



**UNIVERSIDAD DE JAÉN**  
Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación

Trabajo Fin de Grado

**Aplicación de la Terapia  
de Aceptación y  
Compromiso (ACT) al  
tabaquismo. Una  
revisión.**

**Alumno/a: Alejandra Mellado Jiménez**

**Tutor/a: Prof. D<sup>a</sup> Mónica Hernández López**  
**Dpto.: Psicología**

**Junio, 2021**

## **ÍNDICE**

1. Introducción.....	página 3.
2. Metodología.....	página 8.
3. Resultados.....	página 10.
4. Discusión.....	página 26.
5. Bibliografía.....	página 28.

## **RESUMEN**

Cuando una persona consume tabaco lo hace porque este le parece reconfortante, usándolo como estrategia para evitar las experiencias privadas aversivas. Una vez que la persona toma la decisión de dejar de fumar puede sentir un malestar al faltar esta sustancia en su organismo, produciéndose un síndrome de abstinencia. Para superar esto resulta útil la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), la cual busca que las personas sean capaces de afrontar estas experiencias y malestar centrándose en sus valores y experiencia para tener una vida plena y feliz. El objetivo de este trabajo se ha basado en hacer una revisión de los distintos estudios que existen de la aplicación de la terapia de aceptación y compromiso al tabaquismo, resultando todos ellos exitosos.

**PALABRAS CLAVE:** tabaquismo, Terapia de Aceptación y compromiso, ACT, evitación experiencial, valores.

## **ABSTRACT**

When a person consumes tobacco, he/she does so because he/she finds it comforting, using it as a strategy to avoid aversive private experiences. Once the person makes the decision to quit smoking, he/she may feel discomfort due to the lack of this substance in his/her organism, producing an abstinence syndrome. To overcome this, acceptance and commitment therapy is useful, which seeks that people are able to cope with these experiences and discomfort by focusing on their values and experience to have a full and happy life. The aim of this work has been based on a review of the different studies that exist on the application of acceptance and commitment therapy to smoking, all of which have been successful.

**KEY WORDS:** smoking, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), experiential, Avoidance, values.

## 1. INTRODUCCIÓN.

Según la OMS el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, entre las que se encuentra el cáncer o las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. También señala que el tabaco mata hasta a la mitad de las personas que lo consumen. Cada año, más de 8 millones de personas fallecen a causa del consumo de este (Organización Mundial de la Salud, 2019).

Además de los fumadores directos, también es conveniente señalar la gran cantidad de personas que sufren los efectos perjudiciales del tabaco simplemente por ser fumadores pasivos, es decir, la exposición de no fumadores al humo ajeno. Esta exposición indirecta es culpable de los más de 1,2 millones de muertes prematuras, trastornos cardiovasculares y respiratorios que se producen anualmente (Organización Mundial de la Salud, 2019).

El humo que se produce tras la inhalación del tabaco está compuesto por unas 4.000 sustancias diferentes, incluyéndose algunas altamente tóxicas y cancerígenas. Uno de los componentes es el monóxido de carbono, este provoca una menor oxigenación en el cuerpo debido a que es absorbido por los pulmones y sustituye a nuestro oxígeno natural. También están presentes en el tabaco una serie de sustancias irritantes, las cuales están directamente relacionadas con las enfermedades respiratorias. Igualmente, entre los componentes del tabaco se encuentran agentes cancerígenos, como el alquitrán y el arsénico entre otros, sobre los que recae la mayor culpabilidad de las patologías cancerígenas. Uno de los componentes más importantes es la nicotina. Esta es la responsable de la dependencia física del tabaco debido a su rápida absorbencia. La nicotina produce efectos placenteros en nuestro cerebro, ya que activa los circuitos de recompensa, pero esto es temporal por lo que la única forma de volver a sentirlo es fumar de nuevo (Asociación Española Contra el Cáncer). Por todo lo comentado, esta dependencia física producida por la nicotina es una de las razones por la que las personas fuman continuamente.

Una serie de desencadenantes emocionales también constituye otra de las razones que provocan el consumo de tabaco. Puede ocurrir que cuando una persona fume sienta emociones fuertes, esté bajo de ánimo, ansioso, emocionado, aburrido, triste, contento, sienta inseguridad en situaciones sociales, se sienta solo o incluso después de una discusión o conflicto para solucionarlo, celebrarlo o simplemente sentirse mejor. Esto puede provocar

que cuando se presente de nuevo una de estas emociones o situaciones recurra al tabaco de nuevo por la asociación que se produce en su cerebro entre el tabaco y una de estas situaciones.

De igual manera pueden ser actividades que relacionamos con fumar la que mantengan este hábito, por ejemplo, ir a un bar, el descanso en el trabajo, cuando estamos relajado en casa viendo la televisión o incluso tras mantener relaciones sexuales. También pueden incluirse factores sociales como quedar con amigos, ver como otra persona fuma o cuando somos jóvenes y asistimos a un evento de cualquier tipo donde observamos a iguales fumando. Debido a esto puede ocurrir que cada vez que realicemos una de estas actividades o nos encontremos en uno de estos lugares, fumemos.

En definitiva, cada una de estas situaciones, así como las anteriores constituirán para el fumador un conjunto de experiencias privadas. Algunas de ellas resultan aversivas para la persona y llevarán al consumo del tabaco para evitarlas y no sentir malestar. En otras ocasiones resultan placenteras, por lo que la persona fumará para seguir sintiendo ese placer y permanecer en una zona de confort. Por ello, se puede deducir que las personas en cierto modo fuman para mantener un determinado grado de confort en sus vidas.

Aun existiendo los datos fatídicos comentados al principio del epígrafe y la recompensa que para algunas personas supone, esto no supera el riesgo que el consumo de esta droga conlleva. Pero sigue existiendo gran parte de la población que no conoce este riesgo o si lo saben llegan a pensar que a ellos no les pasará. Una vez son conscientes de esto, son muchas las personas que quieren dejarlo, pero debido a la gran adicción que la sustancia principal del tabaco, nicotina, provoca y los factores sociales y psicológicos que están asociados, son pocos los que consiguen hacerlo. La OMS señala que solo el 4 % de los intentos son victoriosos (Organización Mundial de la Salud, 2009).

Es por ello que cuando la persona se plantea dejar de fumar y comienza con el proceso de deshabituación del tabaco se va a comprobar el grado de dependencia que tiene a este. La dependencia desde este punto de vista es un trastorno conductual, que produce la pérdida de control por parte del consumidor de la sustancia adictiva, esto es debido a los efectos neurobiológicos que la propia sustancia produce en la persona (Torrecilla et al, 2001). A esto hay que sumarle el conjunto de experiencias privadas comentadas

anteriormente, que de una forma u otra también constituyen uno de los pilares que sustentan la adicción al tabaco. Debido a esto, la persona va a seguir consumiendo la droga de forma continuada.

Si se deja de consumir la sustancia, en este caso el tabaco, la persona comenzará a sentir malestar, debido a que la tendrá la sensación de que le falta algo y además su cerebro no funcionará como lo estaba haciendo hasta el momento, ya que también se verá afectado por la falta de esta sustancia y los circuitos cerebrales de recompensa no serán estimulados, derivándose una serie de manifestaciones clínicas. Esto es lo que se denomina síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia puede comenzar a manifestarse muy rápidamente desde que el fumador deja de consumir tabaco, entre las 8 y las 12 horas. Este consiste en una serie de síntomas y signos que aparecen cuando se interrumpe el consumo del tabaco, esto provoca la reducción de la estimulación de los componentes de recompensa en los circuitos cerebrales y comienzan a observarse las consecuencias. Entre las manifestaciones clínicas de este síndrome encontramos: irritabilidad, insomnio, mareos, inquietud, disminución de la frecuencia cardíaca, problemas intestinales, dificultad de concentración, cefalea, aumento del apetito, astenia, ansiedad o disforia. Otro de los signos que aparece es el craving. Este se define como un deseo e impulso de fumar para evitar el malestar y sintomatología anteriormente mencionados y el consecuente de muchas de las recaídas que se producen (Torrecilla et al, 2001).

Por todo lo comentado, es posible que la persona necesite ayuda y tenga que recurrir a algún tipo de profesional o de terapia para hacer frente a la deshabituación del tabaco. En las Guías de Práctica Clínica (GPC) para dejar de fumar se encuentran distintas intervenciones para dejar de fumar. Entre ellas se incluye la terapia cognitivo conductual, el tratamiento farmacológico (parches de nicotina, bupropión), así como también puede resultar efectivo una combinación de ambos (National Institute for Health and Care Excellence, 2018).

