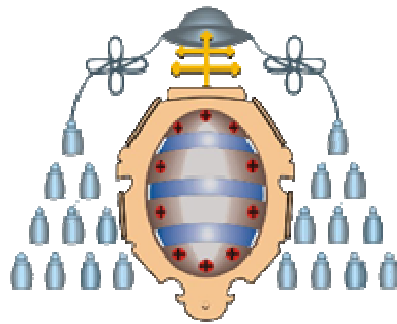


Universidad de Oviedo



Departamento de Psicología

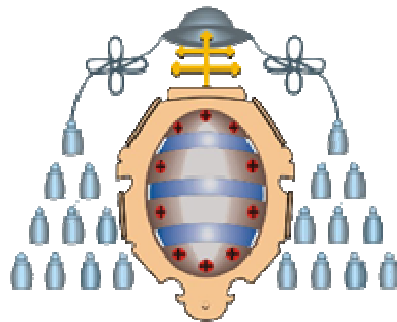
Programa de Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

Eficacia diferencial de ACT *vs* TCC en el
tratamiento del abuso de sustancias en el medio
penitenciario

Autora: Patricia Villagr  Lanza

Universidad de Oviedo



Departamento de Psicología

Programa de Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

Eficacia diferencial de ACT *vs* TCC en el
tratamiento del abuso de sustancias en el medio
penitenciario

Autora: Patricia Villagr  Lanza

Directora: Dra. Doña Ana González Menéndez

Co-directora: D a. Paula Fernández García



una reducción significativa de los porcentajes de psicopatología asociada que no fue documentada en quienes recibieron CBT así como un efecto superior de ACT frente a CBT en el mantenimiento de las cifras de abstinencia.

En conclusión, la población penitenciaria presenta un alto porcentaje de abuso de drogas y trastornos comórbidos, siendo la depresión, la ansiedad y los trastornos de personalidad antisocial los más frecuentes. Además, estas mujeres tienen un amplio abanico de problemas físicos y familiares. Y, para la mayoría, la encarcelación estuvo relacionada con el consumo de drogas.

Tras dos protocolos de 16 sesiones de intervención, ambos grupos redujeron el uso de drogas, las puntuaciones de sensibilidad a la ansiedad, la gravedad del índice a la adicción y ambos aumentaron la flexibilidad psicológica de las participantes. No obstante, y como se esperaba, la condición ACT mantuvo las ganancias terapéuticas a lo largo de las evaluaciones de seguimiento en comparación con la condición CBT, que fue más irregular en el mantenimiento de los beneficios terapéuticos. Dados los resultados observados en esta investigación, ACT se postula como un tratamiento eficaz para el tratamiento del TUS y los trastornos psicopatológicos asociados en mujeres encarceladas.

RESUMEN (en inglés)

During the last 20 years, a large increase of incarcerated women has been documented in Spain. Thus, Spain is now in the top of European countries with more number of females in prison.

However, there is a strong contrast between the great amount of international studies and the lack of Spanish research regarding this topic. While other countries offer large empirical data of efficacy in drug abuse treatments, in Spain there is a lack of comparisons between psychological treatments for females in prison. Traditionally, the most common therapy for drug abuse was the cognitive-behavioral therapy (CBT). In fact, the CBT protocol has demonstrated its efficacy in the treatment of drug abuse and other psychological disorders in the penitentiary context.

Moreover, there is a growing interest in contextual therapies as acceptance and commitment therapy (ACT). Indeed, the aim of several studies is to evaluate and compare ACT with the traditional and establish intervention such as CBT for the treatment of many psychopathological disorders.

To date, comparisons between ACT and CBT protocols for the treatment of drug abuse in prison settings have not been documented. The main objective of this Thesis is to evaluate the efficacy of ACT vs CBT in the treatment of both, drug abuse and comorbid disorders in incarcerated females.

This investigation was performed in two parts. The first one included two descriptive



studies, and the second is an experimental study. The most important results were published in four papers.

The first paper by Villagr , González, Fernández, Casares, Martín, & Rodríguez, (2011) examines the addictive profile, crime and psychopathology in a sample of 59 women incarcerated in the prison of Villabona. The results showed the following profile: young, single and family burden women who were serving an average of 5 years imprisonment. Of the total sample, 64.4% met criteria for substance abuse disorder. We found a statistically significant relationship between non-consumption variables and type of crime. Regarding psychopathology, 44.06% of the sample satisfied the clinical case according to criteria Derogatis (1994). The results of the SCL-90-R showed that psychological disorders were predominant in as follows, depression, somatization, obsessive-compulsive and paranoid ideation. In addition, the 47.4% of the female consumers met criteria for dual diagnosis (DD). It should be highlighted the significant relationship between clinical case and substance use. Finally, statistically significant differences between consumer groups, no drug use in the EuropASI severity profile. The medical, psychiatric and family area of the consumer group had the highest scores.

The purpose of the second study (Villagr , Fernández, Vega-García & González-Menéndez, *en prensa*), was to determine the rate of DD, to examine the most common mental disorders, and to determine whether a history of childhood sexual/physical abuse is associated with this phenomenon. One-hundred and eighty inmates from the same prison were assessed using the Mini International Neuropsychiatric Interview and the Addiction Severity Index-6. The data showed that 46.8% of the males and 65.1% of the females had a substance use disorder. With regard to physical abuse, similar percentages were found in both sexes (33% male vs. 37.2% female). Nevertheless, rates of sexual abuse were highest in female (3.2% men vs. 25.6% female). Logistic regression analysis was performed by sex. Physical abuse was a predictor of DD for males and sexual abuse was predictor of DD for females. Also, in both cases, the number of drugs of abuse was an adequate predictor.

On the third study (Villagr , Fernández, Rodríguez, & González-Menéndez, *in press*) we compared a 16-sessions protocols of ACT (n=18), CBT (n=19) and a control group (n=13). The post treatment and a 6-month follow-up assessment were made using the Anxiety Sensitivity Index (ASI), Addiction Severity Index-6 (ASI-6), Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI), and Acceptance and Action Questionnaire (AAQ). In general, the study outcomes showed that the women who received treatment benefitted differentially from the interventions. At post treatment, CBT was more effective than ACT in reducing anxiety sensitivity; however, at follow-up, ACT was more effective than CBT in reducing drug use (43.8 vs. 26.7%, respectively) and improving mental health (26.4% vs. 19.4%, respectively).

The last paper (González-Menéndez, Fernández, Rodríguez & Villagr , *in press*) showed the long-term efficacy of ACT compared to the CBT condition in 37 polydrug incarcerated females at 6-, 12- and 18-months follow-ups. The mixed lineal model analyses showed reductions in drug abuse, ASI levels and avoidance repertoire in both conditions, without any differences between groups. However, the percentages of mental disorders were reduced only in ACT participants. At



the 18-month follow-up, ACT was better than CBT in the maintaining of abstinence rates.

To conclude, the incarcerated population has a high percentage of drug abuse problems with comorbid disorders; depression, anxiety and personality disorders were the most frequent found. Also, the women in prison have a wide range of physical and familiar problems. And, for the vast majority, the incarceration was related with the substance abuse.

After a 16-session protocol of ACT vs. CBT, both groups reduced their drug use, anxiety sensitivity, and the composite score of the ASI-6, also, they increased their psychological flexibility. Interestingly, the ACT condition maintained the improvements obtained at the long-term compared with the CBT condition, which was more irregular in maintaining the gains observed. Hence, ACT seems an adequate treatment option for addictions and co-occurring disorders of incarcerated females.

INFORME PARA LA PRESENTACIÓN DE TESIS DOCTORAL COMO COMPENDIO DE PUBLICACIONES

Año Académico: 2013/ 2014

1.- Datos personales del autor de la Tesis		
Apellidos: Villagrá Lanza	Nombre: Patricia	
DNI/Pasaporte/NIE: 72.066.935-T	Teléfono: 649581747	Correo electrónico: patrivillagralanza@gmail.com

2.- Datos académicos	
Programa de Doctorado cursado: Doctorado en Psicología	
Órgano responsable: Universidad de Oviedo	
Departamento/Instituto en el que presenta la Tesis Doctoral: Dpto. de Psicología	
Título definitivo de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Eficacia diferencial de ACT vs TCC en el tratamiento del abuso de sustancias en el medio penitenciario	Inglés: Differential efficacy of ACT vs CBT for drug abuse in the prison context.
Rama de conocimiento: Personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos	


3.- Director/es de la Tesis	
D/Dª: Ana González Menéndez	DNI/Pasaporte/NIE: 71.697.286-F
Departamento/Instituto: Dpto. de Psicología	
D/Dª: Paula Fernández García	DNI/Pasaporte/NIE: 9.760.090-V
Departamento/Instituto/Institución: Dpto. de Psicología	

4.- Informe
Esta tesis doctoral constituye una compilación de cuatro artículos científicos publicados en relevantes revistas del ámbito de la psicología clínica. Dichos trabajos cumplen con los requisitos de unidad temática, calidad científica y originalidad de una investigación experimental en el área de Personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos.

Oviedo, a 2 de enero de 2014

Director/es de la Tesis Doctoral

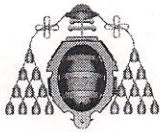
Fdo.:



ANA GONZÁLEZ
MENÉNDEZ




PAULA FÉREZ
GARCÍA



ACEPTACIÓN COAUTORES PRESENTACIÓN TRABAJOS FORMANDO PARTE DE TESIS DOCTORAL COMO COMPENDIO DE PUBLICACIONES

1.- Datos personales del coautor		
Apellidos: Rodríguez Lamelas	Nombre: Filomena	
DNI/Pasaporte/NIE: 09.754.803-C	Teléfono 606725300	Correo electrónico Info@asterpsicologos.es

2.- Publicaciones que formarán parte de la tesis y de las que es coautor
<p>Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, M. J, Martín, J. L. y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. <i>Adicciones</i>, 23, 219-226.</p> <p>Villagrà, P., Fernández, P., Rodríguez, F., & González-Menéndez, A. (<i>in press</i>). Differential effectiveness of two substance abuse treatments in female offenders. <i>Journal of Clinical Psychology</i>.</p> <p>González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: a randomized controlled trial. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i>, 14, 18-27.</p>

ACEPTACIÓN:
<p>Acepto que las publicaciones anteriores formen parte de la tesis doctoral titulada ____ Eficacia diferencial de ACT vs TCC en el tratamiento del abuso de sustancias en el medio penitenciario</p> <p>Y elaborada por D. __Patricia Villagrà Lanza__</p> <p style="text-align: right;"><Oviedo>, <i>enero</i> 2014</p> <p>Firma</p> 

FOR-MAT-VOA-035

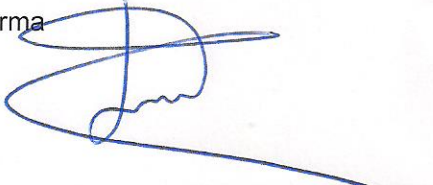


ACEPTACIÓN COAUTORES PRESENTACIÓN TRABAJOS FORMANDO PARTE DE TESIS DOCTORAL COMO COMPENDIO DE PUBLICACIONES

1.- Datos personales del coautor		
Apellidos: Martín Martín	Nombre: José Luis	
DNI/Pasaporte/NIE 10.848.164-F	Teléfono	Correo electrónico

2.- Publicaciones que formarán parte de la tesis y de las que es coautor
Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, M. J, Martín, J. L. y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. <i>Adicciones</i> , 23, 219-226.

FOR-MAT-VOA-035

ACEPTACIÓN:
Acepto que las publicaciones anteriores formen parte de la tesis doctoral titulada "Eficacia diferencial de ACT vs TCC en el tratamiento del abuso de sustancias en el medio penitenciario Y elaborada por D. <u>Patricia Villagrà Lanza</u>
<Oviedo>, 2 enero 2014>
Firma 

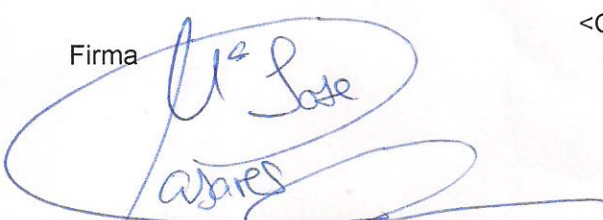


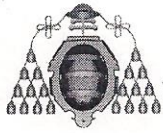
ACEPTACIÓN COAUTORES PRESENTACIÓN TRABAJOS FORMANDO PARTE DE TESIS DOCTORAL COMO COMPENDIO DE PUBLICACIONES

1.- Datos personales del coautor		
Apellidos: Casares López	Nombre: Maria José	
DNI/Pasaporte/NIE 71659497-F	Teléfono 646 870773	Correo electrónico

2.- Publicaciones que formarán parte de la tesis y de las que es coautor
Villagrá, P., González, A., Fernández, P., Casares, M. J., Martín, J. L. y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. <i>Adicciones</i> , 23, 219-226.

FOR-MAT-VOA-035

ACEPTACIÓN:
Acepto que las publicaciones anteriores formen parte de la tesis doctoral titulada "Eficacia diferencial de ACT vs TCC en el tratamiento del abuso de sustancias en el medio penitenciario Y elaborada por D. __Patricia Villagrá Lanza__
<Oviedo>, <enero 2014>
Firma 




RENUNCIA COAUTORES PRESENTACIÓN TRABAJOS FORMANDO PARTE DE TESIS DOCTORAL

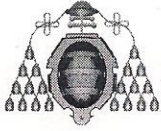
1.- Datos personales del coautor		
Apellidos: Rodríguez Lamelas	Nombre: Filomena	
DNI/Pasaporte/NIE 09.754.803-C	Teléfono 606725300	Correo electrónico Info@asterpsicologos.es

2.- Tesis Doctoral
Título: Eficacia diferencial de ACT vs TCC en el tratamiento del abuso de sustancias en el medio penitenciario
Autor: Patricia Villagrà Lanza
Programa de doctorado: Doctorado en Psicología

2.- Publicaciones que formarán parte de la tesis y de las que es coautor
<p>Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, M. J, Martín, J. L. y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. <i>Adicciones</i>, 23, 219-226.</p> <p>Villagrà, P., Fernández, P., Rodríguez, F., & González-Menéndez, A. (<i>in press</i>). Differential effectiveness of two substance abuse treatments in female offenders. <i>Journal of Clinical Psychology</i>.</p> <p>González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: a randomized controlled trial. <i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i>, 14, 18-27.</p>

RENUNCIA:
Renuncio a que las publicaciones anteriores sean presentadas como parte de otra tesis doctoral presentada como compendio de publicaciones
<p>Firma  <Oviedo>, <i>2 enero</i> 2014</p>

FOR-MAT-VOA-036

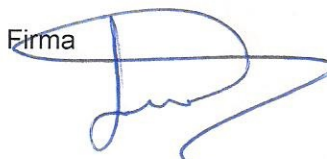


RENUNCIA COAUTORES PRESENTACIÓN TRABAJOS FORMANDO PARTE DE TESIS DOCTORAL

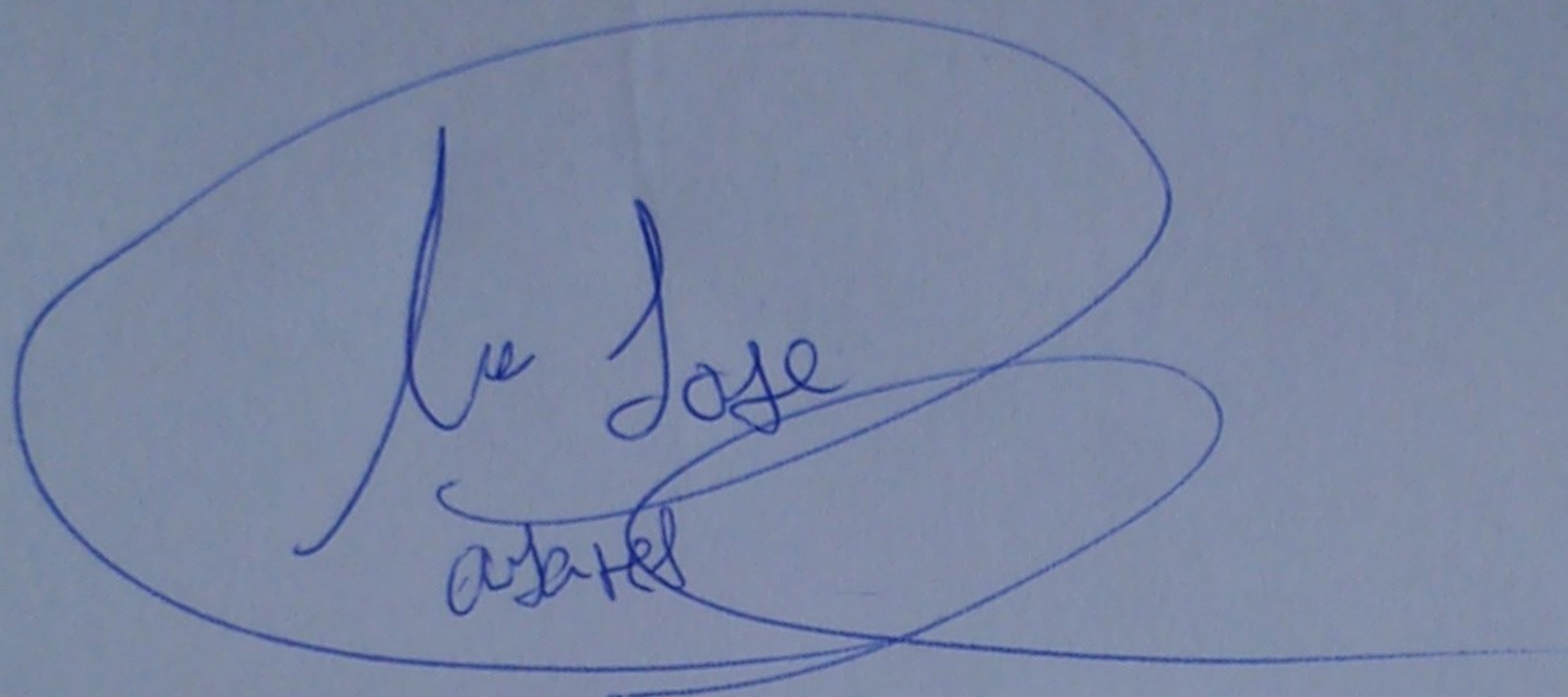
1.- Datos personales del coautor		
Apellidos: Martín Martín	Nombre: Jose Luis	
DNI/Pasaporte/NIE 10.848.164-F	Teléfono	Correo electrónico

2.- Tesis Doctoral
Título: Eficacia diferencial de ACT vs TCC en el tratamiento del abuso de sustancias en el medio penitenciario
Autor: Patricia Villagrà Lanza
Programa de doctorado: Doctorado en Psicología

2.- Publicaciones que formarán parte de la tesis y de las que es coautor
Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, M. J, Martín, J. L. y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. <i>Adicciones</i> , 23, 219-226.

