre las drogas y sus creencias le permita progresar y mantenerse en el camino hacia la meta.

Es importante que la persona entienda que la TREC es una herramienta de apoyo personal. Desde el inicio, es necesario comprometerse con un cambio específico y seguir un plan determinado para lograr el objetivo establecido. Mostrarles a las personas que, una vez que aprenden a cambiar y se esfuerzan por lograrlo, son capaces de transformarse a sí mismas.

Además, es fundamental que la persona tenga en mente metas alcanzables en relación al cambio que busca lograr, lo cual requiere un compromiso serio y constante. También se deben tener claros los límites de la terapia, incluyendo los procedimientos utilizados y el horario de atención. Ambos deben estar en armonía el uno con el otro.

Es indispensable realizar una evaluación sistemática para poder elaborar un plan de tratamiento que ayude a identificar y comprender los patrones negativos de pensamientos, emociones y comportamientos autodestructivos de la persona. La evaluación consiste en analizar y poner a prueba ideas irracionales, emociones y comportamientos relacionados a través de un cuestionamiento apropiado con el fin de validar o descartar las hipótesis planteadas.

Es importante comprender la historia y el hábito de consumo de una persona para identificar la relación entre el consumo de alcohol, tabaco y/u otras drogas, ya que no siempre es evidente. Por lo tanto, es necesario realizar una evaluación adecuada para abordar esta situación. Esto es importante por dos razones: en primer lugar, permite al terapeuta comprender la gravedad del problema y formular hipótesis sobre él, así como establecer metas terapéuticas. Por otra parte, ayuda a la persona a reconocer que la terapia se centrará en sus patrones autodestructivos en relación con el consumo de sustancias, de modo que el terapeuta pueda cuestionar sus creencias irracionales sobre el consumo sin juzgar, explorando la cantidad que consume en cada ocasión y los problemas relacionados, como los familiares, laborales y de salud.

Es importante fijar metas realistas entre el terapeuta y el paciente, especialmente cuando este último muestra una gran resistencia o negación hacia su problema. La elección de la meta está determinada por las características individuales de cada persona. Por ejemplo, alguien con graves problemas de salud, como cirrosis o enfisema, no podrá elegir una meta de consumo moderado debido a su condición médica. La implicación activa de la persona en la determinación de objetivos aumentará su confianza en sí misma y, por lo tanto, la posibilidad de lograr la meta.

Si una persona se ve a sí misma como adicta o abstemia, es más probable que perciba una recaída como un fracaso, lo que puede retardar su proceso de recuperación. En caso de una recaída, se debe explicar que la meta inicial no fue la más adecuada y se debe encontrar una nueva meta que sí lo sea, cuestionando las creencias y evitando las situaciones de riesgo. Reconocer las circunstancias peligrosas y tener una comprensión realista de lo que esperar puede contribuir a prevenir recaídas. Algunas tácticas útiles para lograr este objetivo podrían incluir la detección de situaciones de riesgo, el entrenamiento en habilidades asertivas, cambiar la forma en que se piensa, y practicar conductas y pensamientos alternativos. Es importante tener en cuenta que una recaída siempre se produce como resultado de una decisión, aunque no siempre

consciente, por parte de la persona, por lo que es necesario explorar directamente la experiencia y obtener la información necesaria (Ellis, 1980, p. 561).

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) ha sido demostrada como una terapia efectiva en el tratamiento de la adicción a sustancias. ACT es una forma de terapia que se enfoca en aceptar las emociones y comprometerse con los valores en lugar de evitar la experiencia emocional. Es una variante de la terapia cognitivo-conductual. La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 1999) no se limita a ser una simple terapia, sino que tiene una base teórica sólida en la Teoría del Marco Relacional, la cual incorpora principios del Análisis Experimental y Aplicado del Comportamiento, así como información de otras áreas de la psicología sobre estrategias de afrontamiento y efectos paradójicos. ACT busca crear diversas acciones que permitan avanzar hacia metas y objetivos importantes para cada individuo, sin depender de la presencia de estados emocionales negativos como el dolor, la ansiedad, la tristeza o el miedo.