La terapia cognitivo-conductual (TCC) abarca una serie de enfoques terapéuticos diferentes que presentan orientaciones conductuales y cognitivas diversas, y además se encuentran en evolución. A menudo se utilizan los términos “primera”, “segunda” y

“tercera” generación para describir el desarrollo de la terapia cognitivo- conductual. Estos términos también son utilizados en el tratamiento de los trastornos emocionales (Harley, 2015).

La primera generación se refiere a las terapias clásicas, las cuales apoyaban el cambio directo del comportamiento llevado a cabo mediante el manejo de contingencias. Estas terapias no tuvieron el éxito suficiente, ya que no resultaban eficaces para ciertos problemas que cursaban los adultos. Es por ello, que surge la segunda generación de terapias para cubrir la necesidad de centrarse en los aspectos cognitivos, pero sin olvidar los conductuales, y así se formalizaron las terapias cognitivo-conductuales. Estas asumen el cambio de contingencias, pero señalando a los eventos cognitivos como eje principal para cambiar el comportamiento. Posteriormente surgen las terapias de tercera generación, estas entienden el sufrimiento de una forma distinta, en este caso prestando especial atención al lenguaje (Hayes, 2004).

Estas terapias de tercera generación, al contrario que las terapias anteriores, no se centran en eliminar los síntomas cognitivos para alterar la conducta del paciente, sino que a partir de la alteración del contexto alteran la función de los síntomas cognitivos que se consideran problemáticos (Luciano y Valdivia, 2006).

Entre esta tercera ola de terapias se encuentra la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). La teoría básica que sustenta la ACT es la teoría del marco relacional (RFT). Según esta teoría la cognición humana depende de marcos relacionales. Es decir, cuando hablamos con sentido, escuchamos con comprensión, pensamos y razonamos lo hacemos realizando derivaciones relaciones entre distintos elementos. Por lo tanto, estos comportamientos serían el resultado de derivaciones entre eventos y palabras, entre eventos y eventos y entre palabras y palabras (Hayes et al 2003).

La ACT sigue la línea del pragmatismo, basándose concretamente en un tipo llamado contextualismo funcional, el cual cuenta con una serie de componentes como son: prestar atención al acontecimiento completo, tener en cuenta el contexto para comprender tanto la función como la naturaleza del acontecimiento, especial interés en un criterio de verdad pragmático y establecer unos objetivos específicos en base a ese criterio (Hayes, 2004).

La ACT es una terapia con un enfoque que no tiene por objetivo reducir o cambiar los pensamientos, sensaciones o recuerdos que resultan molestos como ocurría en las primeras intervenciones conductuales. Las personas a menudo buscan sentirse bien siempre, es por ello, que en ocasiones se busca cambiar el comportamiento para así reducir o cambiar los eventos privados y la búsqueda de positivos, para así conseguir una vida plena. Pero resulta que esta estrategia puede dar pie a un aumento del malestar y por consiguiente una reducción de la capacidad de vivir de forma plena. Es entonces cuando la persona está en una espiral paradójica de evitación experiencial inflexible y limitante. La evitación experiencial en definitiva, es un patrón inflexible que consiste en evitar o controlar la presencia de eventos privados, pensamientos, sentimientos y emociones para poder vivir. Es por ello que la ACT tiene por objetivo alterar la función de pensamientos, sensaciones y recuerdos molestar, así como proporcionar flexibilidad a la hora de regular el comportamiento. Una vez modificado este funcionamiento en función del ámbito que es importante para la persona, esta aprecia la paradoja de su comportamiento. Además, la ACT pretende hacer que la persona tome conciencia plena del flujo de los eventos privados para actuar siempre de un modo valioso. En ACT las paradojas, los ejercicios de exposición, así como las metáforas son buenos métodos para la aceptación de los eventos privados siempre en relación con los valores personales. (Luciano y Valdivia, 2006). En definitiva, la terapia de aceptación y compromiso tiene como objetivo que la persona experimente emociones, pensamientos, sentimientos y recuerdos, a la vez que se están produciendo cambios en su conducta, guiados estos siempre por los valores (Bricker et al 2014).

Para Luciano y Valdivia , 2006 la ACT presenta las siguientes características: es una terapia centrada siempre en acciones valiosas para la persona que la recibe, el malestar es visto como algo vital y normal, las personas tendemos a evitar el sufrimiento y esto verdaderamente es lo que nos hace sufrir, la clave de la terapia debe ser la experiencia del paciente, se debe enseñar a los pacientes a flexibilizar ante el malestar, es necesario clarificar los valores que van a ser el guión de la terapia para así actuar como la persona cree relevante, y por último utilizar de nuevo los valores para afrontar el malestar que puede producirse con las recaídas.

La ACT ha resultado efectiva para tratar el tabaquismo, ya que se han llevado a cabo diversos estudios en lo se aplica esta terapia a fumadores, resultando estos exitosos. En este trabajo se llevará a cabo una revisión de estos estudios en los que esta terapia se administra



de diferentes formas: una aplicación para teléfonos inteligentes, por vía telefónica, de forma presencial y mediante una web. Además, en algunos de estos estudios se compara con otra terapia o se combina con un tratamiento farmacológico.

## **2. METODOLOGÍA.**

En el presente trabajo la metodología empleada consiste en una revisión de la literatura, la cual fue llevada a cabo por una sola investigadora. La búsqueda bibliográfica se realizó aplicando de manera exacta los criterios de selección, para evitar así cualquier sesgo.

En esta búsqueda se consultaron fuentes de información fiables, como bases de datos, entre las que se encuentran PubMed, ScienceDirect y PsycINFO, y, además, google académico. También se hizo uso la información proporcionada en ResearchGate, una red en la que se encuentran diferentes publicaciones relacionadas con ciencia, así como de la revista médica Nicotine and Tobacco Research (Nicotine & Tobacco Research) y la revista internacional sobre enfoques biomédicos y psicosociales Drug and Alcohol Dependence. Otras páginas que resultaron útiles para la búsqueda fueron la de la Asociación Española contra el Cáncer (aecc) y la de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Pero la fuente que más peso tuvo para la búsqueda fue la web de ACBS (Association for Contextual and Behavioral Science), se trata de una organización mundial que incluye información y publicaciones de la terapia de aceptación y compromiso y la teoría del marco relacional, la cual fue presentada por Steven Hayes. Para encontrar información en estas fuentes se utilizaron palabras clave como “aceptación”, “compromiso”, “act”, “acceptance and commitment therapy”, “smoking cessation”, “smoking” y “values”, que aparecieron en el título o en el resumen. La literatura revisada incluía publicaciones desde el año 2004 hasta el 2020.

Para seleccionar los estudios de esta revisión se siguieron unos criterios de inclusión tanto conceptuales como metodológicos que fueron los siguientes:

- Estudios de intervenciones psicológicas en los que se incluyan la Terapia de Aceptación y Compromiso.

- Estudios sobre tabaquismo o artículos relacionados con este, entre los que se encuentren sus componentes, desencadenantes o algún otro dato de interés como las consecuencias que tiene su consumo.

- Estudios en los que con su medida de resultado se pueda observar una reducción del malestar producido por la deshabituación del tabaquismo después de llevar a cabo el tratamiento.

- Estudios cuyos participantes tuvieran más de 18 años.

- Estudios en los que el diseño sea controlado de forma aleatoria para que así no influyan las variables extrañas.

- Estudios publicados tanto en inglés como en español.

- Estudios publicados en libros o revisar con procesos de revisión por pares.

No había criterios establecidos en cuanto al sexo de los participantes.