RENUNCIA:
Renuncio a que las publicaciones anteriores sean presentadas como parte de otra tesis doctoral presentada como compendio de publicaciones
 Firma
<Oviedo>, <i>2 enero</i> 2014>

María José Casares López, con DNI 71.659.497-F, renuncia al artículo “Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión Addictive, criminal and psychopathological profile of a sample of women in prison” que forma parte de la tesis doctoral “**Eficacia diferencial de ACT vs CBT en el tratamiento del abuso de drogas en el medio penitenciario**”, por ser Doctora.



Handwritten signature in blue ink, enclosed in a large blue oval. The signature reads "María José Casares López".

Esta Tesis Doctoral ha sido realizada durante el periodo de disfrute de la beca Predoctoral “Severo Ochoa” concedida por FICYT (Fundación para el fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología) a Patricia Villagrà Lanza (BP 09-030).



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar agradecer a la Dra. Ana González Menéndez por la oportunidad que me ofreció al realizar este proyecto, su paciencia, dedicación y buenos consejos. Gracias por confiar en mí, escucharme, respetarme y ayudarme a crecer como persona e investigadora a lo largo de estos años.

También a la Dra. Paula Fernández García por estar siempre dispuesta a colaborar, por el tiempo empleado en buscar alternativas y el conocimiento brindado sobre el análisis de los datos.

GRACIAS a mis padres y mi hermana. Esta tesis no existiría sin vuestro apoyo, sin las palabras de fuerza y consejo que siempre me habéis dado cuando he necesitado y sin los valores que me habéis inculcado. Gracias por el cariño que me dais, por estar siempre ahí y por ser como sois.

A Elena, mi gran amiga y fiel compañera en este viaje. También a Rrezarta, Rosa, Tati y Bea por escucharme, hacerme reír y ser unas buenas amigas. A las psicólogas por demostrarme que, en la verdadera amistad, no importa la distancia. A las y los de siempre: Irene, Ali y Cris, Paula, Lore, Pablo... Y a los que no nombro y habéis sido parte de esta aventura: compañeros de beca, de piso, de fiestas, etc. Gracias a todas y todos por ser parte de mi vida.

Un agradecimiento especial al equipo y dirección del C.P. de Villabona por dejarme entrar en ese mundo desconocido y, en especial, a todas las mujeres que participaron en la investigación y me permitieron formar parte de un capítulo de sus vidas. Gracias también a los profesionales que he ido conociendo a lo largo de estos años y me han enseñado algo más: Filo, Julio Jonte, Santos, etc.

“...Sea cual fuere tu experiencia del pasado, controlas tu dirección hacia el futuro...”

Jean Paul Sartre

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	35
1.1. Trastornos adictivos y psicopatológicos en población femenina encarcelada.....	37
1.2. Tratamientos para los trastornos adictivos	41
1.2.1. Terapia cognitivo-conductual y abuso de sustancias.....	41
1.2.2. Tratamientos intrapenitenciarios para trastornos adictivos.....	45
1.2.3. Conclusiones.....	53
1.2.4. Terapia de Aceptación y compromiso y abuso de sustancias.....	56
1.2.5. Revisión de intervenciones con base en ACT para el tratamiento de los trastornos adictivos.....	59
1.2.6. Conclusiones.....	65
2. Parte empírica.....	69
2.1. Antecedentes.....	71
2.2. Objetivos.....	73
2.3. Publicaciones.....	75
2.3.1. Paper I.....	75
2.3.2. Paper II.....	85
2.3.3. Paper III.....	105
2.3.4. Paper IV.....	119
3. Discusión.....	129
3.1. Perfil de la mujer drogodependiente encarcelada.....	131
3.2. Eficacia diferencial y a largo plazo de los resultados de ACT vs. CBT frente a un grupo control en lista de espera.....	135

3.3. Limitaciones.....	145
4. Conclusiones.....	147
5. Referencias.....	151
6. Anexos.....	171

La Tesis que se presenta para obtener el grado de Doctor en Psicología por la Universidad de Oviedo, es el resultado de la investigación realizada durante un periodo de 4 años en el área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento psicológicos del Departamento de Psicología de la Universidad de Oviedo. Los cuatro artículos que la configuran han sido publicados en revistas internacionales con un **factor de impacto global de 5,953** (de acuerdo a ISI Journal Citation Reports, 2012).

Artículo I: Villagrà, P., González, A., Fernández, P., Casares, M. J, Martín, J. L. y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23, 219-226. **I.F.: 1,127**

Artículo II: Villagrà, P., Fernández, P., Vega-García, & González-Menéndez, A. (*in press*). Dual diagnosis in prisoners: Childhood sexual and physical abuse as predictors in men and women. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. **I.F.: 1,056**

Artículo III: Villagrà-Lanza, P., Fernández-García, P., Rodríguez-Lamelas, F., & González-Menéndez, A. (*in press*). Acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of Clinical Psychology*. **I.F.: 1,668**

Artículo IV: González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagrà, P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: a randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 18-27. **I.F.: 2,102**

Introducción

1.1. Trastornos adictivos y psicopatológicos en población femenina encarcelada

El abuso de drogas es el principal motivo de contacto con el sistema judicial y el mayor problema de salud de gran parte de las mujeres encarceladas. En concreto, Haas y Peters (2001) señalaron que un 60% de las mujeres detenidas daba positivo en pruebas de consumo de drogas, y que entre el 36 y el 80% de las mujeres que ingresaban en prisión cumplía criterios para un trastorno de abuso de sustancias (TUS) (Singer, Bussey, Song y Lunghofer, 1995). De hecho, y aunque aún no existe acuerdo al respecto, algunos autores insisten en que los problemas relacionados con las drogas son más graves y frecuentes en la población femenina que en la masculina encarcelada, y que son estos problemas los que explican la mayor parte de la reincidencia delictiva de las mujeres (Peugh y Belenko, 1999; Zurhold y Haansen, 2005).

Según la última Encuesta sobre Drogas en Instituciones Penitenciarias (ESDIP, 2011) elaborada por el Plan Nacional sobre Drogas (PND, 2011), la mayor parte de los consumidores reducen o abandonan sus consumos tras el ingreso en prisión, principalmente como consecuencia de los problemas asociados a la adquisición de drogas en el contexto penitenciario. Con todo, a pesar de todas las medidas adoptadas para reducir su suministro, también se reconoce que las drogas ilegales están disponibles en la mayoría de estos establecimientos, que el consumo intrapenitenciario fluctúa entre el 1% y el 51%, y que la droga consumida con más frecuencia es el cannabis, generalmente seguido por la cocaína y la heroína. Como consecuencia, la cárcel se reconoce como un entorno propicio tanto para iniciarse en el consumo de drogas, como para avanzar hacia patrones de consumo más nocivos (PND, 2011).

La población penitenciaria con problemas de consumo de sustancias, sobre todo de drogas inyectables, presenta a menudo necesidades sanitarias que exigen atención

médica especializada dentro de un enfoque multidisciplinar. En las cárceles europeas se prestan diversos servicios relacionados con el tratamiento de estas conductas de consumo y de los problemas médicos y psicopatológicos asociados. Tales servicios comprenden, en general, programas de información sobre drogas y salud, asistencia sanitaria para enfermedades infecciosas, tratamiento de las drogodependencias y apoyo psicosocial, medidas de reducción de daños, y preparación para la excarcelación (Palmer, 2003; Stöver, Casselman y Hennebel, 2006).

Sin embargo, algunos autores han destacado que los centros penitenciarios distan de adaptarse a las peculiaridades y necesidades de la población femenina encarcelada (Covington, 2007; Langan y Pelissier, 2001; Mullings, Hartley y Marquart, 2004). Esto es especialmente cierto en el área de la salud física y psicológica, en las que las necesidades del colectivo de mujeres han sido sistemáticamente ignoradas no sólo por las organizaciones e instituciones penitenciarias, sino por la sociedad en conjunto (Freudenberg, 2002). De hecho, en España poco se ha divulgado sobre las características específicas de la delincuencia femenina, pues la mayoría de investigaciones y estudios con enfoques criminológicos continúan centrándose en la población masculina y siguen contemplando a las mujeres como un grupo minoritario. En concreto, la información disponible sobre la población de mujeres en prisión proviene de los escasísimos estudios, principalmente descriptivos, que se limitan a ofrecer información del perfil sociodemográfico y penal de las mujeres encarceladas (por ej., Castaño, 2012; Cervelló, 2006; Miranda, Barberet, Canteras y Romero, 1998; Yagüe y Cabello, 2005). En este sentido, la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (SGIP, 2012), señala que aunque los delitos cometidos contra la salud pública siguen siendo los más frecuentes entre las mujeres (48%), en los últimos años se ha venido documentando la participación de mujeres en actos delictivos cada vez más

graves. Por ejemplo, el 29.8% de las mujeres comete delitos contra la propiedad y el orden socioeconómico; el 5.65% homicidios y sus formas; y el 16.55% otros delitos variados (lesiones, falsedades, seguridad del tráfico, etc.).

Por otro lado, el porcentaje de acceso a tratamientos intrapenitenciarios para el abuso de drogas sigue siendo superior en los hombres (33.1% vs 25.9%), muy a pesar de la peor autopercepción del estado de salud que presenta el colectivo femenino (ESDIP, 2006). También a pesar de que, tras el ingreso en prisión, hombres y mujeres mantienen un patrón de consumo similar (ESDIP 2006). Así, entre los problemas de salud más destacables de las mujeres encarceladas se encuentran la Hepatitis C y el VIH/SIDA, las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones causadas por la práctica de tatuajes en condiciones poco higiénicas.

Ya en el ámbito internacional, no son pocos los estudios americanos que analizan la relación entre presencia anterior de abusos físicos y/o sexuales en mujeres y problemas posteriores de consumo de drogas (Boyd, Guthrie, Pohl, Whitmarsh y Henderson, 1994; Harris et al., 2003; Messina y Grella, 2006; Messina, Grella, Burdon, y Prendergast, 2007; Silberman, 2010). Estas circunstancias, que pueden ser desencadenantes de los problemas de drogodependencia, influyen también en el desarrollo de un amplio abanico de problemas psicopatológicos (Chawla y Ostafin, 2007; Henderson, 1998; Kashdan, Barrios, Forsyth y Steger, 2006) y en el riesgo de encarcelación futura (Sargent, Marcus-Mendoza y Ho Yu, 1993).

Como venimos señalando, debido en buena parte a las consecuencias derivadas de la drogodependencia, el incremento en el número y gravedad de trastornos mentales comórbidos es un tema de creciente interés entre los investigadores. Estas relaciones,

conocidas como *diagnóstico dual* (DD), incrementan además el riesgo de conductas violentas en personas con trastornos mentales graves (Brugha et al., 2005).

Los datos disponibles sobre el fenómeno del DD en instituciones penitenciarias son aún escasos y procedentes de muestras principalmente masculinas. El estudio ECA (Epidemiologic Catchment Area study) realizado por Regier et al. (1990), fue de los primeros en analizar el DD en una muestra penitenciaria y reveló cifras del 47% de internos con diagnóstico de TUS y esquizofrenia, y del 60% de internos con diagnóstico de TUS y trastorno bipolar. En el ámbito europeo, un estudio reciente que analizó la comorbilidad psiquiátrica en población general (10.108 personas) y reclusa (3.142 internos), encontró que la prevalencia del trastorno psicótico era 10 veces mayor en la población penitenciaria, y que solo uno de cada cinco internos presentaba síntomas psicóticos atribuibles a los efectos tóxicos o a la abstinencia de sustancias (Brugha et al., 2005). Este baile de cifras continúa al analizar los estudios epidemiológicos realizados con población penitenciaria española. En general los trabajos realizados en España revelan porcentajes de prevalencia del DD entre el 20% y el 78% (Calvo-Estopiñán, Soler-González, Día-Sahún y Ventura-Faci, 2008; Pedrero-Pérez y Segura-López, 2003), y uno de los últimos estudios disponibles encontró que, de 143 internos evaluados, el 35% reunía criterios para un DD (Casares-López, González-Menéndez, Villagrà, Hoffman y Reinhard, 2011).

1.2. Tratamientos para los trastornos adictivos

1.2.1. Terapia cognitivo-conductual y abuso de sustancias

La Terapia cognitivo-conductual (en adelante, CBT, de Cognitive Behavior Therapy) ha sido la predominante en el tratamiento psicológico de las adicciones (Carrol, Rounsaville y Gordon, 1994; Gacono, Niebering, Owen, Rubel y Bodholt, 2001; Magill y Ray, 2009; Maude-Griffin et al., 1998; Secades-Villa y Fernández-Hermida, 2001). A modo de síntesis, la CBT entiende que los problemas del abuso de drogas ocurren como consecuencia de una alteración cognitiva, los llamados *pensamientos distorsionados* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y por un déficit de habilidades y competencias de autocontrol cognitivo, emocional y conductual. De esta manera, la terapia se orienta al cambio del contenido psicológico (la modificación de las creencias irracionales, la disminución del malestar, etc.) mediante la adquisición de competencias y estrategias de control psicológico.

Según Hayes (2004), la CBT forma parte de las llamadas terapias de conducta de segunda generación. A lo largo del tiempo se han sucedido una serie de “generaciones de terapias de conducta”, diferenciadas entre sí en función de su objeto de estudio. La primera generación de terapia de conducta tuvo su origen en la obra de Skinner (1938/1970), quien estableció los principios básicos del aprendizaje. Esta primera terapia de conducta participaba de una filosofía conductista radical, fundamentada en una epistemología pragmatista y en una ontología monista-materialista (Hayes, Hayes y Reese, 1988). Así, en esta primera generación, el objeto de la psicología era la conducta y la metodología principal para el análisis psicológico el análisis funcional. En este sentido, lo relevante en la evaluación e intervención sería la función de la conducta, no su forma.

Tras esta primera generación, se configuró el modelo cognitivo de la terapia de conducta. Los inicios de la teoría cognitiva surgieron en los años 30 con Tolman, quien suponía que nuestra manera de actuar estaba orientada hacia una meta y que nuestras expectativas, en forma de planes, determinaban qué conducta específica realizábamos para obtener una recompensa o evitar un castigo. Desde el punto de vista cognitivo, la conducta es flexible, interactiva y dinámica, y se enfoca en los antecedentes, pensamientos y atribuciones. De esta forma, al modificar la cognición, es posible cambiar la conducta.

La terapia cognitiva asume que entre estímulos y respuestas deben existir algunas variables explicativas de la conducta, y que tales variables serían lo genuinamente psicológico. El nuevo paradigma centra su atención en los pensamientos, las actitudes y las creencias que influyen en la conducta y, a su vez, regulan la relación entre el estímulo y el comportamiento (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). Como ejemplo de este modelo cognitivo se encuentra el trabajo de Beck (1970, 1976) descrito brevemente a continuación:

El modelo propuesto por Beck sostiene que la formación y mantenimiento de los desórdenes psicológicos dependen de tres variables, y deben ser, por tanto, la unidad de análisis en clínica. La *triada cognitiva*, que supone una percepción altamente negativa sobre sí mismo, su mundo y el futuro, los *esquemas*, que serían estructuras cognitivas tácitas y organizadas, construidas a partir de abstracciones sobre los atributos de los estímulos y las relaciones entre esos atributos (Horowitz, 1991) y las *distorsiones cognitivas*, que consistirían en maneras poco ajustadas de procesar la información, pudiendo transformarse en ciertos síndromes clínicos.