En conclusión, la terapia de aceptación y compromiso:

a) Se trata de un enfoque terapéutico que se centra en las acciones significativas para el individuo, (b) considera que el malestar o sufrimiento es algo común y natural, resultado de la condición humana como seres que tienen la capacidad de expresarse verbalmente. Según la definición de (c), se adquiere la capacidad de soportar el dolor común, lo que a su vez puede provocar la aparición de sufrimiento anormal, (d) Fomenta la evaluación de la función de los comportamientos del paciente y, por lo tanto, se centra en la vivencia del paciente como elemento central del tratamiento. La idea principal es reflexionar sobre qué aprendemos al realizar ciertas acciones, qué es lo realmente valioso que obtenemos de ello y qué actividades nos gustaría realizar si pudiéramos alejarnos de la idea de aliviar el sufrimiento constantemente, (e) busca promover una actitud más flexible ante el malestar, ya que la experiencia del paciente indica que resistir los pensamientos y emociones negativas solo conduce a limitar su vida, mientras que enfocarse en ellos impide avanzar en la dirección deseada. El principal propósito de ACT es romper con la rigidez de patrones de evitación destructivos o la regulación excesiva o desadaptativa a través de procesos verbales amplificados por la cultura, que enfatizan la búsqueda inmediata de sentirse bien y evitar el dolor como elementos fundamentales para la vida, (f) significa identificar y definir los valores que guían nuestras acciones hacia lo que consideramos valioso, estar conscientes de los eventos privados que surjan en nuestras vidas, y practicar la aceptación de manera constante y rápida y g) Significa adquirir la habilidad de enfrentar los obstáculos y seguir adelante, es decir, tomar la decisión de seguir actuando de acuerdo con nuestros valores a pesar de las dificultades que puedan surgir por una recaída (Soriano y Valdivia, 2006). Los métodos clínicos de ACT utilizan modalidades verbales poco literales como las metáforas, paradojas y ejercicios experienciales para abordar los problemas de evitación. Estas modalidades buscan exponer al paciente a sus eventos privados que generan malestar para trabajar en su resolución desde el yo como contexto, enfocándose en el momento presente y siendo lo más específicos posibles en cada caso. Por ejemplo, la metáfora de la persona atrapada en un hoyo y cavando con una pala no solo ilustra que no se puede salir cavando, sino que además se profundiza aún más el agujero al hacerlo. Esto se asemeja al ciclo de regulación que el paciente atraviesa al intentar manejar los sentimientos de culpa, buscando soluciones que puedan silenciar esos pensamientos, lo cual podría parecer adecuado en un principio. Sin embargo, a medida que continúa este proceso, la persona se da cuenta de que los sentimientos de culpa se vuelven más intensos (el hoyo se hace más profundo al cavar), lo

que resulta en una disminución de acciones que podrían generar una respuesta positiva (Soriano y Valdivia, 2006).

Esta diversidad de estilos de comunicación intenta eludir las limitaciones del lenguaje y promover un ambiente verbal en el que se cuestione la importancia de la racionalidad en ciertos ámbitos, dando prioridad en su lugar a la autenticidad de la experiencia del cliente. Además, se rechaza de manera directa cualquier intento de imponer la verdad basada en la lógica o los valores del terapeuta. Por lo tanto, el terapeuta no impondrá demandas sobre qué hacer ni se discutirá lo que es mejor o peor, ni se cuestiona la racionalidad de los pensamientos y sensaciones. En cambio, se utilizará la experiencia del paciente como base para hacer preguntas, utilizar metáforas y realizar ejercicios que ayuden a aclarar sus valores. A través de este enfoque, se brindarán múltiples oportunidades para que el paciente se enfrente a sus barreras internas, como pensamientos negativos, recuerdos dolorosos y malestar emocional, en el presente momento. Según un estudio realizado por Luciano y Hayes en (2001).