A la hora de seleccionar los estudios, se llevó a cabo una fase inicial en la que se hacía la búsqueda de ellos empleando las palabras claves mencionadas anteriormente. En primer lugar, se leía el título de estos, posteriormente el resumen y por último una lectura completa y en profundidad del estudio. De las bases de datos nombradas se extrajeron 21 estudios y 28 de la ACBS. En la primera fase de búsqueda se excluyeron 289 estudios, ya que no incluían las palabras claves entre su título o resumen y además no cumplían los criterios de inclusión. Tras leer profundamente los estudios no desechados se seleccionaron 16 estudios, de los cuales 13 fueron usados para los resultados. El diseño de los estudios es experimental y en los casos donde la ACT se llevaba a cabo comparándose con otro tratamiento, la asignación de los participantes a estos era de forma aleatoria. La muestra de los participantes era dispar, con un rango de entre 14 y 303 participantes. Los seguimientos también varían de unos estudios a otros, aunque lo más frecuente era 6 y 12 meses. También en los casos en los que la terapia se administraba de forma presencial se llevaba a cabo una validación bioquímica mediante monóxido de carbono (CO) expirado. Para comprobar la eficacia o no del tratamiento se observaba la reducción del consumo del tabaco en los participantes, mediante de abstinencia bien puntuales de 7 o 30 días o prolongada.

### 3. RESULTADOS.

En las últimas dos décadas se han llevado a cabo diversos estudios en los que se comprueba la eficacia que presenta la ACT para dejar de fumar, ya que muchas personas fuman para evitar experiencias personales aversivas y mediante esta terapia consiguen aceptarlas y tener una vida tranquila y placentera. Estos estudios se pueden agrupar en estudios que se han llevado a cabo de forma presencial, distinguiéndose en esta categoría aquellos que se comparan con otro tratamiento psicológico o con un tratamiento farmacológico y aquellos cuyos participantes presentan alguna cualidad destacable. También se encuentra una modalidad de estudios que se han llevado a cabo de forma no presencial, incluyéndose aquí aquellos en los que la terapia se ha administrado por teléfono, mediante una web o a través de una aplicación para teléfonos inteligentes.

Por un lado, en relación a los estudios que se han llevado a cabo de forma presencial, algunos de ellos han comparado la ACT con el tratamiento farmacológico. El primero de ellos compara la ACT con un tratamiento farmacológico basado en un modelo de dependencia médica, concretamente un tratamiento de sustitución de la nicotina (TRN) (Gifford et al 2004). Ambos tratamientos se llevaron a cabo durante 7 semanas y los participantes debían acudir a la clínica al menos una vez al mes. En el protocolo de TRN se impartió una charla cuyo objetivo era la justificación de la validez del tratamiento. Este consistió en la utilización de parches para la sustitución de la nicotina, aliviando así los síntomas de abstinencia. Durante las 4 primeras semanas, los parches utilizados eran de 22 mg y las próximas 3 semanas se haría uso de parches de 11 mg, así como debían seguir una serie de instrucciones para el correcto funcionamiento del tratamiento: mientras se está haciendo uso del parche queda prohibido fumar, deben administrarse un parche nada más despertarse el día que van a comenzar a dejar de fumar, llevar el mismo parche una media de 24 horas y colocar uno nuevo a la mañana siguiente en la parte de la piel que le toque ya que esto se irá rotando, depositando el parche anterior en una caja para llevar a cabo el recuento semanal. En la visita semanal a la clínica debían llevar la caja con los parches usados para comprobar si estaban cumpliendo con el tratamiento. Para el tratamiento de ACT se llevaron a cabo 7 sesiones individuales de 50 minutos y 7 sesiones de grupo de 90 minutos, asistiendo cada semana a la clínica para una sesión individual y una en grupo. Esta terapia tenía como objetivo llevar a cabo un programa intensivo de entrenamiento experiencial y que estuviera basado en el modelo funcional, por lo que se ayudaría a las personas a

identificar sus desencadenantes internos, aceptarlos o cambiar los que fueran posibles, se comprometían a comportarse obedeciendo a sus valores, así como llevar a cabo acciones constructivas relacionadas con estos desencadenantes, por lo que el programa tenía los siguientes componentes:

- Desencadenantes internos vs externos: el objetivo era que los participantes fueran capaces de identificar estos desencadenantes relacionados con el tabaquismo y conocieran la importancia que tenían a la hora de dejar de fumar.

- Problemas con los esfuerzos de control: para que los participantes aprendieran que esfuerzos están relacionados con el tabaquismo y dejar de fumar, para así aumentar la motivación y crear estrategias para dejar de fumar.

- Objetivos, valores y barreras: esto sirvió para que los participantes plantearan sus objetivos en función de sus valores, así como identificar las barreras que podían existir al lograr estos objetivos.

- Aceptación y voluntad: se les proporcionaron herramientas para identificar los estímulos internos que anteriormente habían sido evitados, así como el desarrollo y entrenamiento de habilidades para reducir la evitación y aumentar la tolerancia al malestar.

- Habilidades para la atención plena: técnicas de atención plena con las que mejorar la conciencia de los estímulos problemáticos, también que conocieran alternativas tanto de su entorno como experiencia y obtener así tanto la flexibilidad cognitiva como conductual necesaria.

- Exposición gradual: durante la exposición se buscaba conseguir alterar esas funciones que el participante tiene relacionadas con la evitación y el tabaquismo y sustituirlas por funciones alternativas.

- Fumar de forma programada: si así lo prefería el participante, el terapeuta le proporcionaba horarios para fumar, esto puede ser útil para identificar y responder a los síntomas de abstinencia de forma diferente.

- Habilidades para la desactivación cognitiva: así los participantes conseguían identificar los desencadenantes cognitivos y desactivarlos, por lo que se buscaba que el participante fuera capaz de modificar la función de sus cogniciones para así conseguir sus logros conductuales.

- Activación y compromiso conductual: ayudar a los participantes a desarrollar unas respuestas con las que combatir los desencadenantes internos, así como los afectos negativos, para conseguir desarrollar alternativas conductuales realistas frente al tabaquismo.

A los 6 meses de seguimiento el 23% de los participantes dejó de fumar en la modalidad ACT y un 11% en la condición NRT. En el seguimiento a los 12 meses la diferencia de porcentajes entra una condición y la otra aumentó, el 9,3% dejó de fumar en la condición TRN y el 21,2% en el caso del ACT, lo que demostraba que la condición experimental mostraba mejores resultados a largo plazo que la condición de control.

En otro estudio se combinó la ACT con un fármaco como es el bupropión y además, con un tratamiento de psicoterapia analítica funcional (FAP) y se comparó con la eficacia de otro tratamiento que solo se componía de este fármaco (Gifford et al, 2011). El protocolo de bupropión consistió en la administración de bupropión de liberación lenta (SR) mediante la dosificación estándar: los 3 primeros días 150 mg, seguido posteriormente de 150 mg 2 veces al día, con una separación entre ambas administraciones de 8 horas. Los terapeutas les fijaban a los participantes una fecha para dejar de fumar 10 días después de iniciar el bupropión y además asistieron a una charla donde le explicaron de forma completa en qué consistía este tratamiento y para comprobar la adherencia a él en cada sesión se hacía una medida de la línea de tiempo (TLFB). Para el tratamiento combinado además de la administración de bupropión que se hizo de la misma forma que en el tratamiento de bupropión solo, se llevó a cabo un asesoramiento durante 10 semanas tanto individual como grupal. Se mantuvo la estructura de la ACT del estudio anterior (Gifford et al 2004) y se combinó con la FAP. Para comenzar los participantes debían registrar su consumo de tabaco durante los 10 primeros días. Con la FAP los terapeutas buscaban reforzar las medidas conductuales que tiene el paciente mediante la buena relación terapéutica que se va a fijar y así centrar al participante en los sentimientos difíciles que está sintiendo en el presente llevando a cabo una serie de preguntas, como, por ejemplo: ¿cómo te sientes al estar en tratamiento hoy? Al hablar de los sentimientos negativos el participante puede sentirse incómodo, por lo tanto, esto puede relacionarse con los sentimientos de abstinencia al dejar de fumar y así podrán surgir nuevas formas de responder ante esas experiencias. Además, también se contó con algunos componentes de los enfoques cognitivo-conductuales tradicionales que existen sobre el tabaquismo, pero siempre llevándose a cabo desde la aceptación. Mediante las sesiones tanto individuales como grupales se ofreció a los participantes exponerse a esos pensamientos y sentimientos que podían ser los culpables de hacerle fumar, así como enseñarle otra alternativa para responder ante estas señales que no fuera necesariamente fumar. Unas 10 semanas después de la finalización del tratamiento, la prevalencia puntual de 7 días indica

que hay una diferencia significativa entre el abandono del tabaco en una condición y otra, en el grupo de bupropión solo dejó de fumar un 27, 9%, mientras que en el tratamiento combinado el 50% de los participantes dejaron de fumar.