De las aportaciones mencionadas de la terapia de conducta y la terapia cognitiva aparece **el modelo cognitivo-conductual**, que presenta distintas configuraciones en su aplicación a los trastornos adictivos. Así, algunas de las principales aproximaciones psicoterapéuticas enmarcadas en el modelo CBT son:

En primer lugar, la Prevención de Recaídas que consiste en un conjunto de estrategias terapéuticas (Marlatt y Gordon, 1985), inicialmente diseñadas para el tratamiento del alcoholismo, y posteriormente adaptadas para el tratamiento de la cocaína. De acuerdo con Carroll (1998) los componentes característicos de la CBT en su modalidad de "Prevención de Recaídas" serían los siguientes: análisis funcional del abuso de la droga, entrenamiento en el reconocimiento y afrontamiento del *craving*, solución de problemas, examen de los procesos cognitivos relacionados con el consumo, identificación y afrontamiento de las situaciones de riesgo y el entrenamiento en habilidades.

En segundo lugar, la Terapia de incentivo, que utiliza incentivos ("vouchers") para el refuerzo de la conducta objeto de cambio. Este tipo de estrategia, de orientación claramente conductual, consiste básicamente en reforzar la conducta objetivo con vales canjeables por bienes compatibles con una vida libre de drogas. Este enfoque, inspirado en la Economía de Fichas, se asocia, según los casos, con un variado tipo de terapias de consejo psicológico, conductuales y farmacológicas de apoyo. El objetivo principal trata de potenciar una participación positiva del paciente en el proceso terapéutico y, también, de facilitar la consecución de objetivos que mejoren las perspectivas de éxito, tales como la integración familiar, la conducta responsable socialmente o la disminución del consumo de drogas ilegales (Silverman et al., 1996). El Community Reinforcement Approach"- Aproximación de Refuerzo Comunitario (CRA) de Sisson y Azrin, (1989),

es una de las más útiles aplicaciones de este tipo de incentivo para el tratamiento tanto del alcohol como de otras sustancias (García-Fernández et al., 2010, 2011; Secades-Villa, García-Rodríguez, Higgins, Fernandez-Hermida y Carballo, 2008).

Los beneficios de esta técnica se pueden observar, por ejemplo, en Secades-Villa et al. (2008). Se evaluó la eficacia del programa CRA + Incentivos frente a un programa cognitivo-conductual estándar en una muestra de 39 adictos a la cocaína distribuidos al azar. Los resultados mostraron que el 79% de los pacientes del grupo CRA + Incentivos completaron 6 meses de tratamiento frente al 48% del grupo control. Además, el 43% de los pacientes del grupo de incentivos se mantuvo abstinentes durante los 6 meses de tratamiento, frente al 24% del grupo de tratamiento estándar.

Y por último, la Entrevista Motivacional. Consiste en la aplicación de una entrevista con la que se pretende incrementar la motivación del paciente para que abandone el consumo de drogas. Básicamente busca utilizar los recursos intelectuales del paciente o los elementos de su entorno que faciliten el cambio deseado hacia la abstinencia (Miller y Rollnick, 1991).

En resumen, las intervenciones psicológicas predominantes en la actualidad serían los Programas de CRA más Terapia de Incentivo y la Prevención de Recaídas.

1.2.2. Análisis de estudios sobre tratamientos intrapenitenciarios para mujeres drogodependientes

La cantidad de recursos institucionales que se han ido poniendo al servicio del tratamiento del drogodependiente encarcelado se han ido incrementando de forma exponencial con el paso de los años. En concreto, el contexto penitenciario representa una valiosa oportunidad para la puesta en marcha de programas de rehabilitación que atiendan y den respuesta al amplio volumen de reclusos con problemas de toxicomanías y que tratan de romper el conocido y denunciado ciclo consumo de drogas-delinuencia (Prendergast, Huang y Hser, 2008).

Respecto a las mujeres, y en respuesta a la creciente proporción de éstas que ingresan en prisión, la investigación comenzó a focalizarse en el análisis de las causas de delincuencia femenina y en el desarrollo de intervenciones capaces de reducir tanto la conducta delictiva como el abuso de drogas (Chesney-Lind, 1997). A partir del año 2000 empiezan a sucederse los estudios (algunos de ellos de carácter empírico) que ponen a prueba la eficacia de distintas intervenciones en mujeres drogodependientes encarceladas.

A continuación se describen y analizan algunas de estas investigaciones:

Las bases de datos empleadas para la selección de los trabajos fueron: Science direct, Medline, PsycINFO, PubMed, y las palabras clave utilizadas fueron: drug treatment, therapy, prison-based treatment, intervention; prison, offender, women, inmate; substance abuse disorder, drug abuse, en distintas combinaciones. Como criterios de inclusión se establecieron los siguientes: tratarse de estudios experimentales, cuasi-experimentales o estudios de un grupo pretest-postest; ofrecer información de resultados; emplear muestras exclusivas de mujeres o, en su defecto,

ofrecer resultados separados en función del sexo; evaluar tratamientos dirigidos a reducción de la reincidencia, a la reducción del abuso de drogas, o ambos.

Se identificaron 8 estudios que cumplieron los criterios de inclusión. Los trabajos seleccionados han utilizado una variedad de diseños de investigación: 3 fueron cuasi-experimentales, 3 experimentales y 2 de un grupo pre-post. Tal y como se observa en la Tabla 1, cinco de los 6 estudios cuasi-experimentales o experimentales incluyeron un grupo de comparación que recibía otro tratamiento (counseling, psico-educación o comunidad terapéutica).

Todos los estudios provienen de poblaciones americanas y emplearon muestras de participantes que estaban a un año o menos de alcanzar la libertad. La edad media de las participantes fue de 36.2 años y el tamaño muestral total fue de 1.086 participantes. Todos los estudios se realizaron en prisiones federales o estatales. El formato de intervención fue grupal en todos los estudios, con variaciones en el número de participantes en función de si las intervenciones eran específicas o de comunidad terapéutica. La mayoría de las intervenciones siguieron una aproximación **cognitivo-conductual**.

A continuación se detallan, por orden cronológico, los estudios seleccionados y analizados en la revisión:

Zlotnick, Najavits, Rohsenow y Johnson (2003) realizaron un estudio no controlado en el que incluyeron un grupo de 18 mujeres encarceladas con diagnóstico comórbido de TUS y trastorno de estrés postraumático (TEPT). La muestra al completo recibió una intervención de corte cognitivo-conductual (*Seeking Safety*) durante 12 semanas que combinaba el abordaje de los eventos traumáticos con el cese en el consumo de drogas. Los resultados mostraron que el 53% de las mujeres dejaron de

cumplir los criterios de TEPT al finalizar el tratamiento. A los 3 meses de seguimiento, el 46% mantenía estos resultados. Respecto al consumo de sustancias, el 71% permanecieron abstinentes después de 6 semanas de intervención, porcentaje que disminuyó al 65% en la evaluación de seguimiento, al cabo de 3 meses de su excarcelación (recogido por auto-informe y analíticas de orina).

Hall, Prendergast, Wellisch, Patten y Cao (2004) realizaron un estudio no aleatorizado en una muestra de 215 mujeres encarceladas con TUS. El objetivo era evaluar un programa residencial de corte cognitivo-conductual, denominado *Forever Free*. Del total de mujeres reclutadas, 119 recibieron tratamiento y 96 formaron el grupo control. Las variables examinadas fueron la reincidencia, el abuso de drogas y el empleo. La intervención, de 6 meses de duración, se administró en los meses previos a su puesta en libertad. Entre los elementos terapéuticos se hallaban la identificación de los síntomas asociados al síndrome de abstinencia, habilidades conductuales para el manejo de la misma y prevención de recaídas. Los principales resultados revelaron un menor consumo de sustancias en las participantes que recibieron el tratamiento frente a las del grupo control. En concreto, se hallaron porcentajes de abstinencia (auto-informe contrastado con analítica de orina) del 49.5% frente al 23.5%, grupos tratamiento y control respectivamente, en el seguimiento a los 12 meses después de su libertad.

Messina, Burdon y Prendergast (2006) evaluaron la eficacia de una comunidad terapéutica intra-penitenciaria sobre la reincidencia delictiva en una muestra de 316 mujeres. Se realizaron seguimientos a los 6 y 12 meses tras la intervención. Los resultados informaron de la ausencia de diferencias significativas entre los grupos de tratamiento y control en ninguna de las evaluaciones (16% vs. 16% para el primer seguimiento y 36% vs. 27% para el segundo), aunque a más largo plazo emergió una

tendencia favorable en aquellas internas que continuaron voluntariamente en tratamiento tras su liberación. No hay datos sobre la abstinencia.

Greenfield, Trucco, McHugh, Lincoln y Gallop (2007) desarrollaron un protocolo de tratamiento cognitivo-conductual (Women's Recovery Group, WRG) para mujeres con TUS y trataron de comprobar si esta intervención era más eficaz que un tratamiento mixto (hombres y mujeres) (Group drug counseling, GDC). WRG es una terapia grupal diseñada para facilitar la abstinencia, dar apoyo y enseñar habilidades para resolver problemas relacionados con el consumo. Tras la asignación al azar de las participantes (WRG (n=16) o GDC (n=7), se observó que ambos grupos redujeron el consumo de alcohol y drogas al cabo de 12 semanas de tratamiento. Por el contrario, en el seguimiento de los 6 meses se observó que las mujeres del WRG continuaron registrando reducciones en el consumo, mientras que las participantes del GDC empeoraron. Se realizaron analíticas de orina para testar el consumo de sustancias, y se ofrecieron los resultados en días de consumo.

Zlotnick, Johnson y Najavits (2009) realizaron el primer estudio controlado y aleatorizado que comparó dos condiciones experimentales (*Seeking Safety* vs. Tratamiento habitual) en un grupo de 49 mujeres con diagnóstico de TUS y TEPT. Tras la aleatorización, 27 mujeres recibieron el tratamiento combinado de corte cognitivo-conductual. El otro grupo, compuesto por 22 mujeres, recibieron el tratamiento habitual, un tratamiento de modalidad residencial basado en los 12 pasos. Los resultados no mostraron diferencias significativas en las principales variables de estudio (síntomatología traumática, abuso de drogas, psicopatología asociada y problemas legales), aunque en ambas condiciones se registraron importantes mejorías en las evaluaciones de seguimiento, a los 3 y 6 meses tras la libertad. El cese en el consumo de sustancias se evaluó por semanas de abstinencia, las cuales fueron en torno a 6 semanas

en ambas condiciones, tanto a los 3 como a los 6 meses de seguimiento, sin diferencias entre ambas.

Robbins, Martin y Surrat (2009) realizaron un estudio para comparar los resultados de 276 mujeres drogodependientes una vez alcanzada la libertad y después de haber realizado un tratamiento en Comunidad Terapéutica (CREST) en Delaware. Se agrupó a las participantes en tres condiciones experimentales, un grupo de 108 que finalizaron la intervención, otro de 52 que no habían finalizado el tratamiento y un grupo de comparación sin tratamiento formado por 116 mujeres. Se evaluó el cese en el consumo de drogas y la reincidencia al cabo de 18 meses. Los principales resultados referentes a la abstinencia mostraron porcentajes del 41.7%, 23.1% y 17.2%, respectivamente. Respecto a la reincidencia, se registraron tasas del 19.4%, 32.7% y 33.6%, respectivamente. En ambos casos hubo diferencias significativas entre los grupos a favor del grupo que recibió el tratamiento completo.

Messina, Grella, Cartier y Torres (2010) realizaron un estudio con el fin de comparar dos intervenciones para el tratamiento del TUS. De una muestra de 115 mujeres se asignó, al azar, a un grupo de 60 mujeres que recibirían una intervención específica para mujeres (Gender Responsive Treatment, GRT) y a 55 mujeres a otro grupo que recibiría tratamiento en Comunidad Terapéutica intra-penitenciaria (CT). El modelo de tratamiento GRT fue un tratamiento de corte cognitivo-conductual, que incluía además, técnicas de meditación y psicoeducación. Por otra parte, el programa de intervención CT incluía todo tipo de actividades involucradas en el proceso de socialización y en el cambio comportamental utilizando la figura de los terapeutas como modelos positivos de conducta. Los resultados indicaron que ambos grupos obtuvieron mejorías en diversas áreas de la salud mental, familiar y de abuso de drogas sin diferencias entre ellos; sin embargo, fueron las participantes de GRT quienes registraron

una mayor reducción de la gravedad de la adicción y presentaron una tasa de reincidencia delictiva menor en el seguimiento a los 12 meses.

Wolff, Frueh, Shi, Schumann y Gerardi (2012) realizaron un estudio con dos objetivos. El primero comprobar si era factible implementar grupos de terapia en módulos no terapéuticos de la prisión para mujeres con trauma y TUS. El segundo, comprobar si este era eficaz. Se ofertó el programa “*Seeking safety*” para una muestra de 111 mujeres, de las cuales 74 finalizaron el tratamiento. Se realizó un estudio pre-post evaluando la efectividad del tratamiento a través de la presencia de síntomas psicológicos (BSI) y la presencia de síntomas de TEPT (PCL). Las participantes que finalizaron la intervención mostraron reducciones significativas en los síntomas del TEPT y en la gravedad del estado psicológico global. Sin embargo, no se realizaron registros del consumo de drogas durante el tratamiento. Los resultados clínicos respaldaron la eficacia de la intervención.

A continuación, la Tabla 1 recoge las principales características de los estudios.

Estudio	Objetivo	Diseño	N	Tipo de intervención	Grupo control	Seguimiento	Resultados
Zlotnick et al. (2003)	Evaluar la eficacia de la intervención <i>Seeking Safety</i> para el tratamiento del TUS y TEPT.	Un grupo pre-post	18	CBT 12 sesiones	Sin grupo control	3 meses	Tras la intervención se observaron porcentajes de TEPT del 53% y del 46% al cabo de 3 meses. Los porcentajes de abstinencia fueron del 71% tras la intervención y del 65% al cabo de 3 meses. El porcentaje de reincidencia en el seguimiento al cabo de 3 meses fue del 33%.
Hall et al. (2004)	Evaluar la eficacia del programa <i>Forever Free</i> en el tratamiento del TUS.	Cuasi-experimental	215	Comunidad terapéutica de orientación CBT 6 meses, 120 sesiones	Grupo de comparación: Psicoeducación, 8 semanas (n=96)	12 meses	Los porcentajes de reincidencia registrados al cabo de 12 meses fueron del 49.5% para el grupo <i>FF</i> frente al 62% del grupo de comparación, sin diferencias entre ambos. Los porcentajes de abstinencia, al cabo de 12 meses, fueron del 49.5% para el grupo <i>FF</i> frente al 23.5% del grupo de comparación, con diferencias entre ellos a favor del grupo <i>FF</i> .
Messina et al. (2006)	Evaluar la reincidencia de mujeres drogodependientes en dos condiciones: tratamiento y control.	Cuasi-experimental	316	Comunidad terapéutica 6 a 24 meses	Sin tratamiento (n=145)	6 y 12 meses	Los resultados no mostraron diferencias en los porcentajes de reincidencia (16% para ambos grupos al cabo de 6 meses y 36% tratamiento vs. 27% no tratamiento, al año).
Greenfield et al. (2007)	Desarrollar, aplicar y evaluar un tratamiento exclusivo para mujeres y compararlo con un grupo mixto que recibiría counseling.	Experimental	23	CBT (Prevención de recaídas) 12 sesiones	Grupo de counseling (n=7)	6 meses	La reducción del consumo de drogas se registró en días de consumo. Al finalizar la intervención, en el grupo WRG se observó una reducción media de 3.9 días de consumo de drogas (de los 12 días al inicio) frente a una reducción media de 1.9 días en el grupo de comparación (de los 11 del inicio) sin diferencias entre ellos. Al cabo de 6 meses hubo diferencias ya que solo el grupo WRG continuó reduciendo el consumo alcohol y drogas, mientras que no se documentó ninguna

								mejora en el control.
Robbins et al. (2007)	Evaluar la eficacia del programa CREST para el tratamiento del TUS y la reincidencia.	Cuasi-experimental	276	Comunidad terapéutica de orientación CBT 6 meses	Dos grupos de comparación: grupo sin finalizar el tratamiento (n=52) y control (n=116).	18 meses		Al cabo de 18 meses, se registraron porcentajes de abstinencia del 41.7% para el grupo CREST, del 23.1% para los que no finalizaron la intervención y del 17.2% para el grupo control; y porcentajes de reincidencia del 19.4%, 32.7% y 33.6%, respectivamente, con diferencias entre los grupos.
Zlotnick et al. (2009)	Examinar los beneficios que la terapia SS puede aportar al tratamiento habitual en mujeres con TUS y TEPT.	Experimental	49	CBT 12 semanas	Grupo de comparación: TAU	de 12 semanas, 3 y 6 meses		En general, ambas condiciones redujeron la presencia de TEPT, TUS y problemas legales, sin diferencias entre las condiciones. Al cabo de 3 meses la condición SS disminuyó los porcentajes de psicopatología, mientras que la condición TAU no documentó mejoras. Al cabo de 6 meses se observó un 53% de remisión de síntomas de TEPT en ambas condiciones. Al cabo de 6 meses no se documentaron diferencias entre las condiciones en la reducción del consumo, evaluado en semanas de abstinencia.
Messina et al. (2010)	Evaluar la eficacia de un tratamiento con componentes específicos para mujeres frente a comunidad terapéutica.	Experimental	115	CBT 28 sesiones	Grupo de comparación: Comunidad Terapéutica (n=55)	de 6 y 12 meses		Ambos grupos mostraron mejoras a lo largo del tiempo referidas mediante autoinforme. El grupo GRT mostró mayores reducciones en abuso de drogas y menor porcentaje de reincidencia después de alcanzar la libertad. Las reducciones de consumo se evaluaron con el ASI-6, pero no se ofrecen porcentajes de abstinencia.
Wolff et al. (2012)	Examinar la efectividad de un tratamiento en un módulo ordinario para TEPT y TUS.	Un grupo pre-post	74	CBT 28 sesiones	Sin grupo control	Sin seguimiento		En general, los resultados indicaron que el tratamiento redujo los síntomas de TEPT y de otros trastornos psicopatológicos. No se ofrecen porcentajes de abstinencia.