Evidencia Clínica 2

Esta técnica ha demostrado ser exitosa en múltiples investigaciones individuales. En los estudios clínicos controlados, se ha demostrado que la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es igualmente efectiva o incluso superior a otros tratamientos cognitivos validados empíricamente, placebos o simplemente esperar. En particular, se ha destacado su eficacia en casos crónicos, mostrando diferencias significativas en los seguimientos a largo plazo en diversas áreas como la depresión, el estrés laboral, la psicosis, los trastornos obsesivo-compulsivos, la ansiedad, el consumo de drogas, entre otros (Hayes et al., 2004)

Se ha demostrado ser efectivo para prevenir la cronicidad y modificar significativamente el desarrollo de secuelas y diversos síntomas. Se ha utilizado en diferentes formatos y por diversas personas en numerosas naciones, tanto de manera individual como grupal y en versiones cortas y extensas. La investigación sobre estrategias para evitar experiencias negativas (Wilson y Groom, 2002).

La aceptación es el principio fundamental de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Esto significa aceptar la presencia de emociones, pensamientos y sensaciones físicas desagradables, sin tratar de reprimirlos o evitarlos. El propósito de la aceptación es disminuir el dolor que proviene de intentar controlar o erradicar estas vivencias negativas (López, 2010).

Compromiso: La segunda parte de ACT es el compromiso. Esto significa reconocer los valores que uno tiene y comprometerse a tomar medidas para lograrlos. Al poner énfasis en sus principios personales, las personas pueden encontrar un propósito y significado en sus vidas, lo cual puede disminuir su inclinación a recurrir al consumo de sustancias (López, 2013).

La aceptación emocional y la dedicación a los valores personales se presentan como una herramienta efectiva en la terapia de la adicción a sustancias. Al darle espacio a las emociones negativas, las personas pueden disminuir el sufrimiento causado por tratar de suprimirlas o evitarlas. Al adoptar sus valores personales, las personas pueden encontrar un propósito y significado que les ayude a disminuir el deseo de consumir sustancias.

Evitar situaciones o emociones desafiantes es una estrategia frecuentemente empleada por individuos que sufren de adicción a drogas o alcohol. No obstante, evitar el problema puede generar un bucle de sentimientos, pensamientos y sensaciones físicas desfavorables que pueden impulsar el deseo de consumir sustancias. Según López (2010), ACT fomenta que las personas se comprometan con sus valores personales y se alejen de la evitación, lo que les permite avanzar hacia una vida más satisfactoria y enriquecedora.

Tratamiento Cognitivo Conductual en Adicciones

Características del Tratamiento Cognitivo Conductual (TCC) en Adicción a Sustancias Psicoactivas:

Las TCC son la integración de los principios derivados de la teoría del comportamiento, la teoría del aprendizaje social y la terapia cognitiva; el cual consiste en incrementar el control personal, que se tiene sobre sí mismo, y que parte de la consideración del individuo como científico, en el sentido en que se contrastan empíricamente las ideas y creencias, así se tienen como características fundamentales: el centrarse en abordar los problemas actuales, establecer metas realistas y consensuadas, buscar resultados a muy corto plazo, y la utilización de técnicas empíricamente contrastadas para incrementar la capacidad de manejar los propios problemas.

Ahora bien, el enfoque cognitivo conductual busca la integración de los dos modelos, cognición y condicionamiento, afirmando que los procesos de condicionamiento pueden estar mediatizados por variables cognitivas. (Universidad de Barcelona, 2008). Donde la terapia adecuada es aquella que incluye consideraciones individuales de cada factor de cognición. De esta manera se entiende que los individuos pueden y deben construir una estructura cognitiva que facilite influencias positivas futuras.