También se llevó a cabo un estudio en el que se comparó la ACT con otro tratamiento psicológico, la terapia cognitivo- conductual (TCC) (Hernández- López et al 2009) Este buscaba comprobar la eficacia de la terapia de aceptación y compromiso mediante metáforas y ejercicios experimentales centrados en los valores personales que motivan a los participantes al abandono del tabaco y mejorar el afrontamiento de la angustia relacionada con la abstinencia al dejar de fumar, frente a la terapia cognitivo- conductual (TCC). Cada uno de estos tratamientos se llevó a cabo en 7 sesiones semanales de 90 minutos en formato grupal. Para el protocolo de ACT se llevaron a cabo varios ejemplos, metáforas o paradojas con las que se buscaba que el participante se diera cuenta del valor que tenía dejar de fumar y así aceptar todas las sensaciones, pensamientos y sentimientos que van asociados al abandono del tabaco, por lo que se contó con los siguientes componentes:

- Para controlar los acontecimientos privados se llevó a cabo un análisis del coste personal de fumar: los participantes debían descubrir que coste tenía para ellos el tabaquismo, ya que para algunos es útil para reducir la ansiedad o como estrategia de control. Además, el terapeuta les mostró que controlar los pensamientos, sentimientos y sensaciones era necesario para evitar efectos negativos en cualquier ámbito de nuestra vida.

- Aclarar los valores y compromiso asociado a las elecciones personales: así los participantes aclararon sus valores y como dejar de fumar puede ser perfectamente compatible con una vida significativa, por lo que se les enseñaron acciones y actividades orientadas a dejar de fumar.

- Estar preparados para afrontar eventos privados aversivos: con esto se buscaba que los participantes tanto internos como externos asociados a dejar de fumar y decidieran cuáles de ellos querían cambiar y cuáles no, lo que se buscaba era que se rompiera la relación entre los desencadenantes y la conducta de fumar.

- Prevención de recaídas: se diferenció entre lapso y recaída y se formó a los participantes para que fueran capaces de detectar cuando estaban decayendo y así evitar una recaída.

El protocolo seguido para la condición cognitivo- conductual estuvo compuesto por tres fases:

- Fase de preparación: cuyo fin era aumentar la motivación de los participantes y ayudarles con estrategias que les facilitaran el abandono del tabaco. Al principio del tratamiento debían abonar 60 euros, los cuales recuperarían si completaban las siete sesiones del tratamiento, ya que perdían un tercio del dinero por cada sesión que no iban. También aprendieron los pros y contras de dejar de fumar, así como ser capaces de controlar los factores desencadenantes y comportamientos asociados al tabaco.

- Fase de abandono: cada sesión a partir de la segunda el participante debía reducir su consumo de tabaco un tercio, de forma que para la cuarta o quinta sesión ya habría dejado de fumar. El objetivo principal era el desvanecimiento de la nicotina para lo que los participantes recibieron la formación necesaria.

- Fase para el mantenimiento de la abstinencia: para ello se proporcionó información sobre el Efecto de Violación de la Abstinencia (Marlatt y Gordon, 1985), se les entrenó en habilidades para la resolución de problemas de la vida diaria y el afrontamiento de los factores desencadenantes del tabaquismo.

A los 12 meses del tratamiento la abstinencia de prevalencia puntual fue del 30,2% para la condición ACT y 13,2% para TCC. La medida de abstinencia continua a los 6 meses de seguimiento fue mayor en la condición ACT y en el seguimiento a los 12 meses fue del 25,6% en ACT y 13,2% TCC.

Dentro de esta modalidad presencial es conveniente señalar cuatro estudios en los que todos los participantes presentan alguna cualidad relevante. El primero de ellos iba dirigido a fumadores con un historial de recaídas tempranas (Brown et al 2008), los cuales habían intentado al menos una vez dejar de fumar y no haberlo conseguido durante más de 72 horas. Este tipo de personas suele presentar una baja tolerancia al malestar, así como baja persistencia, por lo que es útil que se beneficien de tratamientos enfocados al afecto negativo, pero también a las respuestas del síndrome de abstinencia. El tratamiento de tolerancia al malestar consistía en ACT para combatir el malestar de la abstinencia de la nicotina, el afecto negativo y otros pensamientos o sentimientos que pueden ir relacionados con este hábito. El tratamiento estaba compuesto por 10 sesiones grupales con una duración de 90 minutos y 6 sesiones individuales de 50 minutos, ambas tenían una duración de 10 semanas ya que se impartían de forma simultánea. Las sesiones individuales tenían como objetivo fomentar la motivación y el compromiso con el tratamiento. Las sesiones en grupo tenían como fin proporcionar información y conceptos relevantes. Cada una de las sesiones comenzaba con un repaso del contenido de la clase anterior y posteriormente se introducía nueva

información y los ejercicios correspondientes. Además, este tratamiento también contaba con tareas para casa, las cuales incluían una serie de ejercicios y folletos que serían revisados en la siguiente sesión a la que asistiera el participante. En cuanto al día para dejar de fumar, fue programado para la sexta semana para así proporcionar al fumador el tiempo necesario para adquirir habilidades y el propio desvanecimiento de la nicotina. Los terapeutas explicaron a los participantes que el tratamiento consistía en lo siguiente: comprender que el hábito de fumar es aprendido y por lo cual puede desarrollar otros hábitos para sustituir a este, conocer la eficacia de parches de nicotina y el desvanecimiento de esta para conseguir la reducción de la adicción física y, por último, hacer que el cigarrillo no sea necesario para mantener la comodidad. Las 2 primeras sesiones fueron individuales para aumentar la motivación en el participante e involucrarlo en el tratamiento, y para ello lo que se hizo fue un debate sobre los valores que estaban asociados al abandono del tabaco. Así, mediante la ayuda de los terapeutas los participantes identificaron sus propios valores y mediante la evaluación de estos se buscaba que los participantes encontrasen las conductas correctas que le llevaban a dejar de fumar. En el periodo de estas 2 semanas los participantes no debían cambiar su conducta de fumar, pero si controlar el consumo en los registros de autocontrol, los cuales fueron revisados en la segunda sesión y en la que también se pidió a los participantes que identificaran cuales eran las sensaciones tanto internas como externas asociadas al tabaco. De la semana 3 a la 5, se llevaron a cabo una serie de ejercicios vivenciales y didácticos con el fin de identificar desencadenantes y practicar respuestas diferentes ante estos desencadenantes, también ejercicios de meditación y concentración, ya que a medida que pasaba el tiempo esta iba desapareciendo. En la semana 6 tuvo lugar el abandono del tabaco y se les informó acerca de cómo debían usar el parche de nicotina. Por último, de la semana 7 a la 10 solo se realizaron sesiones en grupo en las que se repasaban conceptos anteriores, los participantes recibían apoyo, reforzaban el compromiso y además se planificaba la prevención de recaídas. Además, se buscaba generalizar las habilidades aprendidas a otras situaciones que no necesariamente tenían que ser el tabaquismo. Tras el tratamiento, se midió la tasa de abstinencia de siete días con un resultado del 31, 25%. En las evaluaciones de seguimiento fueron decreciendo: 25% a los 8 meses, 18,75% a los 12 meses y con un 0% a los 26 meses, es decir, ningún participante estaba abstinentes y en cuanto a la abstinencia continua a las 26 semanas esta fue de 24 días.