1.2.3. Conclusiones

En la revisión de los estudios analizados hemos observado que, de 8 publicaciones, 5 de ellas emplean distintos modelos de terapia cognitivo-conductual, que en general se estructuran en intervenciones de entre 12 y 28 sesiones (Greenfield et al., 2007; Messina et al., 2010; Zlotnick et al., 2003, 2009; Wolff et al., 2012). Además, en dos de los 8 trabajos la terapia CBT se administró en un formato de Comunidad Terapéutica, ambos con un tiempo medio de intervención de 6 meses (Hall et al., 2004; Robbins et al., 2007). La aproximación terapéutica más utilizadas en estos tratamientos fue la prevención de recaídas (Greenfield et al., 2007).

El cese en el consumo de drogas tras la aplicación de estas intervenciones fue notable, aunque no todos los estudios ofrecieron porcentajes de abstinencia. El estudio de Zlotnick et al. (2003) dio cuenta de un 71% de participantes abstinentes al finalizar la intervención, que se redujo al 65% en la evaluación de seguimiento al cabo de 3 meses. No obstante, las importantes mejoras documentadas respecto al cese en el consumo de drogas fueron evaluadas mediante la aplicación de la entrevista *Addiction Severity Index* (ASI) en todos los estudios. En este sentido, se observaron excelentes reducciones en las puntuaciones compuestas relativas a los índices de gravedad de las áreas Alcohol y Drogas en Messina et al. (2010), Greenfield et al. (2007) y Zlotnick et al. (2003, 2009).

Los resultados de estos estudios señalan la eficacia de los protocolos breves de CBT en muestras de mujeres toxicómanas encarceladas

En cuanto a las evaluaciones realizadas al cabo de 12 y 18 meses de finalizar las intervenciones dispensadas en comunidades terapéuticas, los porcentajes de abstinencia observados fueron aceptables. En concreto, del 41.7% observado en la evaluación de

seguimiento al cabo de 18 meses en Robbins et al. (2007) o del 49.5% en la evaluación de seguimiento al cabo de 12 meses en Hall et al. (2004).

Por otro lado, aunque las intervenciones descritas se centraron en el tratamiento del TUS, algunos estudios como los de Zlotnick et al. (2003, 2009) evaluaron la disminución de los porcentajes de trastornos psicopatológicos asociados, en este caso, del TEPT. En concreto, se observaron importantes reducciones en los porcentajes de TEPT, a saber, del 94.4% inicial se redujo al 53% y al 46%, postratamiento y seguimiento de 3 meses, respectivamente (Zlotnick et al., 2003), y del 83.5% inicial al 53% en la evaluación al cabo de 6 meses (Zlotnick et al., 2009).

Por último, respecto a los resultados a largo plazo de los protocolos CBT se observó que en los trabajos de Hall et al. (2004), Greenfield et al. (2007), Messina et al. (2010) y Robbins et al. (2007) los tratamientos CBT fueron superiores a los grupos de comparación (counseling, comunidad terapéutica, psicoeducación y no tratamiento). Es decir, al cabo de 6 meses CBT fue superior al counseling (Greenfield et al. (2007), al cabo de 12 meses CBT fue superior a la psicoeducación (Hall et al. (2004), y a una comunidad terapéutica (Messina et al., 2010) y al cabo de 18 meses superior que a un grupo sin tratamiento (Robbins et al., 2007).

En resumen, la CBT es un tratamiento altamente eficaz para el tratamiento del abuso de sustancias en el medio penitenciario. Entre los componentes conductuales más utilizados se encuentra la prevención de recaídas, y a nivel cognitivo, el trabajo con los pensamientos disfuncionales (reestructuración cognitiva). En su modalidad breve consigue beneficios terapéuticos inmediatos. No obstante, en el metanálisis realizado por Magil y Ray (2009) se concluyó que el efecto terapéutico de la CBT se desvanecía entre los 6 y 9 meses de seguimiento, y que esta disminución de los porcentajes de

abstinencia era aun más evidente al cabo de 12 meses. Además, según la agencia NIDA (National Institute on Drug Abuse), entre el 40 y el 60% de los sujetos con un problema de drogadicción que habían recibido tratamientos cognitivo-conductuales recaen (NIDA, 1999). Estos datos hacen necesario evaluar las posibles aportaciones de nuevos modelos de intervención. A continuación se hace una propuesta al respecto.

1.2.4. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y abuso de sustancias

En los últimos años ha surgido una propuesta de recuperación de la esencia original del análisis conductual aplicado. Esta propuesta se concreta en tres aplicaciones terapéuticas (Psicoterapia Analítica Funcional, Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y Terapia Dialéctica Conductual) (Kohlenberg, Tsai y Dougher, 1993; Pérez-Álvarez, 1995).

La primera descripción de la ACT, inicialmente denominada *Comprehensive Distance Therapy*, correspondió a Hayes (1987), y su definición y estructuración se efectuó en la obra de Hayes, Stroschal y Wilson (1999). La introducción de la terapia en el ámbito español fue impulsada por Pérez-Álvarez (1996) bajo la denominación de “Terapia contextual”. La ACT es una forma de psicoterapia experiencial conductual y cognitiva basada en la teoría del marco relacional (TMR) del lenguaje y la cognición humana (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). La teoría integra los conceptos de la equivalencia, conducta gobernada por reglas, comprensión, y otros fenómenos cognitivos. Según la TMR, el lenguaje está presente en todos los asuntos humanos, y es por ello el componente central. El foco de interés de la TMR son las relaciones de estímulos derivadas, a fin de dar cuenta de la especificación de las contingencias y de la conducta gobernada por reglas (Hayes, 1991; Hayes et al., 2001). Son este segundo tipo de conductas las que requieren habilidades lingüísticas mediadoras de la interacción estímulos-respuestas-consecuencias (Pérez-Álvarez, 1991). Con todo, lo que subyace al planteamiento es el hecho de que las disfunciones psicológicas y de comportamiento no son el resultado de ciertos contenidos cognitivos, sino de la relación funcional que guardan dichos contenidos con el comportamiento explícito de los individuos (Hayes, 1993).

Según sus creadores y promotores, la ACT aportaría cuatro nuevos elementos significativos a la intervención psicológica (Pérez-Álvarez, 1996; Wilson y Luciano, 2002), a saber:

Una nueva *filosofía de la vida* en la que el sufrimiento se acepta como parte intrínseca de la vida en múltiples ámbitos del saber humano. El sufrimiento es una experiencia reservada a los seres humanos verbales como especie que ha logrado manipular las condiciones ambientales y biológicas inmediatas y que ha mostrado tener repercusión en el estado psicológico (Wilson y Luciano, 2002).

Una *perspectiva cultural* sobre la que entender y sentar la base para tratar los trastornos psicológicos. Como resultado de la sociedad moderna, el lenguaje, de una forma perversa, termina por dar a los eventos subjetivos una realidad que no tienen.

Una *alternativa psicopatológica*. ACT cuenta con su propio modelo de psicopatología basado en la **flexibilidad psicológica** (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte y Pistorello, 2013; Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006), un tipo de regulación del comportamiento rígido e ineficaz que limita la vida de la persona. Se trata de una dimensión funcional que engloba un sinnúmero de problemas psicopatológicos y es la única alternativa que se ha ofrecido a los sistemas clasificatorios al uso (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strosahl, 1996).

Una *innovación terapéutica*, que comporta el intento de ayudar a la persona a adoptar una nueva perspectiva “orientada a los valores” (Wilson y Luciano, 2002). ACT persigue dismantelar el repertorio conductual inflexible y limitante (Hayes et al., 2006).

Por lo demás, la terapia se realiza a partir de una serie de fases. Por un lado, la generación de una *desesperanza creadora*, que hace al sujeto comprender la inutilidad de sus anteriores estrategias para controlar el problema y, por tanto, la necesidad de

buscar otras nuevas. En segundo lugar, comprobar como el intento de control es, en esencia, el problema mismo, ya que los intentos reiterados e ineficaces de resolución favorecen la aparición de lo que se intenta evitar. En tercer lugar, y como alternativa, se plantea la aceptación de las emociones y pensamientos y el aprendizaje de nuevos modos de lenguaje y conducta, lo que requiere la diferenciación entre la *persona* y sus *pensamientos, sentimientos y conductas*. Por último, se requiere el establecimiento de un compromiso para el cambio, orientado hacia valores personales (Pérez-Álvarez, 1996).

Durante la última década se han venido realizando una variedad de estudios experimentales que tratan de compararla con otras condiciones de tratamiento, principalmente con intervenciones cognitivo-conductuales (Arch y Craske, 2008 en ansiedad; Gutiérrez, Luciano, Rodríguez, y Fink, 2004, en dolor; Hernandez-Lopez, Luciano, Bricker, Roales-Nieto, y Montesinos, 2009, en tabaquismo; Smout et al., 2010, en dependencia a la metaanfetamina). Recientemente la United States Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA, 2012) ha reconocido a la ACT como un tratamiento con apoyo empírico y la ha incluido dentro de los programas y prácticas basados en la evidencia. En la última década una serie de trabajos han puesto de relieve la eficacia de ACT en el tratamiento del alcoholismo y otras sustancias tóxicas.

A continuación se expone la relación y revisión de estudios sobre la aplicación de la ACT en población ambulatoria con TUS.

1.2.5. Análisis de intervenciones con base en ACT para el tratamiento de los trastornos adictivos.

Se describen varios estudios de caso único, dos españoles y tres americanos, sobre la aplicación de ACT en el tratamiento del abuso de alcohol, del cannabis y de la cocaína.

Luciano, Gómez, Hernández y Cabello (2001) detallaron el caso clínico de un varón con consumo abusivo de alcohol, al que se le administró un tratamiento basado en ACT de 28 sesiones. Se logró alterar la función que cumplía la ansiedad en el consumo de alcohol y como resultado principal se destaca el cese del consumo. Al hacerlo en el contexto de lo que quiere en su vida, se ha producido una alteración de funciones que hace innecesaria la evitación experiencial. De las 28 sesiones, 20 correspondieron a dos fases de tratamiento, y 8 a fases de seguimiento. El último episodio de bebida registrado se produjo entre la sesión 19 y 20. Desde este momento, las actuaciones del cliente en dirección a sus valores aumentaron significativamente.

López (2010) describió el abordaje psicológico realizado en un sujeto con dependencia a la cocaína y al alcohol, desde el paradigma conductual radical. Se exponía el caso, el análisis funcional, los objetivos y la intervención, siguiendo un protocolo con base en ACT de 18 sesiones. Respecto al consumo, el cliente se mantuvo abstinentes desde la tercera semana de comenzar la intervención hasta la finalización de la misma. Se logró alterar la función evitativa de los estímulos discriminantes de las conductas de consumo. Como resultado, su vida mejoró al orientar sus acciones a aspectos valiosos.

Heffner, Eifert, Parker, Hernández y Sperry (2003) también describieron un caso clínico de un varón con dependencia del alcohol. Se analizó el caso y se propuso, según

los principios de ACT, identificar las direcciones valiosas del cliente y promover un ambiente que sustentase la abstinencia como una acción para “empezar a vivir”. El tratamiento, compuesto por 15 sesiones de intervención y 5 de seguimiento, logró una mejora en la calidad de vida y el cese en el consumo. Se tomaron medidas pre test y post test del Outcome Questionnaire (OQ-45). Tras la intervención, se registraron puntuaciones en el rango no clínico.

Batten y Hayes (2005) describieron el caso de una mujer joven con TEPT y TUS. Tradicionalmente, el tratamiento del DD se ha realizado con intervenciones paralelas. Sin embargo, ACT es un tratamiento idóneo para tratar conjuntamente ambos trastornos pues en ambos hay una fuerte evitación experiencial. Se detalló la historia clínica, la evaluación y el curso del tratamiento. Se trataba de una intervención de larga duración, 96 sesiones en 17 meses de terapia. Varios factores complicaron el curso del tratamiento (muerte de la madre y un embarazo no deseado), y sin embargo, se fortalecieron los valores del cliente. Se realizaron 3 evaluaciones de seguimiento, a los 3, 6 y 12 meses. Cabe destacar, finalmente, la eficacia de ACT en casos complicados.

Twohig, Shoenberger y Hayes (2007) realizaron un tratamiento breve (8 sesiones) con base en ACT a tres adultos que cumplían los criterios de dependencia al cannabis. Tras la intervención, todos los participantes estaban abstinentes de acuerdo a las analíticas de orina empleadas; sin embargo, a los 3 meses de seguimiento uno mantenía la abstinencia y dos retomaron el consumo, aunque con una frecuencia de uso menor. En general, los síntomas depresivos y ansiosos y los niveles de evitación experiencial disminuyeron. Se discute la eficacia de ACT, dado que los 3 participantes cesaron en el consumo de cannabis. Sin embargo, las evaluaciones de seguimiento informaron de que dos de los tres participantes recayeron aunque no llegaron a cumplir de nuevo los criterios de dependencia.

La evidencia empírica de ACT en el tratamiento de las adicciones con estudios experimentales es aún escasa. En cualquier caso, la literatura nos ofrece varios documentos, que se exponen a continuación:

Hayes et al. (2004) realizaron un estudio experimental para comparar la eficacia de 3 condiciones de tratamiento (mantenimiento con metadona (MM); n=38, MM + 12 pasos; n=44 y MM + ACT; n=42) en una población de 124 policonsumidores con consumo activo de sustancias. Además del uso de drogas, se evaluaron otras áreas psicológicas (presencia de trastornos psicológicos (SCID), inventario de depresión de Beck (BDI), escala de síntomas psicopatológicos (SCL-90)) en 3 momentos temporales (pre, post y seguimiento a los 6 meses). En relación a las tasas de abstinencia post tratamiento, los porcentajes para los grupos resultaron de la siguiente manera: el 52% en ACT, el 32% en MM y el 50% en 12 pasos. A los 6 meses de seguimiento, los porcentajes variaron de la siguiente forma: 50% en ACT, 12% en MM y 38% en 12 pasos. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las condiciones, siendo ACT superior a las otras en el seguimiento. Respecto a las variables psicológicas, todas las condiciones mejoraron sin hallarse diferencias entre ellas. En conclusión, ACT y los 12 pasos pueden añadir beneficios al tratamiento de MM en la reducción del consumo de drogas. Sin embargo, los participantes del grupo ACT registraron mayores porcentajes de abstinencia y se observó en ellos una tendencia descendente en todas las variables evaluadas, que fue menos acusada en las demás condiciones.

En un estudio cuasi-experimental, Hernández-López et al., (2009) evaluaron la efectividad de una intervención basada en ACT para la deshabituación tabáquica comparándola con un protocolo CBT. Los resultados principales mostraron diferencias significativas en abstinencia entre ambas condiciones. De hecho, tras 7 semanas de

tratamiento grupal, el 30.2% de quienes recibieron ACT (N=43) frente al 13.2% de quienes recibieron CBT (N=38) permanecieron abstinentes en el seguimiento a 12 meses.

Gifford et al. (2004) realizaron un estudio experimental en el que se comparó un tratamiento con base en ACT para la deshabituación tabáquica frente a una condición farmacológica. Setenta y seis fumadores fueron asignados aleatoriamente a uno de dos tratamientos: Tratamiento de Reemplazo de Nicotina (NRT) o ACT. No se observaron diferencias significativas entre las condiciones de post-tratamiento ni a los 6 meses de seguimiento. Sin embargo, los participantes de la condición de ACT presentaron mejores resultados a medida que avanzaba el tiempo. Las cifras registradas de abstinencia fueron, en ACT y NRT, respectivamente, 35% vs. 33%; a los 6 meses, 23% vs. 11%; y al año, 35% vs. 15%. De acuerdo a las conclusiones de los propios autores, los resultados observados en la condición ACT al cabo de un año se relacionaron con la aceptación de los síntomas asociados a dejar de fumar.

Brewer et al. (2009) realizaron un estudio controlado y aleatorizado con población drogodependiente ambulatoria (N=36). El objetivo fue comparar dos intervenciones, un protocolo de entrenamiento en mindfulness (MT) (n=21) y otro cognitivo-conductual (CBT) (n=15), respecto al uso de drogas/alcohol, a la satisfacción con el tratamiento, y a la reactividad al estrés en situaciones controladas de laboratorio. Se evaluaron diversas áreas clínicas con los instrumentos SCID, Five Facet Mindfulness Questionnaire -FFMQ-, Treatment Credibility Score -TCS- y Differential Emotion Scale -DES-, además del uso de alcohol y drogas a través de autoinforme verificado con analíticas. Tras 8 y 12 sesiones en las condiciones MT y CBT, respectivamente, no se hallaron diferencias significativas en el uso de alcohol/drogas en los participantes que completaron el tratamiento (MT; n=9 y CBT; n=5). Respecto a los participantes que

iniciaron los tratamientos, un 65% acudió a las sesiones MT vs. el 34% que acudió al programa CBT, ambos con alta puntuación en satisfacción y sin diferencias. En la respuesta a las situaciones de estrés provocadas, los participantes de la condición MT registraron una respuesta de ansiedad (DES) significativamente menor a los participantes de la condición CBT. Sin embargo, no se hallaron diferencias entre las condiciones en el estrés inducido por *craving*. Se tomaron asimismo medidas psicofisiológicas (respuesta galvánica y frecuencia cardíaca), y se observó que sólo en la última se registraron disminuciones significativas en los participantes de la condición MT. A pesar de la escasa muestra, se concluye que aquellos que recibieron MT redujeron las respuestas psicológicas y psicofisiológicas a las condiciones experimentales de estrés. Por tanto, las terapias de tercera generación, en este caso con componentes de mindfulness, pueden ser una alternativa a tratamientos bien establecidos como la CBT.