Dentro de las terapias cognitivas conductuales que se encuentran arraigadas a la adicción se percibe ciertas inclinaciones hacia las estrategias relacionadas con el cambio, el manejo de la compulsión y la presión social, por lo que se percibe necesario escrutar acerca de los diferentes aspectos relacionados con el cambio, como las menciona (Diclemente & James O. Prochaska, 1994). Donde evidencia el cambio con unos estadios motivacionales, que clasifica en seis y los nomina como: la pre-contemplación, la contemplación, la preparación, la acción y el mantenimiento; los cuales están relacionados con la manera como el sujeto percibe el problema o en este caso la adicción; dichos estadios los clasifica en seis, los cuales deben ser evaluados antes de cualquier intervención, ya que dependiendo el estadio en el que se encuentre se iniciaría la intervención o el tratamiento psicológico. También tienen en cuenta en los procesos de cambio, un posible estadio que ellos mencionan como recaída, la cual tiene gran importancia en el proceso de cambio, por lo que incide en gran medida el campo motivacional, la regulación de las emociones y la reestructuración cognitiva.

Según el informe ofrecido por la OMS (2005) la terapia cognitiva conductual permite, junto con la prevención de recaídas y terapias motivacionales que el paciente consumidor desaprenda la conducta adictiva y modifique la generación de estímulo respuesta, llevando al paciente a nuevas asociaciones. En este orden de ideas (Keegan, 2012), considera que la terapia cognitiva conductual es una mezcla de enfoques como lo es el conductismo, el cognitivo y el aprendizaje social de Bandura, además destaca que su objetivo principal es la abstinencia general de la sustancia, aunque no se opone a la terapia como reducción de daños, lo cual implica la reducción de consumo. Así mismo (Díaz, Ruiz, & Villalobos, 2012) comentan que la terapia cognitiva conductual, se inició con los aportes de la psicología del aprendizaje, y cuyo objetivo lo define como el cambio conductual, cognitivo y emocional, acorde a las necesidades adaptativas; también relaciona esta terapia con la participación activa del paciente, por medio de distintas actividades empalmadas con su contexto ambiental.

Siguiendo esta misma línea (Becoña E. I., 2008), menciona la terapia cognitiva conductual como la más completa para el tratamiento de uso de sustancias y la describe como el desarrollo de estrategias que permiten el aumento del nivel de control de sí mismos. Becoña, (2010) también menciona algunas características que son tenidas en cuenta en dicho tratamiento, dentro de las cuales se encuentra: La orientación a las dificultades actuales, la construcción de metas realizables, la búsqueda prioritaria de soluciones para los problemas

más perentorios, las cuales relaciona con la adquisición de destrezas en el empoderamiento, que le permitan afrontar al adicto las distintas circunstancias.

Caballo, (2008), divide la terapia por fases, dentro de las cuales se encuentra la deshabitación física de la conducta, por medio de la superación del síndrome de abstinencia. Para este síndrome (Chiauuzzi),1961, citado por (Caballo, 2008), enumera una serie de consideraciones antes de comenzar con el proceso de dicha deshabitación; dentro de las cuales menciona, la necesidad de tener en cuenta el tipo de sustancia, el contexto o el ambiente que determina el fácil acceso, la percepción de la sustancia, la duración del síndrome y el estilo de afrontamiento, ya que según este referente hay diferencias individuales entre quienes hablan y no hablan del malestar. Dentro de las fases de tratamiento que menciona Caballo (2008), en la primera fase va incluida la deshabitación mencionada anteriormente, además de la evaluación relacionada con las etapas del cambio, también refiere el entrenamiento familiar, en el que incluye un cambio en el ambiente y el aislamiento de posibles eventos o factores que influyan en el consumo. En la segunda fase, Caballo recomienda continuar en la etapa de abstinencia y considera que ésta se da del segundo al cuarto mes, este referente alude que se debe replantear de nuevo el estadio de cambio, que verifique en qué etapa se encuentra, además que refuerce dicha etapa. Asimismo considera que el paciente al tener cierto grado de control se puede exponer a estímulos que inciten el recuerdo de la sustancia, relacionando el procedimiento de exposición, que conlleva el delimitar de mayor a menor los signos del deseo de consumo, para que dicha exposición se da de manera gradual, hay que tener en cuenta que este referente realiza especial énfasis en que no se puede pasar a otro nivel de exposición hasta que el primero este evacuado, es decir hasta que sea superado, con ningún grado de ansiedad; en esta fase también recomienda la modificación del estilo de vida por medio de distintas actividades, además del manejo de diferentes aspectos como son el control de la ira, y otras cuestiones que lo lleven a ser vulnerable a una recaída. Del mismo modo menciona la reestructuración cognitiva acerca de la percepción de la sustancia, del ambiente y de sí mismo, cambiando pensamientos y creencias equívocas. Como tercera fase (2008), infiere que esta última fase se da desde el quinto al noveno mes, en el cual se realiza un fortalecimiento de la terapia realizada en las dos primeras fases, en particular la segunda que está encausada a la reestructuración cognitiva, modificación del estilo de vida, recomienda abordar la prevención de recaídas, evaluando situaciones de riesgo e implantando intervención relacionado con la posible recaída. Para finalizar el seguimiento se realiza durante cuatro meses.