El segundo, fue un ensayo (Brown et al 2013) donde también se trataba la tolerancia al malestar, comparando un tratamiento de tolerancia al malestar (DT) basado en la terapia



de aceptación y compromiso frente a un tratamiento a un protocolo estándar para dejar de fumar (TS) dirigido a fumadores con un historial de abandono temprano. Ambos combinados con parches de nicotina durante 8 semanas, para así comprobar si este tratamiento tiene más eficacia que otro indicado también para dejar de fumar. El tratamiento con parches de nicotina se llevó a cabo durante 8 semanas contando a partir del día en que el participante dejaba de fumar, este incluía un parche de 21 mg durante 4 semanas, uno de 14 mg durante 2 semanas y otro de 7 mg durante otras 2 semanas, para abordar esto se hicieron 3 grupos con no más de 10 miembros por grupo. El protocolo para el tratamiento de TS tenía como componentes la autovigilancia, que los participantes fueran capaces de identificar desencadenantes, así como desarrollar estrategias para hacerle frente a esto, y, por último, contar con habilidades para superar las recaídas. Todo esto se llevó a cabo durante 6 semanas, en las que se incluían 6 sesiones grupales con una duración de 90 minutos y también una sesión telefónica de 20 minutos que tendría lugar en la semana 3. Para tratamiento DT se realizaron 6 sesiones individuales con una duración de 50 minutos y 9 sesiones de 2 horas que fueron individuales, todo esto durante 8 semanas, incluyendo un día de abandono al principio de la quinta semana. Estas sesiones incluían ejercicios cuyo fin era la tolerancia a la angustia a la vez que prestaban atención a los objetivos vitales que van asociados a dejar de fumar. Tras el tratamiento hubo una diferencia significativa en la abstinencia, los participantes de la condición TD tenían mayor probabilidad de estar abstinentes (66,7%) que los fumadores de la condición TS (31, 8%). Sin embargo, esto no ocurrió al final el tratamiento con parches de nicotina, ya que la abstinencia para los participantes de DT era del 40, 7% y la de la condición TS de 31, 8%, esta diferencia ya no resulto tan significativa.

El tercero de ellos, iba dirigido a fumadores con trastorno bipolar, aplicándose la ACT de forma telefónica y también de forma presencial (Heffner et al, 2015). Se había llevado a cabo anteriormente un estudio para este tipo de pacientes, pero solo se hacía uso de la terapia tradicional cognitivo- conductual, por lo que era necesario uno más actual en el que se utilizaran nuevas técnicas. El tratamiento se llevó a cabo en 10 sesiones que 30 minutos cada una, primero de forma presencial y posteriormente por teléfono, combinándolo con 8 semanas de uso de parches de nicotina. Las primeras 4 semanas debían usar un parche de nicotina de 21 mg, las próximas 2 semanas con 14 mg y las últimas dos semanas con 7 mg. Ala tercera semana del uso de parches se comenzaría con las sesiones de asesoramiento de ACT. El contenido de este tratamiento se centraba en los procesos básicos de aceptación

de la ACT tales como participar para hacer frente a los aspectos negativos en lugar de evitarlos, y en el componente de compromiso, el cual debe estar guiado por los valores personales. Entre algunas de las actividades de las sesiones se encuentran la práctica de la atención plena, la difusión cognitiva e incluso la identificación de los valores personales que llevarían al participante al abandono del tabaco. Después del tratamiento abstinencia puntual de 7 días fue del 40% en la condición telefónica y un 30% en la condición presencial. La abstinencia continua fue 33% en la condición por teléfono y 17% presencial. En el seguimiento al mes prevalencia puntual fue del 30% en la condición por teléfono y 10 % presencial.

Por último, el tratamiento de ACT para dejar de fumar aplicado de forma presencial fue dirigido a fumadores veteranos con trastorno de estrés postraumático (Megan et al, 2015). Esta población suele fumar en tasas dos o incluso tres veces más altas que la población general. En este estudio se buscaba evaluar la aceptabilidad, viabilidad y eficacia preliminar de la Terapia de Aceptación y Compromiso para veteranos con estrés postraumático (TEPT) y además adicción al tabaco (ACT-PT), para ayudarlos a superar los desafíos emocionales que conlleva dejar de fumar. A esto se le sumo ocho semanas de terapia con parches de nicotina. Para el procedimiento ACT-PT, se llevaron a cabo 9 sesiones individuales de 50 minutos. Las sesiones de la 1 a la 4 iban dirigidas a los conceptos de aceptación y voluntad, difusión cognitiva, práctica de habilidades y atención plena. Para la sesión 5, se pidió a los participantes que dejaran de fumar ese mismo día, pero además debían practicar tanto la aceptación como la atención plena de las ansias de dejar de fumar y de la abstinencia de la nicotina. Durante las sesiones de la 6 a la 9, se trabajó la voluntad, la aceptación y la atención plena. Pero también resultaba interesante en estas sesiones tener en cuenta con desencadenantes relacionados con el TEPT, en este caso sin fumar. A partir de la sesión 7 y hasta la 9, se incluían actividades para la identificación de los valores y la programación de actividades para sustituir la conducta de fumar. Además, en la última sesión se hacía mención de los progresos conseguidos, así como la prevención de recaídas y la continuación del trabajo para dejar esta adicción. Para la terapia de sustitución de la nicotina, se hizo uso de parches de distinto calibre durante 8 semanas. Durante las 4 primeras semanas se administraron parches de 21 mg, de 14 mg durante 2 semanas y para concluir parches de 7 mg durante otras dos semanas. Al finalizar el tratamiento se observó una abstinencia del 50% en el seguimiento de un mes y del 21% a los tres meses de seguimiento.

Por otro lado, se llevaron a cabo diversos estudios en los que la modalidad era no presencial.

En primer lugar, podemos distinguir aquellos en los que la ACT fue aplicada por vía telefónica. Hasta la fecha existían estudios para dejar de fumar mediante una terapia telefónica, y aunque tenían éxito no tenían todo el que debiera, ya que los participantes no eran capaces de afrontar las sensaciones físicas, pensamientos y emociones que van asociadas a dejar de fumar. En 2010 se hizo un estudio en el que se comprobó la eficacia de la primera aplicación de la ACT por vía telefónica (Bricker et al, 2010). Se hizo mediante un diseño de grupo único pequeño con un total de 14 participantes, con 5 sesiones de asesoramiento con duración de unos 30 minutos aproximadamente para la primera y una duración de unos 15 minutos para las sesiones restantes. Los componentes de aceptación de esta terapia tenían como objetivo enseñar habilidades tales como: los participantes fueran capaces de experimentar los impulsos asociados al tabaquismo, que la función de estos impulsos cambie al fumar y que la respuesta a estos impulsos sea diferente. En cuanto a los componentes de compromiso se buscaba que las personas fueran capaces de articular que valores son los que guían el abandono del tabaco y a partir de ahí adaptar las medidas para dejar de fumar a esos valores. Este asesoramiento fue facilitado durante un periodo de unas 3 semanas. Unos 20 días tras finalizar el tratamiento se les hizo una encuesta de aceptabilidad del tratamiento por teléfono o mediante correo electrónico en la que los resultados de abstinencia fueron que no fumaran el día posterior de la encuesta (el 43% de los participantes no lo había hecho), así como una prevalencia puntual de 7 días (29% no había fumado). También se encontró que el 64% de los participantes redujo su consumo diario de tabaco y el 71% decía haber dejado de fumar unas 24 horas una vez o más desde que se comenzó el asesoramiento. A los 12 meses tras el tratamiento se aplicó otra encuesta mediante los mismos medios en la que los dos resultados obtenidos eran la prevalencia puntual a los 30 días (29% abstinencia) y la abstinencia prolongada durante doce meses (29% habían cumplido). Estos datos nos indican que el tratamiento por teléfono puede ser una buena opción para dejar de fumar pero que debe hacerse un ensayo con mejor calidad, por ejemplo, contando con un grupo control para comparar los resultados.

También se llevaron a cabo estudios por vía telefónica en los que se comparaba la ACT con otra terapia psicológica, en este caso la terapia cognitivo- conductual. En el primero de ellos (Bricker et al 2014) se adaptó la ACT para ser administrada telefónicamente. Tanto

para la intervención de ACT como la intervención usando la TCC tradicional fueron llevadas a cabo durante 5 sesiones. Ambas terapias se complementaron con un tratamiento de TRN y también ambos grupos recibieron una carta personalizada en la que se les presentaba su plan para dejar de fumar, la condición de tratamiento a la que habían sido asignados y también unas instrucciones para un correcto tratamiento de TRN. La duración de la primera llamada en ambos tratamientos fue de 30 minutos y partir de ahí, todas las siguientes tuvieron una duración de 15 minutos. En la intervención de ACT los componentes de aceptación tenían como objetivo conseguir un aumento en la disposición a experimentar los impulsos que provocar el tabaquismo, un cambio en la función de los impulsos de fumar y tener una respuesta diferente ante los estímulos de fumar. En cuanto a los componentes del compromiso fueron los siguientes: ayudar a los individuos a articular los valores que son la guía del abandono del tabaco, así como también fijar unas medidas para dejar de fumar acordes a los valores. Para la intervención con TCC se basó en la que ofrece Alere, un proveedor de intervenciones telefónicas con origen estadounidense. Para el tratamiento de sustitución de la nicotina los participantes recibieron un curso durante 2 semanas de parches o chicles de nicotina. En cada sesión que se realizaba los terapeutas preguntaban a los usuarios sobre de la TRN y el folleto de este tratamiento que habían recibido previamente por correo. A los seis meses de seguimiento en una prueba de abstinencia puntual de 30 días se observaron unas tasas del 31 % para la condición ACT y una del 22% para la TCC.