El objetivo del estudio experimental de Smout et al., (2010) fue determinar la eficacia diferencial entre ACT y CBT en el tratamiento del abuso de metanfetamina. Ciento cuatro consumidores fueron asignados al azar a ambas condiciones (40% mujeres). Dos terapeutas fueron los encargados de la evaluación y el tratamiento. Se tomaron medidas del consumo de metaanfetamina y otras drogas y de las consecuencias negativas del consumo a través de entrevista. Otras medidas registradas fueron los síntomas depresivos (BDI), la motivación general (Readiness to Change Questionnaire), el cuestionario de aceptación y acción (AAQ), y la Commitment to Abstinence Scale. Del total de la muestra, 47 participantes del grupo CBT y 43 del grupo ACT recibieron un protocolo de intervención de 12 sesiones semanales. Tras el análisis de resultados, no se hallaron diferencias significativas entre los grupos en la asistencia al tratamiento (el 61.1% fueron al menos a 4 sesiones en ambos grupos). Pese a que las cifras parecían

favorecer al grupo ACT en porcentajes de abstinencia, tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas. En concreto, al finalizar las intervenciones, un 42.9% (CBT) y un 33.3% (ACT) estaba abstinentes. En la evaluación de seguimiento a las 24 semanas, un 34.4% (CBT) y un 50% (ACT) se encontraba abstinentes. Respecto al resto de medidas, ambos grupos registraron mejoras a lo largo del tiempo (consecuencias negativas del consumo, depresión y consumo de otras sustancias), de nuevo sin diferencias intergrupales. El estudio concluye que ACT puede ser una vía de tratamiento alternativa a otras intervenciones que ya están bien establecidas, aunque en un trabajo posterior, los propios autores señalan que el porcentaje de abandono fue inaceptablemente alto (70% a las 12 semanas) (Smout, Hayes, Atkins, Klausen y Duguid, 2012).

Continuando sus investigaciones sobre tabaquismo, Gifford et al., (2011) realizaron otro estudio experimental para comparar un tratamiento farmacológico (bupropion), y este unido a psicoterapia. Los participantes (N=303) fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones, un protocolo combinado de ACT y FAP (psicoterapia analítica funcional)+tratamiento farmacológico (n=130) vs. tratamiento farmacológico (n=173). Se evaluaron diversas áreas psicológicas (depresión, ansiedad, etc.) al inicio y al finalizar la intervención, y se realizaron dos evaluaciones de seguimiento, a los 6 meses y al año. De todos los participantes, 77 completaron el tratamiento combinado y 90 el tratamiento farmacológico. Los resultados obtenidos fueron prometedores para la opción combinada. Se hallaron diferencias significativas entre las condiciones tanto en la evaluación post tratamiento como en la evaluación al año de seguimiento. En concreto, los porcentajes de abstinencia en el post tratamiento fueron del 50% vs. 27.9%; del 26.2% vs. 18.2%, a los 6 meses de seguimiento, y del 31.6% vs. 17.5%, al año (condición combinada vs. medicación, respectivamente).

Stotts et al., (2012) realizaron un estudio experimental para la desintoxicación de metadona. Para ello trabajaron con una muestra de 56 participantes que recibieron 24 sesiones de terapia, bien ACT (n=30), bien “counseling” (n=26), en el contexto de un programa de reducción de la dosis en 6 meses. Se tomaron medidas de evaluación del consumo de opioides y otras drogas, de la sintomatología psiquiátrica, y del miedo al síndrome de abstinencia, entre otras. Entre los resultados más destacados se encuentran que el 60% de los participantes de ACT y el 42% del grupo de “counseling” finalizaron el programa, sin diferencias significativas entre grupos. Atendiendo a las demás variables, la condición ACT se asoció a mayores reducciones del miedo al síndrome de abstinencia y a mayores tasas de éxito al finalizar el tratamiento. Se observó, asimismo, un descenso más acusado en evitación e inflexibilidad en el grupo ACT relativo al observado en el grupo de counseling, particularmente en la segunda mitad del tratamiento.

1.2.6. Conclusiones

Las intervenciones descritas en los estudios de caso único fueron variadas en cuanto a duración y otras variables metodológicas. Una de ellas fue una intervención breve de sólo 8 sesiones (Twohig et al., 2007), dos trabajos emplearon intervenciones de entre 15 y 18 sesiones (Heffner et al., 2003; López, 2010) y dos fueron intervenciones largas de entre 28 y 96 sesiones (Batten y Hayes, 2005; Luciano, et al., 2001). Aunque ACT no puede reducirse a una mera sucesión de técnicas, los componentes en los que más se hizo más hincapié en los estudios de caso único fueron los ejercicios de defusion que incluyeron la desliteralización y la experiencia de diferenciar las dimensiones de yo, la clarificación de valores, y el compromiso de actuar en dirección a valores personales. Todo ello trabajado mediante el uso de metáforas y

ejercicios experienciales (Batten y Hayes, 2005; Heffner et al., 2003; López, 2010; Luciano, et al., 2001; Twohig et al., 2007).

Respecto a los estudios experimentales, se atendió a un total de 780 participantes que recibieron protocolos ACT de 19 sesiones de duración media, que en general emplearon formatos de terapia individual (Brewer et al., 2009; Hernández-López et al., 2009; Stotts et al., 2012; Smout et al., 2010). No obstante, en tres de los estudios se combinaron sesiones individuales con sesiones grupales (Hayes et al., 2004; Gifford et al., 2004, 2011). Respecto a la estructuración de los componentes terapéuticos, los más destacados fueron la promoción del contacto con el “aquí y ahora”, la desliteralización de pensamientos, la ineficacia de los esfuerzos de control. Todo ello diseñado con el fin de promover la aceptación y la flexibilidad psicológica, la clarificación de valores y el compromiso para actuar de acuerdo a estos valores como meta.

Respecto a los grupos de comparación utilizados, se incluyeron grupos que recibieron un tratamiento bien establecido, a saber, tratamiento farmacológico, programa de mantenimiento de metadona, counseling y CBT; además, también hubo un grupo que recibió un protocolo basado en los 12 pasos. Los resultados referentes a la comparación de los tratamientos activos, tres trabajos mostraron que la ACT fue superior al tratamiento bien establecido (Gifford et al., 2004, con tratamiento farmacológico; Hayes et al., 2004, con metadona; Hernández-López et al., 2009, con CBT), mientras que otros estudios (Smout et al., 2010; Stotts et al., 2012) observaron que, en general, los resultados de la ACT fueron, cuanto menos, similares a las de los grupos de comparación (CBT y counseling, respectivamente). Al mismo tiempo, las conclusiones de estos dos últimos estudios han tomarse con cautela pues las tasas de abandono de los participantes fueron inaceptablemente altas.

Respecto a los resultados obtenidos en los estudios presentados, las cifras de abstinencia observadas se situaron en un rango entre el 33.3% y el 52% (Hayes et al., 2004; Gifford et al., 2011; Smout et al., 2010). Tales cifras fueron estables a lo largo del tiempo e incluso se incrementaron al cabo de 6 meses en Hayes et al., (2004) y al cabo de 12 meses en Gifford et al, (2011).

En ninguno de los estudios descritos se mencionaron o evaluaron la presencia de otros trastornos psicopatológicos comórbidos, por lo que las intervenciones se centraron únicamente en el tratamiento de la adicción. Sin embargo, sí se evaluaron alguna áreas psicológicas mediante los siguientes instrumentos: Inventario de depresión de Beck, el Acceptance and Action Questionnaire (AAQ), la escala de evitación y flexibilidad y uno de ellos incluyó la entrevista ASI-6. Todos realizaron análisis toxicológicos para la detección del consumo.

Parte empírica

2.1. Antecedentes

Si bien los estudios que se han presentado muestran la utilidad de ACT en el tratamiento de las drogodependencias, algunos autores (Öst, 2008) han considerado necesario resaltar aspectos a tener en cuenta en futuras investigaciones. Por ejemplo, la necesidad de desarrollar los tratamientos en contextos naturales, comparar los resultados con CBT, puesto que es el tratamiento psicológico de referencia, y realizar investigaciones que incluyan evaluaciones de seguimiento superiores a los 6 meses (Öst, 2008).

Recientemente, la ACT ha sido incluida entre los tratamientos basados en la evidencia por el United States Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA, 2012). Específicamente, se cita su utilidad y potencia para diversos trastornos, por ej., los trastornos de ansiedad (Arch et al., 2012; Roemer y Orsillo, 2012), depresión (Zettle, Rains y Hayes, 2011), y trastornos de personalidad (Morton, Snowdon, Gopold y Guymer, 2012).

Sin embargo, aún permanece un cierto grado de controversia respecto al estatus empírico de ACT en el tratamiento de los trastornos adictivos. Los resultados disponibles de la aplicación de ACT en el tratamiento de las drogodependencias han mostrado, como mínimo, una eficacia equivalente a la de las intervenciones con las que ha sido comparada (tratamiento farmacológico, Terapia de los 12 pasos, CBT). También se ha observado una mayor efectividad de ACT en las evaluaciones de seguimiento siendo esta precisamente una de las principales limitaciones que están presentando los tratamientos actuales en el campo de las drogodependencias.

En resumen, la comparación de ACT y CBT se encuentra aún en sus inicios (Hofmann, Sawyer y Fang, 2010; Smout et al., 2010), y cada vez más, son numerosos

los investigadores que insisten en la necesidad de realizar nuevos estudios controlados para determinar si la eficacia a largo plazo de ACT, es, como mínimo, comparable con la de los tratamientos bien establecidos (Levin y Hayes, 2009).

Amén de esto, la ausencia de investigaciones en nuestro país sobre la evaluación de tratamientos para el abuso de sustancias dispensados en el contexto penitenciario, y específicamente, en muestras de mujeres, cimientan las razones que avalan la elaboración de esta tesis doctoral.

La Tesis Doctoral que se presenta se dirige a evaluar la eficacia diferencial y a largo plazo de una intervención tradicional de corte cognitivo-conductual frente a un protocolo de intervención basado en ACT para el tratamiento de las adicciones y otros trastornos asociados en una muestra de mujeres encarceladas.

2.2. Objetivos

El **objetivo principal** de esta tesis es evaluar la eficacia diferencial y a largo plazo de dos protocolos de tratamiento (ACT y CBT) para el abuso de sustancias en un grupo de mujeres policonsumidoras en el medio penitenciario. Asimismo, se compara la eficacia de ambos protocolos frente un grupo control en lista de espera.

La descripción de los protocolos de intervención se puede consultar en el Anexo I.

Los objetivos específicos de la Tesis Doctoral son los siguientes:

(1) Analizar el perfil sociodemográfico, adictivo y psicológico de una muestra de mujeres encarceladas en el Módulo 10 del Centro Penitenciario de Villabona-Asturias.

(2) Identificar la presencia de otros trastornos psicopatológicos distintos al abuso de drogas.

(3) Analizar la historia de acontecimientos vitales con influencia en el inicio del consumo de drogas.

(4) Evaluar los porcentajes de abstinencia, el índice de gravedad de la adicción, los niveles de sensibilidad a la ansiedad y la flexibilidad psicológica antes y después de los tratamientos y en los seguimientos al cabo de 6, 12 y 18 meses.

(5) Evaluar el efecto terapéutico de ambos protocolos en la reducción de los trastornos psicológicos distintos al TUS.

(6) Observar si se replica el efecto de incubación característico de ACT.

2.3. Publicaciones

2.3.1. Villagr , P., González, A., Fernández, P., Casares, M. J, Martín, J. L., y Rodríguez, F. (2011). Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión. *Adicciones*, 23, 219-226.

Factor de impacto (JCR 2011): 1,127.

En este estudio se analiza el perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de 59 mujeres encarceladas en el Centro Penitenciario (C.P.) de Villabona (Asturias). Para ello se administraron los instrumentos EuropASI, SCL-90-R y una entrevista semiestructurada. Los resultados mostraron que se trata de una mujer joven, soltera y con carga familiar que cumple una condena media de 5 años de encarcelamiento. Del total de la muestra, el 64.4% presentaron criterios para un trastorno por abuso de sustancias. Se halló una relación estadísticamente significativa entre las variables consumo y tipo de delito, siendo las mujeres consumidoras las que más delitos contra la propiedad y contra el orden socioeconómico habían cometido. Respecto a la psicopatología asociada al TUS, el 44.06% de la muestra cumplía los requisitos de caso clínico de acuerdo a los criterios de Derogatis (1994). Los resultados del SCL-90-R mostraron que los trastornos psicológicos predominantes eran, en este orden, la depresión, la somatización, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ideación paranoide. Además, el 47.4% de la mujeres consumidoras presentaba patología dual y se puso en evidencia una relación estadísticamente significativa entre caso clínico y consumo de sustancias. Por último, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos consumo-no consumo de drogas en el perfil de gravedad del EuropASI. Fueron el área médica, familiar y psiquiátrica del grupo consumo las que mayores puntuaciones presentaron.

Perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres en prisión

Addictive, criminal and psychopathological profile of a sample of women in prison

PATRICIA VILLAGRÁ LANZA*; ANA GONZÁLEZ MENÉNDEZ*;
PAULA FERNÁNDEZ GARCÍA*; M^a JOSÉ CASARES*;
JOSÉ LUIS MARTÍN MARTÍN**; FILOMENA RODRÍGUEZ
LAMELAS***

* Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo
** C.P. de Villabona
*** Psicóloga clínica contratada por el CP de Villabona

Enviar correspondencia a:
Patricia Villagrà Lanza
Departamento de Psicología. Universidad de Oviedo
Plaza Feijoo, s/n. C.P. 33003. Oviedo – Spain
Teléfono: +34 649 58 17 47 Fax: +34 985 10 41 44
Correo electrónico: mayo85_patricia@hotmail.com

recibido: noviembre 2010
aceptado: abril 2011

RESUMEN

En este estudio se analiza el perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de 59 mujeres encarceladas en el Centro Penitenciario (C.P.) de Villabona (Asturias). Para ello se administraron los instrumentos EuropASI, SCL-90-R y una entrevista semiestructurada. Los resultados mostraron que se trata de una mujer joven, soltera y con carga familiar que cumple una condena media de 5 años de encarcelamiento. Del total de la muestra, el 64.4% presentaron criterios para un trastorno por abuso de sustancias. Se halló una relación estadísticamente significativa entre las variables consumo-no consumo y tipo de delito, siendo las mujeres consumidoras las que más delitos contra la propiedad y contra el orden socioeconómico habían cometido. Respecto a la psicopatología, el 44.06% de la muestra cumplía los requisitos de caso clínico de acuerdo a los criterios de Derogatis (1994). Los resultados del SCL-90-R mostraron que los trastornos psicológicos predominantes eran, en este orden, la depresión, la somatización, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ideación paranoide. Además, en el grupo de mujeres consumidoras, el 47.4% presentaba patología dual. Se puso en evidencia la relación estadísticamente significativa entre caso clínico y consumo de sustancias. Por último, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos consumo-no consumo de drogas en el perfil de gravedad del EuropASI. Fueron el área médica, familiar y psiquiátrica del grupo consumo las que mayores puntuaciones presentaron.

Palabras clave: mujer, prisión, abuso de drogas, patología dual.

ABSTRACT

This study examines the addictive, criminal and psychopathological profile of a sample of 59 women incarcerated in the Villabona prison in Asturias (a region in northern Spain). The instruments administered were the EuropASI, the SCL-90-R and a semi-structured interview. Results showed that the profile is a young, single women with family dependents serving an average of 5 years' imprisonment. Of the total sample, 64.4% met criteria for a substance abuse disorder. We found a statistically significant relationship between the variables use-nonuse and type of crime: women who used substances had committed the most crimes against property and against the socioeconomic order. As regards psychopathology, 44.06% of the sample fulfilled the requirements for clinical case according to Derogatis' (1994) criteria. The results of the SCL-90-R showed that the predominant psychological disorders were, in the following order, depression, somatization, obsessive-compulsive disorder and paranoid ideation. Moreover, in the group of female users, 47.4% had dual pathology. Our results revealed a statistically significant relationship between clinical case and substance use. Finally, statistically significant differences were found between the user and nonuser groups in the EuropASI severity profile. Highest scores were found for the medical, psychiatric and family areas in the user group.

Keywords: women, prison, drug abuse, dual diagnosis.

INTRODUCCIÓN

En España poco se ha divulgado sobre las características específicas actuales de la delincuencia femenina, pues la mayoría de estudios, investigaciones y debates con enfoques criminológicos, continúan centrándose en la población masculina y siguen contemplando a las mujeres como un grupo minoritario. Los estudios publicados con población exclusivamente femenina y en los que se aborda la problemática del abuso de sustancias son principalmente de carácter descriptivo y se limitan a ofrecer un perfil socio-demográfico de las mujeres (Cervelló, 2006; Yagüe y Cabello, 2005).