Entrenamiento en Habilidades

Para (Carramiñana, 2016)este entrenamiento, como ya se mencionó con anterioridad sirve como base para comprender los conceptos y aplicar de una manera adaptativa conductas que puedan ser evaluadas de alto riesgo. Marlatt 1993, citado por (Carramiñana, 2016)) alude una serie de habilidades sociales apropiadas para tener en cuenta en el entrenamiento con los pacientes adictivos; dentro de dichas habilidades mencionan: la asertividad, control de estrés, control de ira, relajación, comunicación, resolución de conflictos, entre otras habilidades. En cambio para Caballo (2008), el entrenamiento en habilidades es abordado, principalmente para el enfrentamiento, lo que éste considera es conveniente para evaluar distintas situaciones, las cuales incluyen no solo el malestar emocional, sino también el físico, así como el auto control, las tentaciones, el impulso ,las situaciones problemáticas con su entorno y la presión social. Caballo, además divide esta técnica en tres partes, en donde la primera la denomina anticipatoria; con el fin de prevenir situaciones de alto riesgo; por ejemplo evitar asistir a lugares donde se consume o se expide la sustancia; lo que este referente menciona como un “control de estímulo”; en segunda instancia alude las técnicas de afrontamiento inmediato; la cual como su nombre lo indica es para ser desarrollada en el instante requerido, es decir que se puedan utilizar en el instante en el que el sujeto este inmerso en la situación de riesgo; para esta etapa de esta técnica, Caballo considera el realizar otra actividad, tener en cuenta habilidades de relajación o de autocontrol.

Resultados:

Los resultados de la revisión destacan la eficacia de varias modalidades de tratamiento psicoterapéutico en el abordaje de la adicción a sustancias tóxicas. La terapia racional emotiva conductual (TREC) se enfoca en disputar y reemplazar creencias irracionales que contribuyen a la adicción. La terapia de aceptación y compromiso (TAC) promueve la aceptación de la experiencia emocional y el compromiso con valores personales en lugar de la evitación. La terapia motivacional (TM) utiliza técnicas de entrevista centrada en el cliente para fomentar la motivación intrínseca para el cambio.

La limitación evidencia el escaso uso de estas modalidades de tratamiento en la actualidad, siendo imprescindible que los profesionales de la psicología incorporen dentro del plan de tratamiento a sustancias psicoactivas, lo investigado en éste artículo.

Discusiones:

El artículo presenta un detallado análisis sobre la evolución de la concepción de las adicciones como enfermedad cerebral, así como diferentes enfoques terapéuticos para su tratamiento. Comienza describiendo el cambio de paradigma desde una visión puramente médica y psiquiátrica hacia un modelo biopsicosocial, que reconoce la complejidad de las adicciones y su influencia tanto a nivel biológico como psicológico y social. Este cambio se ha visto reflejado en la conceptualización de la adicción como una enfermedad del cerebro, influenciada por factores genéticos, familiares, culturales y ambientales.