En los últimos años la población lleva haciendo gran uso de internet, aplicaciones y de las nuevas tecnologías en general, es por ello que se desarrollaron diversos estudios utilizando estos medios. El primero de ellos fue publicado en 2013 (Bricker et al, 2013) en el que se adaptó por primera vez la ACT para ser aplicada mediante la web, y se creó la web WebQuit.org. Esta se comparó con el Smokefree.gov del Instituto Nacional del Cáncer, que es el estándar nacional de los Estados Unidos para la web. El protocolo ACT se desarrolló en 8 bloques y se centró en la metáfora de un viaje en coche: el participante es el "conductor" que se dirige en las direcciones que le interesan (valores vitales para dejar de fumar), el programa le ayuda a "navegar" por el camino y en el asiento trasero están los "pasajeros" (los impulsos, las emociones y los pensamientos sobre el abandono) que le acompañan en el viaje. La web Smokefree.gov incluía los siguientes componentes: dejar de fumar, formación en habilidades, asesoramiento sobre farmacoterapia y apoyo social para dejar de fumar. En el seguimiento a los 3 meses se observó que la tasa de prevalencia puntual a los 30 días fue mayor en la aplicación Smokefree.gov que en la aplicación del grupo control: 23% frente a

10%. El mayor porcentaje de la web de ACT puede ser justificado porque presenta el componente de aceptación, el cual no está presente en la otra web. Aun así, podría mejorarse este ensayo, por ejemplo, aumentando el tiempo de seguimiento para que así hubiese datos del abandono del tabaco a largo plazo.

Tras esto, en 2015 (Bricker et al, 2015) se llevó a cabo otro estudio adaptando la ACT para ser administrada mediante una web, pero esta vez para fumadores que presentaban síntomas depresivos, ya ellos tienen más dificultades para dejar de fumar que las personas que no presentan esta sintomatología. Se siguió el mismo esquema que en el estudio anterior, usándose en algunos participantes la WebQuit y en otros Smokefree.gov, para así poder comparar la eficacia de ambas. A los 3 meses de seguimiento se comprobó que la diferencia entre una y otra no era muy discordante, pero los resultados sí eran un poco mejor en la web que se aplicaba con ACT. Las tasas de prevalencia puntual de 30 días fueron del 20 % en la condición WebQuit.org (ACT) el 12% para los fumadores del grupo Smokefree.gov.

Posteriormente, tuvieron lugar tres estudios en los que la ACT era modificada para llevarse a cabo mediante aplicaciones para teléfonos inteligentes. La primera aplicación creada fue la SmartQuit 1.0 (Bricker et al, 2014), la cual reveló características clave que predicen el abandono del tabaco y esta se comparó con la aplicación QuitGuide, del Instituto Nacional del Cáncer para dejar de fumar. Esto se llevó a cabo por una doble intención: la necesidad de contenidos de intervención innovadores basados en la teoría y la existencia de ensayos controlados para que así sea posible evaluar la eficacia de las aplicaciones para dejar de fumar. La SmartQuit contaba con una serie de características como que el participante se mantuviera motivado, que se desarrollara un plan personalizado para dejar de fumar, contar con habilidades de aceptación y autocompasión, así como un seguimiento para anotar tanto las veces que han dejado pasar un impulso de fumar como el número de veces que practican los ejercicios que se encuentran dentro del programa. En cuanto a la aplicación QuitGuide presenta una serie de características como: pensar en dejar de fumar, prepararse para ello, dejar este hábito y que esto continúe así. Los participantes debían indicar el número de veces que habían hecho uso de la aplicación, independientemente del protocolo que estuvieran siguiendo, ya que la aplicación QuitGuide no lo registraba automáticamente. Las tasas de abandono del tabaco fueron del 13 % en SmartQuit frente al 8 % en QuitGuide. Las veces que abrieron la aplicación también fue mayor en la aplicación experimental que en la aplicación control, 37 veces frente a 15.

Tras esto, en 2017 se creó la versión 2.0 de la aplicación SmartQuit (Bricker et al, 2017) que tenía como objetivo comprobar la receptividad por parte de los participantes, el abandono y mirar a corto plazo si existía una reducción. También se buscaba comprobar si existía relación entre la finalización del programa, el abandono y la reducción del consumo de tabaco. Por otro lado, se buscaba compararla con la aplicación anterior mediante los resultados obtenidos. Al abrir la aplicación 2.0 se les pedía a los usuarios que fijaran un plan, incluso incluyó la fecha de abandono. Tras esto, eran dirigidos al menú principal donde tenían 8 ejercicios propios de ACT y además podían hacer un seguimiento de los impulsos que sentían y dejaban pasar sin caer en el consumo de tabaco. Se buscaba que los ejercicios se encontrasen de forma estructurada y sucesiva, que cada habilidad se centre en la anterior, ya que esto no se encontraba en la aplicación anterior. Además de este menú principal, los usuarios contaban con unos ejercicios adicionales “Anytime Coaching” para dejar de fumar que se desbloqueaban tras completar los primeros 8 ejercicios. Para que el programa se diera por completado debían cumplir una serie de requisitos como que se crearan su propio plan para dejar de fumar, completara los 8 ejercicios iniciales, dejar pasar al menos 10 impulsos sin fumar y entrar al menos una vez en la sección de ejercicios adicionales, y así recibieran un certificado para verificar que habían completado el trabajo, cosa de la que carecía la aplicación 1.0. Tras finalizar este ensayo se compararon los resultados, para el primer objetivo la receptividad de los participantes el 84% de los participantes estaba satisfecho con la aplicación 2.1, con respecto a la aplicación 1.0. En cuanto al segundo objetivo de los participantes que completaron todo el contenido de la aplicación, abandonaron el tabaco un 33% frente a un 23% en la primera aplicación para la prevalencia puntual de 7 días, con respecto a la prevalencia puntual de 30 días un 25% abandono en la aplicación SQ.2.0 y un 13 % en la aplicación SmartQuit 1.0. Por último, la tasa de reducción de consumo de tabaco fue de un 88% para los participantes de la segunda aplicación y un 57 % para los de la primera.

Por último, en 2020 se llevó a cabo un ensayo en el que se aplicaba la terapia de aceptación y compromiso por una aplicación para aumentar la eficacia del tratamiento grupal para dejar de fumar (O’Connor, 2020). Para llevar a cabo el tratamiento grupal de ACT se creó un manual exhaustivo. Este tratamiento se impartió en 6 sesiones, cada una de ellas en una semana diferente y con una duración de 90 minutos. En la primera sesión se buscaba promover la desesperanza creativa, pero también el comportamiento orientado a los valores.

En las 3 sesiones siguientes, para conseguir los procesos de conciencia del presente, la aceptación experiencial y la defusión cognitiva, se hizo uso de metáforas, meditaciones guiadas y ejercicios. Para la última sesión, se hizo una revisión de los procesos mindfulness, cambio de conducta, desarrollo de los objetivos y, por último, planes de acción basados en los valores. Para realizar el tratamiento mediante la aplicación se pedía al participante que creara su propio plan para dejar de fumar. Además, de cara a la clarificación de valores, se pedía al participante que registrara por qué dejar de fumar es tan importante y subir una foto que representara ese valor. Una vez completada las 8 actividades básicas de la ACT, se desbloqueaban otros 43 ejercicios que permitían continuar con el entrenamiento. Tras el tratamiento, se observó una tasa de abstinencia puntual de 7 días del 36 % en el grupo de tratamiento combinado y un 20 % en el protocolo ACT. A los seis meses grupo combinado 24% y grupo ACT 20 %.

Tras la revisión de estos artículos se observa que la ACT resulta efectiva para el tratamiento del tabaquismo, ya que se observan resultados alentadores y además estos son superiores en los casos en que se compara con otro tipo de terapia. Todos estos estudios, utilizando una modalidad u otra hacen uso de los componentes básicos de la ACT, tratando de controlar las emociones, sensaciones y antojos, la clarificación de valores y la experiencia del participante. Además, los resultados indican además de una reducción en el porcentaje de abstinencia, una disminución del malestar, ya que se aprende a flexibilizar ante él y no evitar el sufrimiento.