En el estudio de Cervelló (2006), por ejemplo, se destacan como características más relevantes de las mujeres encarceladas, la baja escolarización (40% de analfabetismo) y la carga familiar (el 75% de mujeres reclusas tienen hijos). Entre el 25-30% de las mujeres encarceladas es de etnia gitana y en el 60% de los casos, suelen estar en prisión por delitos contra la salud pública.

Otros datos españoles informan que, del total de delitos cometidos por mujeres, nuestro país cerraba el año 2009 con un 51.3% de delitos contra la salud pública y un 30.7% de delitos contra la propiedad y el orden socioeconómico (Dirección General de Instituciones Penitenciarias, 2009).

Los estudios internacionales también señalan que una de cada tres mujeres encarceladas ingresa en prisión por delitos relacionados con las drogas, comparados con la cifra de 1 de cada 8 mujeres en la década anterior (Zurhold, 2005). Singer, Bussey, Song y Lunghofer (1995) indicaron que entre el 36 y el 80% de las mujeres en prisión presentaban problemas de abuso de sustancias, y más recientemente, Haas y Peters (2001) también señalaron que el 60% de las mujeres detenidas daba positivo en pruebas de consumo de drogas.

De modo paralelo, y debido en buena parte a las consecuencias derivadas de la drogodependencia, el incremento en el número y gravedad de algunos trastornos mentales comórbidos se ha convertido recientemente en un tema de máximo interés. En términos de salud mental, un estudio reciente informó que aproximadamente el 75% de las mujeres ingresadas en prisión presentaba síntomas de diferentes trastornos mentales, y que tres cuartas partes de éstas cumplían también los criterios diagnósticos para un trastorno por abuso de sustancias (James y Glaze, 2006).

Así mismo, es frecuente que las mujeres encarceladas hayan sufrido episodios de violencia sexual y física, y que más de un 30% cumplan los criterios para un Trastorno Por Estrés Postraumático (TEPT), observándose también que la prevalencia de TEPT no difiere en función de variables como raza, edad o nivel educativo en las mujeres diagnosticadas (Henderson, 1998).

Estos hallazgos son consistentes con los estudios que relacionan el abuso físico/sexual y el riesgo de encarcelación (Ladwing y Anderson, 1989; Sargent, Marcus-Mendoza y Ho Yu, 1993). Esta es la razón por la que algunos estudios

contemplan el consumo de drogas como una estrategia de evitación del sufrimiento generado bien por la sintomatología de los trastornos psicológicos o por condiciones sociales adversas (Boyd, Guthrie, Pohl, Whitmarsh y Henderson, 1994; Forth-Finegan, 1991), y concluyen que las mujeres con problemas de abuso de drogas tienen necesidades meridiana-mente diferentes a las de los hombres.

Del mismo modo, la disponibilidad y calidad de los tratamientos para abuso de sustancias que se dispensan en prisión distan de cumplir los estándares adecuados (Kosak, 2005), y como consecuencia, el riesgo de comportamientos violentos, reincidencia delictiva e indigencia es mayor (Smith, Simonian y Yarussi, 2006).

Ante esta situación, el presente estudio se planteó con el principal objetivo de establecer el perfil psicológico, delictivo y adictivo de las mujeres encarceladas en una prisión española. Otros objetivos del trabajo fueron identificar los posibles problemas de patología dual en esta población y analizar la relación entre la historia de violencia física/sexual y el consumo de drogas.

MÉTODO

Muestra

La población objeto de estudio son las mujeres encarceladas en España. Así las cosas, la muestra ha sido extraída del módulo 10 del C.P. de Villabona (Asturias) compuesto por 98 reclusas en el momento inicial de la investigación (Mayo de 2008). Hemos calculado a priori el tamaño de muestra (N) necesario para conseguir un tamaño del efecto medio (0.5) (Cohen, 1988). El tamaño de muestra necesario ha sido 59 internas. A pesar de que sería deseable poder extraer la muestra de la población de modo aleatorio, esto no ha sido posible y hemos contado con aquellas personas que nos dieron su consentimiento informado para participar. Finalmente, la muestra que obtuvimos la compusieron 59 mujeres con una media de edad de 36.2 años, españolas (84.2 %) y solteras (41.3%). Todas ellas procedían de un nivel socioeconómico medio-bajo.

Instrumentos

Para obtener la información necesaria se administró una batería de pruebas seleccionadas en función de distintas áreas de interés para la evaluación. Esta batería constó de los siguientes instrumentos:

- Entrevista semiestructurada. Diseñada *ad hoc* y formada por preguntas sobre datos personales y demográficos, delictivos y penales, y de historia adictiva y psicopatológica.

- Adaptación española (Casullo, 2004) del *Symptom Check List (SCL- 90-R)* (Derogatis, 1994). Se trata de un cuestionario autoadministrado de detección y medida de síntomas psicopatológicos. Los 90 ítems que componen la prueba se dividen en 9 escalas, con las que se consigue el perfil psicopatológico del paciente. Además, se obtienen puntuaciones adicionales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: el Índice Global de Severidad (GSI), que refleja la gravedad global de los síntomas presentados, el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), que indica la intensidad de los síntomas presentes, y el Total de Sintomatología Positiva (PST), que recoge el número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0. El instrumento tiene una fiabilidad de 0.83 y una validez de 0.80.
- Adaptación española (Bobes, González, Iglesias y Wallace, 1994) de la Versión europea del Addiction Severity Index (*EuropASI*) (Kokkevi y Hartgers, 1995). La entrevista explora las áreas médica, empleo y soportes, uso de alcohol y drogas, situación legal, relaciones familiares y sociales y estado psiquiátrico. Para la corrección de este instrumento se han utilizado las Puntuaciones Compuestas (composite scores), pues eliminan el alto grado de subjetividad del entrevistador y son más apropiadas para el uso en investigación (McLellan, Luborsky, Cacciola y Griffith, 1985). No se ha realizado el cálculo de las puntuaciones compuestas de las áreas legal y empleo, dado que la muestra ya se encontraba encarcelada en el período de los últimos 30 días que marca el instrumento. Asimismo, hemos administrado los ítems de las áreas alcohol y drogas sólo para la muestra de mujeres consumidoras.

Procedimiento

Con el propósito de explicar el motivo del estudio, se contactó inicialmente con la población total de internas del CP de Villabona (N=98). Se explicó, en distintas reuniones, nuestro interés por conocer su historia delictiva, las razones de la misma y su situación emocional o psicológica. Se acentuó que la participación era voluntaria, que los datos serían tratados de forma anónima y confidencial y que más adelante iniciaríamos nuevos programas de evaluación e intervención. Finalmente, 59 mujeres aceptaron participar en esta primera investigación, para la cual cumplieron una hoja de consentimiento informado.

Los instrumentos de evaluación anteriormente descritos fueron heteroaplicados individualmente en el espacio dedicado a la consulta médica del módulo 10 del C.P. de Villabona. La persona encargada de recoger los datos fue una psicóloga formada y entrenada en la administración de estas pruebas. El tiempo medio de aplicación fue de una hora y media por interna.

Análisis de los datos

En primer lugar realizamos un estudio descriptivo de las variables sociodemográficas, penales y adictivas en el total de la muestra. Frecuencias y porcentajes para las variables nomi-

nales, y estadísticos de tendencia central, variabilidad y forma de distribución en variables cuantitativas. Con el propósito de observar si la variable consumo-no consumo de drogas tenía alguna influencia en el resto de variables analizadas (situación familiar, psicopatológica, etc.) se aplicó el estadístico de contraste de comparación de medias no paramétrico U de Mann-Whitney debido a la ausencia de normalidad en el registro de las variables. Cuando el interés se centró en observar la dependencia entre dos variables registradas en escala nominal, lo analizamos mediante el uso de Tablas de Contingencia utilizando el Chi-cuadrado de Pearson.

El análisis de los datos se ha llevado a cabo con el paquete estadístico SPSS (V.15.0) y el nivel de significación se ha establecido a priori en 0.05.

RESULTADOS

Situación sociodemográfica y delictiva

La media de edad de las 59 mujeres evaluadas fue de 36.2 años, con un rango entre 21 y 69 años. La mayoría eran solteras (44.1%) y tenían nacionalidad española (83%). De estas últimas, el 27.1% eran de etnia gitana. Un alto porcentaje de estas mujeres tenía hijos (79.6 %) que habían pasado en general al cuidado de algún miembro de su familia tras su encarcelación. En la mayoría de los casos quedaban a cargo de la abuela materna. Ver Tabla 1.

Se trata asimismo de mujeres que no han superado los estudios primarios (38.9%), con una media de 12.8 años de educación, y cuya situación laboral antes del encarcelamiento era el desempleo (74.6%).

En razón de su *situación penal*, la mayor parte cumplía condena por delitos contra la propiedad y el orden socioeconómico (47.5%), seguidos de los delitos contra la salud pública (33.9%) y de los delitos contra la persona (18.6%). Además, para el 61% de la muestra éste era el primer ingreso en prisión, mientras que el 20.3% había reingresado por segunda vez y el 15.3% de la muestra contaba en su haber con 3 o más ingresos. En el momento del estudio la mayoría tenía sentencia firme, con un tiempo medio de condena de 5.6 años. Ver Tabla 1.

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de consumo y no consumo en el número de hijos, [$U_{MW} = 272.50$; $p = 0.041$] y en el número de ingresos anteriores en prisión, [$U_{MW} = 205.5$; $p = 0.001$]. En ambos casos fue mayor en el grupo de mujeres no consumidoras.

Hallamos una dependencia estadísticamente significativa entre las variables consumo-no consumo y tipo de delito [$X^2 = 7.376$; $gl = 2$; $p = 0.025$]. Fue la submuestra de mujeres consumidoras la que más delitos contra la propiedad y contra el orden socioeconómico había cometido.

Tabla 1. Características sociodemográficas y delictivas de la muestra total.

Variables	M	DT
Edad	36.20	9.5
Número de hijos a su cargo	2.34	2.72
Tiempo total de condena en meses	67.04	47.9
Variables	n _i	pi
Estado civil		
Soltera	26	44.1
Casada	13	22
Separada/Divorciada	16	27.1
Viuda	4	6.8
Nacionalidad		
Española	50	83
- Etnia Gitana	16	27.1 ^{sg}
Latinoamericana	7	11.9
Otros	3	5.1
Delitos		
Contra la propiedad y el orden socioeconómico	28	47.5
Contra la salud pública	20	33.9
Contra la persona	11	18.6

Leyenda: en variables cualitativas ni= frecuencia; pi= porcentaje; en variables; sg porcentaje de subgrupo; en variables cuantitativas M= media aritmética; DT= desviación típica

Situación adictiva

Del total de la muestra analizada, el 64.4% de mujeres presentaba un trastorno por abuso de sustancias. Para el 35.6% la heroína era la sustancia principal de consumo, con una edad de inicio en la misma que rondó los 18 años. Para el 16.9% la sustancia de consumo principal era la cocaína, mientras que sólo el 6.8% y el 5.1% de la muestra declararon el cánnabis y el alcohol, respectivamente, como las sustancias de abuso principal. En cualquier caso, el 44.73% de las mujeres consumidoras afirmaron consumir dos o más sustancias, y la combinación con mayor porcentaje fue la cocaína y la heroína en un 35.29% de los casos, seguido de cocaína, heroína y cánnabis en un 29.41%.

De las mujeres consumidoras de drogas, el 57.9% se sometió a algún tipo de programa de deshabituación previo a la entrada en prisión. Sin embargo y de acuerdo a sus propios informes, en la mayoría de los casos la intervención no fue eficaz, y el 42.1% de estas mujeres tuvieron una recaída posterior. En el momento del estudio, el 27.1% estaban en un programa de mantenimiento con metadona y el 13.5% seguía un tratamiento con psicofármacos. Un alto porcentaje de mujeres abusaba de la medicación pautada por el servicio médico, pero es difícil conocer las cifras exactas precisamente por el hecho de ser un tratamiento prescrito.

El valor de las puntuaciones compuestas del EuropASI en estas áreas se detalla en la Tabla 2.

Situación familiar

Los ítems del EuropASI que evalúan el área familiar reflejaron que un alto porcentaje de mujeres sufrieron abusos físicos y sexuales en algún momento de su vida, exactamente un 66.1% de la muestra. En concreto, un 42.4% afirmó haber sido objeto de abusos físicos y un 23.7% haber sufrido abusos sexuales. En el momento de la evaluación, el 26.3% de las mujeres tenían problemas con su familia de referencia (padre, madre o hermanos/as), el 7.4% tenían problemas con su pareja y el 2.6% tenían problemas con sus hijos/as.

Se puso en evidencia la existencia de una dependencia estadísticamente significativa tanto entre las variables consumo-no consumo de sustancias y la presencia de abusos de tipo físico [$X^2=7.265$; $g/1=1$; $p=0.007$], como entre las variables consumo-no consumo de sustancias y abuso sexual anterior [$X^2= 3.635$; $g/1=1$; $p= 0.057$].

A pesar de que las puntuaciones de gravedad son mayores para el grupo de mujeres consumidoras, las diferencias entre grupos respecto a esta variable no fueron estadísticamente significativas. Ver Tabla 2.

Situación médica

El 45.8% de toda la muestra afirmó haber padecido algún problema de salud durante el mes anterior al estudio.

Tabla 2. Valores (composites scores) en distintas áreas del EuropASI

ÁREA	Grupo consumo (N=38)	Grupo no consumo (N=21)	Prueba de contraste
Médica	.347	.138	$U_{MW} = 281.50; p = .050$
Familiar	.197	.097	$U_{MW} = 291.50; p = .074$
Psiquiátrica	.371	.266	$U_{MW} = 288; p = .078$
Alcohol	.120		
Drogas	.104		

Respecto a problemas médicos crónicos, del 86.4% de mujeres que se había realizado las pruebas del VIH, el 10.2% era VIH positivo. El 25.4% padecía hepatitis y el 37.3% seguía tratamiento farmacológico para el tratamiento de alguna enfermedad crónica. La relación entre las variables consumo de drogas y presencia de enfermedades médicas crónicas fue estadísticamente significativa [$X^2 = 4.002; g/1; p = 0.045$].

Al comparar el perfil de gravedad del área médica en función de la variable consumo de drogas, se encontraron diferencias estadísticamente significativas [$U_{MW} = 281.5; p = 0.050$], con una puntuación de gravedad mayor para el grupo de mujeres consumidoras.

Situación psicopatológica

El 44.06% de la muestra cumplía los requisitos de caso clínico de acuerdo a los criterios de Derogatis (1994). Los resultados del SCL-90-R mostraron que los trastornos psi-

cológicos predominantes eran, en este orden, la depresión, la somatización, el trastorno obsesivo-compulsivo y la ideación paranoide.

Tras comparar los grupos atendiendo a la variable consumo frente a no consumo de drogas, se observaron diferencias estadísticamente significativas en tres variables del SCL-90. Estas son: *Total de síntomas positivos* [$U_{MW} = 269; p = 0.039$]; *hostilidad* [$U_{MW} = 232; p = 0.007$] y *psicoticismo* [$U_{MW} = 251.5; p = 0.019$]. En todos los casos las puntuaciones fueron mayores en el grupo de mujeres consumidoras. La relación entre la variables consumo y prescripción de psicofármacos fue estadísticamente significativa [$X^2 = 7.312; g/1; p = 0.007$].

Se puso en evidencia la dependencia estadísticamente significativa entre las variables casos clínicos identificados por el SCL-90 y consumo-no consumo de sustancias [$X^2 = 4.898; g/1; p = 0.027$] vinculada al subgrupo de mujeres consumidoras.

Tabla 3. Comparación y puntuaciones medias de los índices generales y las subescalas del SCL-90.

	Grupo consumo (N=38)		Grupo no consumo (N=21)		Estadístico de contraste
	M	SD	M	SD	
Índice de severidad total	1.17	.659	.87	.568	N.S.
Total síntomas positivos	45.29	16.84	34.71	15.73	$U_{MW} = 269; p = 0.039$
Malestar referido a síntomas positivos	2.19	.598	2.09	.685	N.S.
Casos clínicos (%)	47.4		38.1		$X^2 = 4.898, g/1, p = 0.027$
Somatización	1.38	.869	1.11	.811	N.S.
Obsesivo compulsivo	1.20	.846	.99	.889	N.S.
Susceptibilidad Interpersonal	.94	.766	.75	.642	N.S.
Depresión	1.70	.859	1.40	.806	N.S.
Ansiedad	1.19	.811	.88	.784	N.S.
Hostilidad	.82	.813	.32	.485	$U_{MW} = 232; p = 0.007$
Ansiedad fóbica	.49	.734	.44	.538	N.S.
Ideación paranoide	1.26	.746	.89	.620	N.S.
Psicoticismo	.79	.683	.40	.408	$U_{MW} = 251.5; p = 0.019$

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio era conocer la situación socio-demográfica, adictiva y psicopatológica de una muestra de mujeres encarceladas en España. No se dispone de estudios españoles que investiguen este tema y por tanto, la información a la que se tiene acceso proviene principalmente de muestras americanas, y en concreto, de estudios realizados en Estados Unidos.