El artículo destaca el papel fundamental de los cambios cerebrales en el desarrollo y mantenimiento de la adicción, lo que lleva a una pérdida de control y a comportamientos compulsivos y destructivos. Se enfatiza que, si bien la decisión inicial de consumir drogas puede ser voluntaria, una vez que se desarrolla la adicción, la capacidad de autocontrol se ve gravemente afectada debido a los cambios cerebrales.

El texto también aborda la importancia de considerar los aspectos sociales y contextuales del consumo de drogas, haciendo referencia al ejemplo de los soldados que dejaron de consumir heroína al regresar a sus hogares después de la guerra de Vietnam. Esto resalta la importancia del contexto social en el consumo de drogas y en la recuperación de la adicción.

Se discuten diferentes enfoques terapéuticos para el tratamiento de las adicciones, centrándose principalmente en la terapia racional emotivo conductual (TREC) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). Ambas terapias se basan en modificar las creencias irracionales que sustentan el consumo de drogas y promover un cambio en el comportamiento a través de la aceptación de las emociones y el compromiso con los valores personales.

Se destaca la eficacia de estas terapias en el tratamiento de la adicción a sustancias tóxicas, aunque se reconoce la necesidad de una mayor incorporación de estas modalidades de tratamiento en la práctica clínica actual. Se subraya la importancia de que los profesionales de la psicología incorporen estas modalidades de tratamiento dentro de su plan de tratamiento para las adicciones.

Esta investigación ofrece una visión completa de la evolución de la conceptualización y el tratamiento de las adicciones, destacando la importancia de un enfoque integrado que tenga en cuenta tanto los aspectos biológicos como psicológicos y sociales de las adicciones. Además, proporciona información detallada sobre diferentes enfoques terapéuticos, resaltando su eficacia y la necesidad de su mayor implementación en la práctica clínica.

Conclusiones:

El artículo proporciona una visión histórica del concepto de adicción como una enfermedad cerebral, desde las primeras ideas en el siglo XIX hasta su evolución hacia un modelo explicativo biopsicosocial en el siglo XX. Destaca el papel de los estudios sobre opiáceos en animales, el descubrimiento de los receptores cerebrales y la financiación gubernamental para investigar la causa biológica de las adicciones. Este cambio de paradigma culmina con la propuesta de Alan Leshner de conceptualizar la adicción como una enfermedad crónica del cerebro en 1977.

El artículo también detalla los tratamientos basados en la Terapia Racional Emotivo Conductual (TREC) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Ambos enfoques terapéuticos buscan modificar las creencias irracionales y promover una actitud más flexible ante las emociones y situaciones desafiantes. Además, destacan la importancia de establecer metas realistas, trabajar en la tolerancia a la frustración y fomentar un compromiso activo hacia el cambio.

Se subraya la evolución del concepto de adicción como una enfermedad cerebral y proporciona una visión detallada de los tratamientos basados en la TREC y la ACT.

Por otro lado, El TCC, resulta ser un tratamiento más preciso para tratar la conducta adictiva a sustancias psicoactivas, ya que no sólo comprende como esta adicción es un aprendizaje adquirido, sino que trabaja directamente la modificación de dicha conducta, por medio de distintas técnicas, dentro de las cuales se encuentra el análisis funcional, la entrevista motivacional, los estados de cambio, la reestructuración cognitiva, habilidades de afrontamiento y la prevención de recaídas por medio de la identificación de situación de riesgo. Estos enfoques terapéuticos muestran evidencia de eficacia en el tratamiento de la adicción a sustancias y resaltan la importancia de modificar las creencias irracionales, promover la aceptación emocional y comprometerse con los valores personales como parte del proceso de recuperación.