En los siguientes cuadros- resumen se recoge una síntesis de los estudios incluidos en la revisión.

ESTUDIOS PRESENCIALES						
Referencia	Participantes	¿Cómo se hizo?	Seguimiento	Resultados	Medida de abstinencia	Validación bioquímica
Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S., Antonuccio, D., Piasecki, M., Rasmussen-Hall, M. y Palm, K. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. Behavior Therapy, 35, 689-705.	76	7 semanas para ACT: 7 sesiones individuales y 7 grupales. 7 semanas para NRT: 4 semanas parches 22 y 3 de 11 mg.	6 y 12 meses.	Abstinencia a los 6 meses 23% ACT; 11% NRT.	Abstinencia puntual 7 días.	Monóxido de carbono (CO) expirado.

Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S., Pierson, H., Piasecki, M., Antonuccio, D. y Palm, K. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of FAP and ACT for smoking cessation. Behavior Therapy,42(4), 700-715.	303	10 semanas ACT,FAP y bupropión. 10 semanas bupropión solo.	6 y 12 meses.	Abstinencia los 10 semanas después del tratamiento 27,9% bupropión solo; 50 % grupo combinado.	Abstinencia puntual 7 días.	Monóxido de carbono (CO) expirado.
Hernandez-Lopez, M., Luciano, M., Bricker, J., Roales-Nieto, J. y Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. Psychology of Addictive Behaviors,23, 723-730.	81	ACT Y TCC 7 sesiones señales.	6 y 12 meses.	Abstinencia puntual 12 meses 30,2% ACT;1 3,2% TCC. Abstinencia continua a los 6 meses mayor en ACT. A los 12 meses 25,6% ACT; 13,2% TCC.	Abstinencia puntual 7 días. Abstinencia continua.	Monóxido de carbono (CO) expirado.
Brown, R., Palm Reed, K., Strong, D., Lejuez, C., Kahler, C., Zvolensky, M., Hayes, S., Wilson, K. y Gifford, E. (2008). Distress tolerance treatment for early-lapse smokers: Rationale, program description, and preliminary findings. Behavior Modification,32(3), 302-332.	16 con historial de recaídas tempranas.	10 semanas: 10 sesiones grupales;6 sesiones individuales	8, 13 y 26 semanas.	Abstinencia tras el tratamiento 25%; 25% a los 8 meses; 18,75% a las 12 meses; 0% a los 26 meses..	Abstinencia continua. Abstinencia puntual 7 días.	Monóxido de carbono (CO) expirado.
Brown, R., Palm Reed, K., Bloom, E., Minami, H., Strong, D., Lejuez, C.W., Kahler, C., Zvolensky, M., Gifford, E. y Hayes, S. (2013). Development and preliminary randomized controlled trial of a distress tolerance treatment for smokers with a history of early lapse. Nicotine & Tobacco Research,15, 2005-2015.	49 con historial de abandono temprano.	TS: 6 semanas ( 6 sesiones grupales y 1 telefónica); DT: 8 semanas (6 sesiones individuales y 9 grupales).	8, 13 y 36 meses.	Abstinencia al final el tratamiento 40,7% DT; 31,8% TS.	Abstinencia puntual 7 días.	Monóxido de carbono(CO ) expirado.
Heffner,J., McClure,J., Mull, K., Anthenelli, R. y Bricker, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy and nicotine patch for smokers with bipolar disorder: preliminary evaluation of in-person and telephone-delivered treatment. Bipolar Disord,17(5), 560-566.	16 con trastorno bipolar.	Parches de nicotina 8 semanas; ACT 10 sesiones.	Al mes.	Después del tratamiento abstinencia 40% teléfono; 30% presencial. Abstinencia continua 33% teléfono; 17% presencial. Al mes prevalencia puntual 30% teléfono; 10	Abstinencia puntual 7 días. Abstinencia continua 4 semanas.	Monóxido de carbono expirado (CO) para presencial.



				% presencial. A bstinencia continua 17% teléfono; 17% presencial.		
Megan, M., Hannah, S., John P., Douglas, M., David, K., y Judith L. (2015). Acceptance and Commitment Therapy Smoking Cessation Treatment for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. Journal of dual diagnosis, 11(1), 50-55.	19 con estrés posttraumático	ACT-PT: 9 sesiones individuales ; NTR: 8 semanas.	1 y 3 meses.	Abstinencia 50% al mes y 21% a los tres meses.	Abstinencia puntual 7 días.	Monóxido de carbono expirado.

Cuadro resumen de los estudios presenciales.

ESTUDIOS NO PRESENCIALES					
Referencia	Participantes	¿Cómo se hizo?	Seguimiento	Resultados	Medidas de abstinencia
Bricker, J., Mann, S., Marek, P., Liu, J. y Peterson, A. (2010). Telephone-delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. Nicotine & Tobacco Research, 12, 454-458.	14	5 sesiones.	20 días tras el tratamiento. 12 meses.	Abstinencia continua 29 %.	Abstinencia puntual 7 días. Abstinencia puntual 30 días. Abstinencia continua.
Bricker, J., Bush, T., Zbikowski, S., Mercer, L. y Heffner, J. (2014). Randomized Trial of Telephone-Delivered Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Pilot Study. Nicotine & Tobacco Research, 16 (11), 1446-1454.	121	5 sesiones ACT y TCC.	6 meses.	Abstinencia a los 6 meses 31 % ACT; 22% TCC.	Abstinencia puntual 30 días.
Bricker, J., Jones, H., Heffner, J., Mercer, L., Wyszynski, C. y Vilardaga, B. (2015). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy Smoking Cessation Treatment for Smokers With Depressive Symptoms. Journal of Dual Diagnosis	222	ACT 8 bloques. Smokefree.gov aplicación estándar.	3 meses.	A los 3 meses abstinencia 23 % Smokefree.gov; 10% WebQuit.org.	Abstinencia puntual 30 días.

research and practice in substance abuse comorbidity,11(1), 56-62.					
Bricker, J. B., Mull, K., Vilardaga, R., Kientz, J. A., Mercer, L. D., Akioka, K. y Heffner, J. L. (2014). Randomized, controlled trial of a smartphone app for smoking cessation using Acceptance and Commitment Therapy. Drug and Alcohol Dependence, 143, 87-94.	196	Completar actividades de las aplicaciones.	2 meses.	Abandono del tabaco 13 % en SmarQuit; 8 % en QuitGuide.	Abstinencia puntual 30 días.
Bricker, J., Copeland, W., Mull, K., Zeng, E., Watson, N., Akioka, K. y Heffner, J. (2017). Single-arm trial of the second version of an acceptance & commitment therapy smartphone application for smoking cessation. Drug and Alcohol Dependence,170, 37-42.	99	Mejora de la aplicación, 8 bloques. Tareas para casa.	2 meses.	Abstinencia puntual 7 días 33%. Abstinencia puntual 30 días de 30 días 25%. Reducción consumo de tabaco 88%.	Abstinencia puntual 7 días. Abstinencia puntual 30 días.
O'Connor, M., Whelan, R., Bricker, J. y McHugh, L. (2020). Randomized Controlled Trial of a Smartphone Application as an Adjunct to Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. Behav Therapy,51(1), 162-177.	Grupos entre 14 y 21 participantes.	ACT seis sesiones; Tratamiento combinado: para ACT seis sesiones de 90 minutos más uso de la aplicación SmartQuit.	6 meses.	Abstinencia tras el tratamiento 36 % tratamiento combinado; 20 % ACT. A los seis meses grupo combinado 24%; 20 % ACT.	Abstinencia puntual 7 días.

Cuadro resumen de los estudios no presenciales.

#### **4. DISCUSIÓN.**

Una vez llevada a cabo una revisión sobre el presente tema, la aplicación de la ACT al tabaquismo puede concluirse que resulta eficaz para este ámbito, ya que así lo muestran los estudios revisados. En estos aparece la ACT aplicada tanto en grupo como individualmente, a veces incluso de ambas formas en el mismo estudio dando lugar a resultados favorables tras su aplicación.