El perfil sociodemográfico de la mujer encarcelada en Villabona va en la línea de lo informado por los trabajos americanos (por ej.; Belenko y Peugh, 2004; Covington, 2007; Harris, Sharps, Allen, Anderson, Soeken, y Rohatas, 2003; Fogel y Belyea, 1999; Henderson, 1998 y Zurhold, 2005) y españoles (Cervelló, 2006; Yagüe y Cabello, 2005). Así, se trata de una mujer joven, en torno a los 36 años, soltera y con hijos, que en general no ha superado los estudios primarios y que cuenta con una media de 13 años de educación. Se trata además de una mujer que ingresa 5 años y medio en prisión por delitos contra la propiedad y contra el orden socioeconómico.

La mayoría de mujeres encarceladas (64.4%) presenta también un trastorno por abuso de sustancias. La heroína es la sustancia principal de consumo en el 35.6% de los casos y la edad de inicio en la misma es temprana, pues ronda los 18 años de edad. Por lo demás, el 44.7% de estas mujeres se declaran asimismo, policonsumidoras.

Los resultados aquí presentados destacaron también la alta proporción de trastornos psicopatológicos distintos al abuso de sustancias observada en la muestra de estudio. En conjunto, el 44% de la muestra presentaba al menos un trastorno mental distinto al abuso de drogas, con una alta prevalencia de problemas de depresión, somatización, ansiedad e ideación paranoide. Por lo demás, la comparación posterior de acuerdo a la variable consumo señaló que en el grupo de mujeres consumidoras, el 47.4% presentaba un trastorno psicopatológico según criterios del SCL-90R frente al 38.1% del grupo de no consumo de drogas. Además, las puntuaciones en todas las variables del SCL-90 fueron superiores para el grupo de consumidoras. En nuestro país existen escasas referencias sobre la utilización del SCL-90 en la investigación sobre drogodependencias. En una de ellas, Martínez-Higueras (1993) observó en muestra no encarcelada que las mujeres se mostraban más sintomáticas y puntuaban más elevado que los hombres en las escalas de Depresión y Hostilidad.

Corroborando esta información, el perfil de gravedad del área psiquiátrica ofrecido por el EuropASI apoyó los datos arrojados por el SCL-90. Así, del 32.3% de la muestra en que se detectaron problemas depresivos, el 63.1% pertenecían al grupo de consumidoras. Respecto a los problemas de ansiedad ocurrió algo parecido, siendo que del 59.3% que presenta estos problemas, el 65.7% eran consumidoras de drogas. Por último, del 47.4% que recibía medicación por problemas emocionales o psicológicos en el total de la muestra, el 82.1% pertenecía al grupo de quienes consumían.

Los datos que se tienen de otros estudios apoyan la idea de que una gran parte de mujeres con trastorno por abuso de sustancias cumplen los criterios para otro trastorno mental (James y Glaze, 2006), y señalan también que los trastornos con mayor prevalencia son la depresión, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos de ansiedad, y los trastornos de personalidad (Bloom y Covington, 2008). Asimismo, nuestros resultados sobre patología dual coinciden en varios puntos con los publicados por Torrents (2006) y en los que se señala que las áreas más afectadas del cuestionario SCL-90-R para mujeres consumidoras no encarceladas que ingresan en un programa de reducción de daños son la depresión, el psicoticismo y la ideación paranoide.

En fin, aunque no existen cifras concretas sobre patología dual en prisión, y mucho menos en mujeres, un reciente estudio en el que se analizó la morbilidad psiquiátrica entre la población general y reclusa, Brugha et al. (2005) señalaron que la prevalencia de trastorno psicótico es 10 veces mayor en la población penitenciaria. Sea como fuere, la comorbilidad de un trastorno de uso de sustancias incrementa el riesgo de conductas violentas en personas con trastorno mental grave, y por tanto, resulta fundamental incorporar instrumentos diagnósticos de detección como el SCL-90-R (Derogatis, 1994), que permitan, de forma rápida, obtener una valoración inicial de la presencia de comorbilidad.

Nuestro estudio también ofrece un perfil de gravedad en el área médica donde la frecuencia de padecer algún problema médico crónico es del 50.8%, y donde el grupo de mujeres consumidoras es el más afectado por enfermedades como hepatitis y VIH. También es mayor la proporción de estas mujeres que sigue medicación prescrita para alguna enfermedad crónica y que consume psicofármacos. Estos datos concuerdan con estudios previos como el de Covington (2007), Harris et al. (2003) o Moloney, van der Bergh y Moller (2009) y en los que se estableció una alta relación entre el consumo de drogas y el riesgo de contraer hepatitis, VIH y enfermedades de transmisión sexual.

Por último, aunque en este estudio no se ha indagado la razón de la relación entre consumo de drogas y encarcelamiento, estudios previos señalaron como factores explicativos, la existencia de una pareja consumidora (Henderson, 1998), la pertenencia a familias desestructuradas, o la presencia de otro miembro de la familia en prisión (Covington, 2007). Otros estudios han indicado que la presencia de una historia de abusos en la infancia (Messina y Grella, 2006) y los problemas mentales y de salud serían precedentes del consumo, desencadenándose después las conductas delictivas y el encarcelamiento (Covington, 2007; Moloney et al., 2009). Los datos de nuestro estudio apuntan mejor a esta última línea. Así, puede deducirse la existencia de un nexo entre algunas experiencias traumáticas –como la presencia de abusos en la infancia– y el inicio en el consumo de sustancias, algo que posteriormente parece llevar a la comisión de delitos para mantener ese consumo y resultando después el ingreso en prisión.

Es frecuente encontrar altos porcentajes de violencia contra la mujer en estudios sobre mujeres infractoras con proble-

mas de abuso de sustancias. Harris et al. (2003) encontraron una relación significativa entre estas variables, al señalar que el 78.2% de mujeres consumidoras de sustancias fueron agredidas sexualmente antes de entrar en prisión, y que el 82.9% sufrieron abusos sexuales por parte de su pareja.

Nuestros resultados van en esta dirección, y señalan que el 66.1% de las mujeres del estudio tienen historia de abusos físicos y/o sexuales. Aunque las relaciones entre ambos fenómenos son aún desconocidas, los datos observados en esta investigación son importantes y deberían confirmarse con análisis e instrumentos de detección del abuso más finos y sofisticados.

En resumen, los resultados de este estudio dibujan el perfil adictivo, delictivo y psicopatológico de una muestra de mujeres españolas encarceladas. El 47.4% de las mujeres encarceladas presenta un trastorno por abuso de sustancias y al menos un problema psicopatológico añadido. Esto añade un riesgo nada desdeñable de complicaciones psicopatológicas y por tanto conductuales entre las que el suicidio se sitúa en primer lugar (Way, Miraglia, Sawyer, Beer, y Eddy, 2005).

Las implicaciones de estos resultados son de enorme importancia para la gestión clínica de estas personas y reafirman la necesidad de suministrar un tratamiento adecuado que cubra sus principales déficits y necesidades. Los mismos resultados señalan la necesidad repetidamente reclamada de implantar programas específicos de tratamiento para mujeres en prisión con trastorno por uso de sustancias. Sin embargo, a pesar del incremento en el número de mujeres encarceladas, los centros penitenciarios distan de adaptarse a sus peculiaridades y necesidades (Covington, 2007; Langan y Pelissier, 2001; Mullings, Hartley y Marquart, 2004). Esto es especialmente cierto en las áreas de la salud física y psicológica, en las que las necesidades de las mujeres han sido sistemáticamente ignoradas no sólo por las organizaciones e instituciones penitenciarias, sino por la sociedad en conjunto (Freudenberg, 2002).

AGRADECIMIENTOS

Este estudio ha sido posible gracias a la financiación del Instituto Asturiano de la Mujer (Gobierno del Principado de Asturias) (Ref. PG07-05), y de la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT) (Ref. BP09-030).

REFERENCIAS

- Belenko, S. y Peugh, J. (2004). Estimating drug treatment needs among state prison inmates. *Drug and Alcohol Dependence*, 77, 269-281.
- Boyd, C., Guthrie, B., Pohl, J., Whitmarsh, J. y Henderson, D. (1994). African-American women who smoke crack: Sexual trauma and the mother-daughter relationship. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 243-247.
- Bloom, B. y Covington, S. (2008). Addressing the mental health needs of women offenders. The unmet mental health needs of women across the criminal justice system. *Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall/Pearson*.
- Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, G., Lewis, G. (2005). Psychosis in the Community and in Prisons: A report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *American Journal of Psychiatry* 162, 774-780.
- Cervelló, V. (2006). Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. *Revista General de Derecho Penal*, 5, 1-22.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd edition). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Covington, S.S. (2007). Women and the Criminal Justice System. *Women's Health Issues*, 17, 180-182.
- Dirección General de Instituciones Penitenciarias, (2009). www.institucionpenitenciaria.es Administración Penitenciaria.
- Derogatis, L.R. (1994). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research. Adaptación española de Casullo, M. (2004).
- Freudenberg, N. (2002). Adverse effects of U.S. jail and prison policies on the health and well-being of women of color. *American Journal of Public Health*, 92, 1895-1899.
- Fogel, C.I. y Belyea, M. (1999). The Lives of Incarcerated Women: Violence, Substance Abuse, and at Risk for HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 10, 66-74.
- Forth-Finegan, J.L. (1991). Sugar and spice and Everything Nice: Gender Socialization and Women's Addiction: A Literature Review. En Bepko, C.L. New York. The Haworth Press. *Feminism and Addiction*.
- Haas, A.L. y Peters, R.H. (2001). Development of substance abuse problems among drug-involved offenders: evidence for the telescoping effect. *Journal of Substance Abuse*, 12, 241-253.
- Harris, R.M., Sharps, P.W., Allen, K., Anderson, E.H., Soeken, K. y Rohatas, A. (2003). The Interrelations between Violence, HIV/AIDS, and Drug Use in Incarcerated Women. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14, 27-40.
- Henderson, D.J. (1998). Drug Abuse and Incarcerated Women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15, 579-587.
- James, D. y Glaze, L. (2006). Mental health problems of prisons and jail inmates. *Bureau of Justice Statistics*. Washington, DC.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). *EuropASI. Versión europea del Addiction Severity Index*. Adaptación española de Bobes, J., González, M. P., Iglesias, C. y Wallace, D. (1994).
- Kosak, J. (2005). Mental health treatment and mistreatment in prisons. *William Mitchell Law Review*, 32, 389-418.
- Langan, N.P. y Pelissier, B.M. (2001). Gender differences among prisoners in drug treatment. *Federal Bureau of Prisons*, 1-22.

- Martínez-Higueras, I.M. (1993). Estudio sintomático de drogodependientes en tratamiento con el SCL-90. *Psiquis* 14, 152-161.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J. y Griffith, J.E. (1985). New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 412-423.
- Messina, N. y Grella, C. (2006). Childhood Trauma and Women's Health Outcomes in a California Prison Population. *American Journal of Public Health*, 96, 1842-1848.
- Moloney, K.P., van der Bergh, B.J., y Moller, L.F., 2009. Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history. *Public Health*, 123, 426-430.
- Mullings, J. L., Hartley, D. J. y Marquart, J. W. (2004). Exploring the relationship between alcohol use, childhood maltreatment, and treatment needs among female prisoners. *Substance Use and Misuse*, 39, 277-305.
- Sargent, E., Marcus-Mendoza, S., y Ho Yu, C. (1993). Abuse and the woman prisoner. In B. Fletcher, L. Shaver, & D. Moon (Eds.) *Mental Disorder and Crime*. Pág: 208-226. Newbury Park: Sage.
- Smith, B.V., Simonian, N.M. y Yarussi J. (2006). The health concerns of incarcerated women—Part 2: Communicable diseases and treatment issues. *Women, Girls and Criminal Justice* 7, 49-64.
- Singer, M.I., Bussey, J., Song, L.Y. y Lunghofer, L. (1995). The psychosocial issues of women serving time in jail. *Social Work* 40, 103-113.
- Torrents, O. (2006). Perfil psicológico de sujetos toxicómanos en activo, usuarios de un programa de reducción de daños. *Revista de Psiquiatría de la Faculta de Medicina de Barcelona*, 33, 24-33.
- Way, B.B., Miraglia, R., Sawyer, D.A., Beer, R. y Eddy, J. (2005). Factors related to suicide in New York state prisons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28, 207-221.
- www.institucionpenitenciaria.es Administración Penitenciaria. Ministerio Del Interior (2010).
- Yagüe O.C. y Cabello, M.I. (2005). Las Mujeres jóvenes en prisión. *Revista de Estudios de Juventud: Jóvenes y prisión*, 69.
- Zurhold, H. (2005). Responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoner Health*, 1, 127-141.

2.3.2. Villagr , P., Fernández, P., Vega-García, & González-Menéndez, A. (online). Dual diagnosis in prisoners: Childhood sexual and physical abuse as predictors in men and women. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.

Factor de impacto (JCR 2012): 1,056

Este estudio evalúa la prevalencia de diagnóstico dual (DD) en una muestra de drogodependientes encarcelados, examina los trastornos psicopatológicos más frecuentes y analiza si la historia de abusos físicos y sexuales se relaciona con este fenómeno. Para ello se entrevist  a 180 reclusos del mismo centro, 94 varones y 86 mujeres y se emplearon la Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) y el Addiction Severity Index-6 (ASI-6). Los datos señalaron que el 46.8% de los varones y el 65.1% de las mujeres presentaban un TUS y que el DD era más frecuente en mujeres (57%) que en varones (38.3%). Se encontraron porcentajes similares de maltrato físico infantil en ambos sexos (33% en hombres y 37.2% en mujeres). Sin embargo, el porcentaje de abusos sexuales autoinformado fue mayor en mujeres (3.2% en hombres y 25.6% en mujeres). El análisis de regresión logística reveló que para el grupo de mujeres, los abusos sexuales infantiles y el número de sustancias de abuso fueron predictores del DD, sin embargo, para el grupo de varones lo fueron el maltrato físico infantil y el número de drogas de abuso.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology

<http://ijo.sagepub.com/>

Dual Diagnosis in Prisoners: Childhood Sexual and Physical Abuse as Predictors in Men and Women

Patricia Villagr , Paula Fernández, Elena García-Vega and Ana González-Menéndez
Int J Offender Ther Comp Criminol published online 27 November 2013
DOI: 10.1177/0306624X13513560

The online version of this article can be found at:
<http://ijo.sagepub.com/content/early/2013/11/25/0306624X13513560>

Published by:



<http://www.sagepublications.com>

Additional services and information for *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* can be found at:

Email Alerts: <http://ijo.sagepub.com/cgi/alerts>

Subscriptions: <http://ijo.sagepub.com/subscriptions>

Reprints: <http://www.sagepub.com/journalsReprints.nav>

Permissions: <http://www.sagepub.com/journalsPermissions.nav>

>> [OnlineFirst Version of Record](#) - Nov 27, 2013

[What is This?](#)

Dual Diagnosis in Prisoners: Childhood Sexual and Physical Abuse as Predictors in Men and Women

International Journal of
Offender Therapy and
Comparative Criminology
XX(X) 1–11
© The Author(s) 2013
Reprints and permissions:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0306624X13513560
ijo.sagepub.com



Patricia Villagr a¹, Paula Fern andez¹, Elena García-Vega¹, and Ana Gonz alez-Men endez¹

Abstract

The study aims to determine the rate of dual diagnosis (DD), examine the most common mental disorders, and determine whether a history of childhood sexual/physical abuse (CSA/CPA) is associated with this phenomenon. One-hundred and eighty inmates from a Spanish prison were assessed using the Mini International Neuropsychiatric Interview and the Addiction Severity Index–6. The data showed that 46.8% of the males and 65.1% of the females had a substance use disorder. With regard to CPA, similar percentages were found in both genders. Nevertheless, rates of CSA were highest in females. Logistic regression analysis was performed by gender. CPA was predictor of DD for males, and CSA was predictor of DD for females, showing the greatest weight. In addition, in both cases, the number of drugs of abuse was an adequate predictor. We can state that these forms of maltreatment are risk factors for the development of a broad range of psychopathological problems.

Keywords

prison, substance use disorder, dual diagnosis, childhood sexual abuse, childhood physical abuse

In the struggle against drug problems, research is undergoing a period of deep analysis. The National Drug Strategy 2009–2016 (the document is the common framework in Spain that determines the objectives and actions in the problem of national drug abuse) revealed that polyconsumption and the increase of associated mental disorders

¹University of Oviedo, Spain

Corresponding Author:

Patricia Villagr a, Department of Psychology, University of Oviedo, Feijoo, s/n, C.P. 33003, Oviedo, Spain.
Email: mayo85_patricia@hotmail.com

were elements to consider in dual diagnosis (DD; National Plan About Drugs, 2010). In this sense, DD is a relatively new target of study, which is also relevant when the evaluation is performed in prison (Chapman & Celluci, 2007; Girshick, 2003; Silberman, 2010).

According to Andersen (2004), most prison populations have a different demographic composition compared with the general population. Males are more frequent with a male/female ratio around 10/1 or higher. There is an overrepresentation of lower social groups, and some of the general characteristics in this population are adverse childhood experiences, lower education, and high levels of unemployment. The distribution of psychiatric syndromes and personality disorders differ from the general population, and drug abuse is very common.