Referencias Bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5®), 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014
- Barranco, J. (2014). *Técnicas de Modificación de Conducta: una guía para su puesta en práctica*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Batten, S.V. y Hayes, S.C. (2005). *Acceptance and Commitment therapy in the treatment of comorbid substance abuse and post-traumatic stress disorder. A case study*. *Clinical case studies*, 4(3), 246-262.
- Becoña, E. I. (2016). Trastorno Adictivo. Madrid
- Carrascoza, C. (2023). *La terapia racional emotivo conductual y el tratamiento de las adicciones: fundamentos y estrategias*. Universidad Nacional Autónoma de México. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2023/epi232h.pdf>
- Caballo, V. E. (2008). Manual para el tratamiento cognitivo- conductual para los trastornos psicológicos. Mexico España: Siglo XXI editores,S.A.
- Carramiñana, P. C. (2016). La prevención de recaídas en drogodependencias desde el modelo de Marlatt. Aportaciones desde el trabajo social. *Dialnet*, 109;133
- Ellis, A. (1982). *The Treatment of Alcohol and Drug Abuse*. Rational Emotive Approach. *Rational Living*, 17, 15-24.
- Ellis, A. (1993) *Changing rational-emotive therapy (RET) to rational emotive behavior therapy (REBT)*. *The Behavior Therapist*, 16, 257-258.
- Ellis, A. Abrahams, E. (1980) *Terapia Racional Emotiva*. Todo sobre la terapia en humanos. México: Edit. Pax.
- Ellis, A. Mc Innery, J. DiGiuseppe, R. Yeager, R. (1988). *Rational emotive therapy with alcoholics and substance abusers*. New York: Pergamon. (Trad. al español: Terapia racional emotiva para alcohólicos y toxicómanos: Manual para Profesionales de la Psicología. Bilbao: Desclée de Brouwer
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L.F. (2004). *BDT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies*. *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. Nueva York: The Guilford Press.
- Heffner, M., Eifert, G.H., Parker, B.T., Hernández, D.H. y Sperry, J.A. (2003). *Valued directions: Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of alcohol dependence*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 378-38.
- Hernández, M. (2014). *Estado actual de la terapia de aceptación y compromiso en adicciones*. Centro de Atención Integral a Drogodependientes, Madrid. Recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/tratamiento/pages/pdf/ACTEPADIC.pdf>

- Kahler, C. W., Kelly, J. F., Strong, D. R., Stuart, G. L., Brown, R. A., & Ramsey, S. E. (2002). A prospective investigation of the relationship between emotional regulation and alcohol use among college students. *Behavior Research and Therapy*, 40(10).
- Lega, L. Caballo, V. Ellis, A. (1998). *Teoría y práctica de la terapia racional emotivo. Conductual*. México: Siglo XXI.
- López, M. (2010). *Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical*. *Health and Addictions*, 10 (2), 37- 46.
- López, M. (2013a). *Tratamiento psicológico de la impulsividad desde la perspectiva de las terapias de conducta de tercera generación. A propósito de un caso*. *Anuario de psicología*, 43 (1), 117-127.
- Luciano, C., Gómez, S., Hernández, M. y Cabello F. (2001). *Alcoholismo, Evitación Experiencial, y Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 333-372.
- Luciano, C., Páez, M. y Valdivia, S. (2010). *La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de Evitación Experiencial*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141-165.
- Luciano, C., Rodríguez, M. y Gutiérrez, O. (2004). *A proposal for synthesizing verbal contexts in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy*. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377-394
- Luciano, M.C., y Hayes, S. C. (2001). *Trastorno de evitación experiencial*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- SAMHSA (2011). *National Registry of Evidence-based Programs and Practices*. Disponible en internet en: <http://174.140.153.167/ViewIntervention.aspx?id=191>
- Soriano, M y Valdivia, M. (2006). *La terapia de aceptación y compromiso (ACT) fundamentos, características y evidencia*. Universidad de Almería. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/778/77827203.pdf>
- Walters, G. D., & Ogle, R. L. (2001). Rational emotive behavior therapy (REBT), irrational and rational beliefs, and the psychological health of athletes. *Cognitive Therapy and Research*, 25(6), 835-843.
- Wilson, K.G., y Groom, J. (2002). *The valued living questionnaire*. *Relational frame theory* (pp. 211-238). Nueva Yor: Kluwer Academic
- Zweben, A., Pearlman, S., Li, S., & Yuan, S. (2004). Rational emotive behavior therapy and twelve-step-oriented treatment for substance-dependent inpatients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 36(2)