Debido a la gran incidencia de enfermedades y muertes ocasionadas por el tabaco es conveniente aplicar una terapia cuyos resultados tras su aplicación sean positivos. Es por ello que la ACT es una buena opción. Además, esta resulta beneficiosa aplicada de diferentes formas: presencial, por teléfono, mediante aplicaciones o por web.

En primer lugar, la ACT aplicada de forma presencial resulta prometedora y, además, se observan resultados más positivos que si se compara, por ejemplo, con la TCC tradicional (Hernández- López et al, 2009). Esta modalidad de la terapia, además de aplicarse con usuarios que no destacaban por sus características, también ha resultado útil para participantes con alguna peculiaridad, por ejemplo se observaron resultados alentadores en un estudio donde se trabajó con fumadores con un patrón de recaídas tempranas (Brown et al 2013) y pacientes veteranos con TEPT, donde se observó una reducción del consumo del tabaco y los impulsos de fumar se redujeron si se compara el final del tratamiento con la línea base (Megan et al, 2015). Así, como también resulta la ACT efectiva para casos en los que además de reducir el consumo del tabaco, se busca aumentar la tolerancia a la angustia (Brown et al 2008).

En segundo lugar, los resultados de la aplicación de la ACT de forma no presencial, también resultan prometedores. En el caso de la aplicación de esta terapia condicionada para ser administrada por una aplicación se observó que resulta factible y se encuentran tasas de abandono del tabaco prometedoras (Bricker et al, 2014). También resulta eficaz, si se lleva a cabo por vía telefónica si se compara por ejemplo con la TCC tradicional (Bricker et al, 2014). Es conveniente añadir, que la ACT, también resulta útil si se aplica mediante una web.

Según la OMS el consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, entre las que se encuentra el cáncer o las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. También señala que el tabaco mata hasta a la mitad de las personas que lo consumen. Cada año, más de 8 millones de personas fallecen a causa del consumo de este.

Aun teniendo datos positivos de la aplicación de esta terapia, no son suficientes estudios y se debería seguir investigando para solventar algunas limitaciones que señalan los propios autores de los estudios. En ocasiones es necesario el tamaño de la muestra es demasiado pequeño, por lo que resulta ineficaz generalizar los resultados obtenidos en la aplicación de esta terapia. También resultaría útil para llevar a cabo esta generalización que se comparase con un grupo control (Bricker et al, 2010). Otra limitación a destacar es que cuando la terapia se aplica a una población donde los beneficiarios presentan alguna característica destacable, no se observa directamente si para ellos resulta eficaz la ACT, ya que en estos estudios la terapia se dirige a vulnerabilidades emocionales que normalmente son el centro de los trastornos psiquiátricos en general y de consumo de sustancias (Bricker et al 2013) Por último, es relevante señalar la limitación que se presenta en los casos en los que no se hace un seguimiento a largo plazo, ya que no se puede observar la verdadera eficacia de la ACT (Bricker et al, 2014).

El consumo del tabaco está predispuesto por una serie de desencadenantes responsables del consumo repetitivo de esta sustancia, así como también se produce malestar si se deja de consumir. Para combatir este malestar es útil hacerle frente y no por el contrario evitarlo, ya que así se producirán recaídas, es decir, mostrar una actitud flexible ante los estados internos responsables del tabaquismo. Por ello la ACT es una buena alternativa para hacerle frente, ya que tiene como objetivo preparar a la persona para hacerle frente a este malestar, teniendo presente siempre sus valores y experiencia propia y así evitar que se produzca de nuevo el consumo de tabaco. Con la aplicación de la ACT se ha observado que los participantes que la recibían eran más propensos a reducir la actitud evasiva e inflexible que presentaban ante los estados internos asociados al tabaquismo (Gifford et al 2011).

Para concluir, esta revisión llevada a cabo permite engrosar la literatura que apoya que la ACT, encuadrada dentro de las terapias de tercera generación, resulta ser un tratamiento útil para reducir el consumo del tabaco.

## 5. BIBLIOGRAFÍA.

- Asociación Española Contra el Cáncer. Componentes del Tabaco. Recuperado de:  
<https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/prevencion/no-fumes/componentes-tabaco>
- Bricker, J., Bush, T., Zbikowski, S., Mercer, L. y Heffner, J. (2014). Randomized Trial of Telephone-Delivered Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy for Smoking Cessation: A Pilot Study. *Nicotine & Tobacco Research*,16(11), 1446–1454.
- Bricker, J., Copeland, W., Mull, K., Zeng, E., Watson, N., Akioka, K. y Heffner, J. (2017). Single-arm trial of the second version of an acceptance & commitment therapy smartphone application for smoking cessation. *Drug and Alcohol Dependence*,170, 37-42.
- Bricker, J., Jones, H., Heffner, J., Mercer, L., Wyszynski, C. y Vilardaga, B. (2015). Web-Based Acceptance and Commitment Therapy Smoking Cessation Treatment for Smokers With Depressive Symptoms. *Journal of Dual Diagnosis research and practice in substance abuse comorbidity*,11(1), 56-62.
- Bricker, J., Mann, S., Marek, P., Liu, J. y Peterson, A. (2010). Telephone-delivered acceptance and commitment therapy for adult smoking cessation: A feasibility study. *Nicotine & Tobacco Research*,12, 454-458.
- Bricker, J., Wyszynski, C., Bryan Comstock, B. y Heffner, J. (2013). Pilot Randomized Controlled Trial of Web-Based Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Nicotine & Tobacco Research*,15(10), 1756–1764.
- Brown, R., Palm Reed, K., Bloom, E., Minami, H., Strong, D., Lejuez, C.W., Kahler, C., Zvolensky, M., Gifford, E. y Hayes, S. (2013). Development and preliminary randomized controlled trial of a distress tolerance treatment for smokers with a history of early lapse. *Nicotine & Tobacco Research*,15, 2005-2015.
- Brown, R., Palm Reed, K., Strong, D., Lejuez, C., Kahler, C., Zvolensky, M., Hayes, S., Wilson, K. y Gifford, E. (2008). Distress tolerance treatment for early-lapse smokers: Rationale, program description, and preliminary findings. *Behavior Modification*,32(3), 302-332.
- Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S., Antonuccio, D., Piasecki, M., Rasmussen-Hall, M. y Palm, K. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*,35, 689-705.

- Gifford, E., Kohlenberg, B., Hayes, S., Pierson, H., Piasecki, M., Antonuccio, D. y Palm, K. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of FAP and ACT for smoking cessation. *Behavior Therapy*,42(4), 700-715.
- Harley, J. (2015). Bridging the Gap between Cognitive Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT). *Science Direct*,193, 131-140.
- Hayes, S. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the Third Wave of Behavioral and Cognitive Therapies. *Behavior Therapy*,35, 639-665.
- Hayes, S., Masuda, A. y De Mey, H. (2003). Acceptance and Commitment Therapy and the third wave of behavior therapy. *Gedragstherapie. Dutch Journal of Behavior Therapy*,2, 69-96.
- Heffner, J., McClure, J., Mull, K., Anthenelli, R. y Bricker, J. (2015). Acceptance and Commitment Therapy and nicotine patch for smokers with bipolar disorder: preliminary evaluation of in-person and telephone-delivered treatment. *Bipolar Disord*,17(5), 560-566.
- Hernandez-Lopez, M., Luciano, M., Bricker, J., Roales-Nieto, J. y Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A preliminary study of its effectiveness in comparison with cognitive behavioral therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*,23, 723-730.
- Torrecilla, M., Barrueco, M., Jiménez, C.A., Hernández, M.A., Plaza, M.D. y González, M. (2001). Ayudar al fumador. Tratar el tabaquismo. *Medifam*,11(4), 1131-5768.
- National Institute for Health and Care Excellence (2018). Stop smoking interventions and services. Public Health England.
- Luciano, M.C y Valdivia, M.S (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*,27(2), 79-91.
- Megan, M., Hannah, S., John P., Douglas, M., David, K., y Judith L. (2015). Acceptance and Commitment Therapy Smoking Cessation Treatment for Veterans with Posttraumatic Stress Disorder: A Pilot Study. *Journal of dual diagnosis*,11(1), 50-55.
- O'Connor, M., Whelan, R., Bricker, J. y McHugh, L. (2020). Randomized Controlled Trial of a Smartphone Application as an Adjunct to Acceptance and Commitment Therapy for Smoking Cessation. *Behav Therapy*,51(1), 162-177.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Tabaco. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>