Mental disorders are among the most common effects of long-term childhood sexual or physical abuse. For example, one study of a history of physical and sexual abuse during childhood was present in a range between 34% and 53% of patients with mental health problems (Alarcón, Araujo, Godoy, & Vera, 2010). Several studies have linked child abuse with psychiatric disorders such as personality disorders (PD), posttraumatic stress disorder (PTSD), substance use disorder (SUD), and depression (Dunkley, Masheb, & Grilo, 2010; Wilson & Widom, 2010). However, this relationship is not easy to establish because of the possible role of variables other than abuse. Several researchers have also found high rates of PD, anxiety disorders, and affective disorders with SUD in incarcerated samples (Calvo-Estopiñán, Soler-González, Día-Sahún, & Ventura-Faci, 2008; Casares, González, Villagrà, Hoffman, & Reinhard, 2011; Fazel & Danesh, 2002; Girshick, 2003; Gover, 2004; Messina, Burdon, Hagopian, & Prendergast, 2006; Pedrero-Pérez & Segura-López, 2003; Silberman, 2010).

Along this line, some studies with female inmates (Messina, Grella, Burdon, & Prendergast, 2007; Silberman, 2010) have linked childhood sexual and physical abuse with the presence of SUD and DD in adults. Although this association was stronger in females, other authors also revealed this relationship in male samples. Specifically, Messina et al. (2007) reported that both men and women who had suffered a greater number of sexual abuse incidents initiated drug abuse and were incarcerated at earlier ages.

There is also strong evidence linking sexual abuse and polyconsumption with the development of PTSD (Johnson, Striley, & Cottler, 2006). Flynn and Brown (2008) reported rates of 25% and 44% of PTSD in men and women, respectively, in non-incarcerated drug abusers with a history of sexual abuse.

According to the data, prison is a relevant context in which to study the link between childhood sexual or physical abuse, SUD, and other psychopathological disorders. The prevalence of mental disorders and substance abuse is very high among prisoners who often have a history of childhood abuse. This research aims to contribute to the support of the hypothesis that childhood sexual or physical abuse (CSA/CPA) plays an important role in the development of various psychological disorders.

The objective of this exploratory investigation was to determine the rate of DD and the more frequent disorders in a Spanish prison sample, analyze whether the presence of sexual abuse and physical abuse was significant predictors of DD, and identify the relationship between DD and patterns of drug dependence (number of drugs of abuse).

Table 1. Participants Description ($N = 180$).

	Male (%)	Female (%)
Marital status		
Single	53	45.2
Married	28.9	13.7
Divorced	16.9	37
Widow	1.2	4.1
Criminal typology		
Against public health	16.9	41.4
Property crime	47	43.5
Against person	36.1	15.1
Education		
No education	49.4	17.8
Low education	25.3	65.8
High education	25.3	16.4

Method

Participants

The authors conducted a meeting with the inmates of Modules 5, 7, 8, 9, and 10 from the Villabona prison (Asturias, Spain). Of the 607 inmates (480 men and 127 women), 94 men ($M_{\text{age}} = 34.15$, $SD = 8.7$) and 86 women ($M_{\text{age}} = 34.94$, $SD = 7.8$) agreed to participate voluntarily and completed all the assessments. The participants were Spanish (89.4%) and Latin-American (10.6%). Of the sample, 47% of the men and 43.5% of the women were sentenced for property crimes (see Table 1).

Measures

Addiction Severity Index-6 (ASI-6). This is a structured interview that measures patterns of drug use and the lifetime and recent severity of problems in seven areas (medical, employment, alcohol and drugs, legal, family/social, and psychiatric/psychological). In each of these areas, items are combined into a composite score (CS). The psychometric properties of the sixth version of the ASI (Spanish adaptation by Bobes et al., 2007) showed a satisfactory psychometric performance. The degree of internal consistency of the standardized objective scores ranged between .47 and .95. As for test-retest reliability, the values were acceptable, varying from .36 to 1. The study of the internal structure revealed a good fit to a one-dimensional solution for all scales taken independently. Regarding convergent-discriminant validity, the correlations between the primary and secondary scales of the ASI-6 and the Clinic Global Impression score were low, with values from .01 to .26. The psychometric properties of the ASI-6 Spanish version seem to be acceptable. The family area has a group of items (F23-F37) to explore the history of sexual abuse and physical abuse.

Like Gatz et al. (2007), we analyzed this section separately to obtain the history of abuse in the sample. This area collects information about possible traumas and has acceptable reliability and validity indexes.

Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). This is a brief structured diagnostic interview that explores the principal Axis I psychiatric disorders of the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV*; American Psychiatric Association [APA], 1994). Validation and reliability studies have been done comparing the MINI with the Structured Clinical Interview of DSM-III for Patients (SCID-P) for *DSM-III-R* (3rd ed., rev.; APA, 1987) and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (a structured interview developed by the World Health Organization for lay interviewers for International Classification of Disease-10 [ICD-10]). The results of these studies show that the MINI (Spanish version 5.0 by Ferrando et al., 2000) has acceptably high validation and reliability scores but can be administered in a much shorter period of time (mean = 18.7 ± 11.6 min, median = 15 min) than the above-referenced instruments. The MINI is divided into modules identified by letters, each corresponding to a diagnostic category. At the beginning of each diagnostic module (except for psychotic disorders module), screening questions corresponding to the main criteria of the disorder are presented in a grey box. At the end of each module, diagnostic boxes permit the clinician to indicate whether diagnostic criteria are met.

Procedure

After a meeting between the researchers and the management team of the jail for reporting purposes of the study, the interviews began with the collection of the prisoners' signed informed consent. The criteria for participation in the study were that inmates meet diagnostic criteria for a mental health or PD and have a history of drug abuse. Diagnoses were then collected according to a structured procedure: Two expert psychologists carried out the assessment in the medical office using a structured clinical interview, which generates *DSM-IV* diagnoses (MINI, Ferrando et al., 2000). The two psychologists were trained and supervised by the principal researcher. Assessment was individual and lasted 90 min for each inmate. The investigation was carried out between 2009 and 2010.

Data Analysis

First, we performed a descriptive study of some sociodemographic characteristics of the sample. We calculated means, standard deviations, and percentages according to the characteristics of the variables. We determined that the assumptions of normality and homogeneity were met (by means of the Kolmogorov–Smirnov and Levene statistics [Lv], respectively).

The first step was to perform a logistic regression analysis. Logistic regression is best suited to evaluating the associations between dichotomous independent and dependent variables. Chi-square tests (for categorical data) and analysis of variance

(for continuous data) were performed to analyze the relationship between the dependent variable (DD) and the independent variables (sociodemographic: age, sex, marital status, education level; criminal: criminal typology, time of sentence; addictive: number of drugs of abuse, primary drug; and childhood variables: physical and sexual abuse).

The predictor variables were selected taking into account, on the one hand, their relation with the criterion variable (DD) and, on the other hand, ensuring there was no multicollinearity among them. The numbers of cases ultimately analyzed were the 180 participants of the study. Previously, we carried out the analyses with 80% of the randomly selected sample, obtaining the same results as those presented below. Due to the exploratory nature of the investigation, the variables for the entire sample were initially selected by the SPSS *enter* method. Then, to determine whether the model is the same for both sexes (similar beta weights), we examined the model for each sex independently, using the *Introduce* method.

Data were analyzed with the SPSS statistical package (V.18.0), and the level of significance established a priori was .05. However, due to the loss of power of the test when the sample size is small, and giving the value we grant to the percentage of women who had suffered sexual abuse, we also considered a Type I error of 10% (Cohen, 1990).

Results

Physical and Sexual Abuse History

Physical abuse was defined as “any act resulting in a nonaccidental physical injury.” Sexual abuse was defined as “the forcing of unwanted sexual activity by one person on another, as by the use of threats or coercion.”

In our sample, 33% of the men and 37.2% of the women had suffered physical abuse, and 3.2% of the men and 25.6% of the women had suffered sexual abuse.

DD Rates

In our sample, 46.8% of the men and 65.1% of the women met the criteria for SUD, and 38.3% and 57% of the men and women, respectively, met the criteria for DD. In the men, the frequency of psychopathological disorders was 70.2% for an antisocial personality disorder (APD) and 30.9% for a major depressive disorder (MDD). However, in women, 59.3% had a MDD and 53.5% had an APD.

Drug Abuse History

Both sexes had a long experience of substance consumption. Specifically, men had consumed substances for a mean of 13.04 years of ($SD = 8.14$) whereas women had consumed substances for approximately 9 years ($SD = 7.50$). The main substance of consumption in the group of males was cocaine (39.4%), followed by heroin (27.7%), cannabis (11.7%), and alcohol (11.7%). In contrast, in the group of women, heroin was

Table 2. Logistic Regression Analysis for the Total Sample.

	B	E. T.	Wald	df	p	Exp(B)	CI 95%
Sex	0.555	.339	2.673	1	.102	1.742	[0.896, 3.389]
Physical abuse	0.441	.359	1.502	1	.220	1.554	[0.768, 3.143]
Sexual abuse	1.156	.578	3.994	1	.046	3.176	[1.022, 9.864]
Number of drugs	0.530	.156	11.578	1	.001	1.700	[1.252, 2.307]
Constant	-2.170	.506	18.422	1	.000	.114	

	C & S	Nagelkerke	χ^2	df	p
G-of-fit-S -2 log 216.95	.164	.219	3.944	8	.862

Note. G-of-fit-S = goodness-of-fit-statistics; C & S = Cox & Snell R^2 ; Nagelkerke = Nagelkerke R^2 ; df = degree of freedom; p = level of significance; E.T., standard error; CI = confidence interval.

the main substance of consumption (45.3%), followed by cocaine (36%) and cannabis (9.3%). The age at onset of the main substance of consumption was 16.9 years ($SD = 6.04$) for men and 19.20 years ($SD = 8.4$) for women. Almost 45% (44.7%) of men and 55.8% of women had injected drugs intravenously at some time in their lives.

In addition, 78.7% of men and 90.7% of women were polyconsumers. The consumption pattern was as follows. In the men, 19.1% consumed two drugs, 24.5% three, and 35.1% four. For women, the percentages varied slightly: 29.1% consumed two substances, 25.6% three, 26.7% four, and 9.3% five substances.

Logistic Regression Analyses

From an inductive viewpoint, we conducted a series of binary logistic regression analyses. As a result of chi-square tests and analysis of variance, statistically significant relationships were obtained between DD and sex, $\chi^2(1) = 7.08$, $p = .008$; DD and number of drugs of abuse, $F(1, 178) = 10.24$, $p = .000$; DD and physical abuse, $\chi^2(1) = 7.75$, $p = .001$; and DD and sexual abuse, $\chi^2(1) = 8.12$, $p = .005$. Therefore, these variables were included in the regression analysis.

For the total sample, the variables CSA and the number of drugs of abuse were adequate predictors of the presence of DD. Those with a history of CSA are over 3 times more likely to meet criteria for DD as can be seen in Table 2. Table 2 also shows that the goodness-of-fit statistics, -2 log Likelihood, Cox and Snell's R^2 , Nagelkerke's R^2 , and the Homer-Lemeshow test were satisfactory.

Due to the exploratory nature of study and in view of the importance we have assigned to gender, we decided to analyze the models as a function of this variable. The number of males was higher than females. However, DD was more frequent in the female group than in male group. The results were as follows: For men, the variables CPA and number of drugs of abuse were significant predictors of DD. Those with a history of childhood physical abuse are more than 2.8 times more likely to present DD (see Table 3). For women, CSA and the number of drugs of abuse were significant

Table 3. Logistic Regression Analysis Model by Sex.

	B	E. T.	Wald	df	p	Exp(B)	CI. 95%
Men							
Physical abuse	1.04	.49	4.38	1	.036	2.82	[1.25, 6.40]
Sexual abuse	21.04	22942.5	.00	1	.999	1.37	.00
Number of drugs	.43	.21	4.02	1	.045	1.54	[1.08, 2.20]
Constant	-2.14	.66	10.34	1	.001	.12	
		C & S	Nagelkerke	χ^2	df	p	
G-of-fit-S -2 log	107.471	.171	.233			17.6	3 .001
Women							
Physical abuse	-.319	.53	.35	1	.551	.72	[0.30, 1.75]
Sexual abuse	1.09	.62	3.05	1	.081	2.98	[1.06, 8.35]
Number of drugs	0.64	.23	7.65	1	.006	1.90	[1.29, 2.78]
Constant	-1.66	.69	5.79	1	.016	.19	
		C & S	Nagelkerke	χ^2	df	p	
G-of-fit-S -2 log	103.606	.144	.193			13.32	3 .004

Note. Note. G-of-fit-S = goodness-of-fit-statistics; C & S = Cox & Snell R²; Nagelkerke = Nagelkerke R²; df = degree of freedom; p = level of significance; CI = confidence interval.

predictors of DD. Those with a history of CSA are more than 2.9 times more likely to present DD (see Table 3).

Discussion

This study was designed to determine the frequency of DD in incarcerated men and women, the presence in their prior history of physical and sexual abuse, and the relations between such abuse and DD.

The study found that the global rate of DD was 45.5%, in line with previous literature. A study on mental health in the prison context (General Direction of Penitentiary Institutions, 2007) reported that 49.6% of the inmates had one or more severe psychiatric diagnoses in their prior clinical history, and of them, 12.1% presented DD (General Direction of Penitentiary Institutions, 2007). Arroyo and Ortega (2007) also reported a prevalence of 56.6% of DD in prison inmates, and the most recent work that studied these relations in Spanish prisons observed a 35% frequency of DD in the prison inmates considered in the study (Casares et al., 2011).

If the percentages of DD are compared by gender, it can be seen that it is more frequent in women and that MDD is the main co-occurring psychiatric disorder with substance use disorder. According to prior research, in men, APD was the pathology

most closely related to SUD (Fazel & Danesh, 2002; Goldstein et al., 2007; Gover, 2004; Grant et al., 2004; Silberman, 2010). Pelissier and O'Neill (2000) found that the prevalence of MDD was lower among incarcerated men than among incarcerated women, whereas the opposite was true for APD.

On the contrary of these statements, our data confirm those reported by Pedrero-Pérez and Segura-López (2003), as an important percentage of inmate present comorbidity of polyconsumption and depressive syndromes. Thus, in men, MDD was the second most frequent mental disorder. In studies with incarcerated women, polyconsumption was also specifically related to MDD, as reported by Pelissier and O'Neill (2000). In line with this, a Epidemiologic Catchment Area (ECA) study (Regier et al., 1990) linked the main substance of consumption with the type of mental disorder. It showed that in the general population, the consumption of opiates was associated with between 50% and 75% of the cases of MDD. Although our investigation did not analyze this relation, we underline that heroin was the main substance consumed by 45.3% of the women assessed.

With regard to the association between polyconsumption and DD, we observed that most of the individuals who consumed three drugs (62.2% of the sample) also met the diagnostic criteria for APD. This is not the first work to reveal these associations. Flynn and Brown (2008) found clear relations between APD and the number of drugs of abuse, and noted that 60% of the people in treatment who were addicted to at least three substances presented DD with APD, in comparison with 45% of DD in individuals who consumed two substances.

Various studies have analyzed the presence of SUD and the history of physical and/or sexual abuse at an early age (Jarvis & Copeland, 1997; Messina et al., 2007; Simpson & Miller, 2002). Our data on physical abuse (33% in men and 37.2% in women) are higher than those reported by Messina et al. (2007), who found rates of 20.2% in men and 29% in women. In general, regarding sexual abuse, most studies showed that rates of sexual abuse were higher in women than in men (Friedman et al., 2002; Resnick, Bond, & Mueser, 2003). Our numbers (3.2% of the men and 25.6% of the women were sexually abused), although high, are lower in both cases than those found in previous studies (Gover, 2004; Messina et al., 2007).

In contrast to other studies (Flynn & Brown, 2008; Johnson et al., 2006) in which strong evidence was found of a relation between childhood abuse, drug dependence, and the development of PTSD, we did not observe a significant frequency of PTSD in our sample. The cultural characteristics could explain this fact. In accordance with the above-mentioned studies (Fazel & Danesh, 2002; Goldstein et al., 2007; Gover, 2004; Grant et al., 2004; Pelissier & O'Neill, 2000; Silverman, 2010), we observed a feminine tendency towards depression, which includes sadness, despondency, apathy, and so on, and a masculine tendency towards APD, a pathology defined by aggressiveness, social norms transgression, delinquency, and so on. A history of abuse can generate different degrees of suffering in adulthood, which can finally lead to these and to other psychological disorders (Echeburúa & Guerricaechevarría, 2000).

Last, the regression analyses performed to determine the predictive capacity of physical and/or sexual abuse for DD yielded different data as a function of the individual's gender. In both genders, the number of drugs consumed was a good predictor

of DD. However, for males, physical abuse was also a good predictor of DD, whereas for females, sexual abuse had a greater weight in the prediction of DD. These data are similar to that of Jarvis and Copeland (1997), who found that childhood sexual abuse predicted a range of mental disorders for female drug abusers.

The link between childhood physical and/or sexual abuse with drug abuse and trauma in adulthood has been the focus of numerous studies (Johnson et al., 2006; Messina et al., 2007; Simpson & Miller, 2002). In fact, the prior literature has pointed to these forms of maltreatment as risk factors for the development of a broad array of psychopathological problems (Boesch, Koss, Figueredo, & Coan, 2001; Chawla & Ostafin, 2007; Kashdan, Barrios, Forsyth, & Steger, 2006).

Reflection on the experience of these negative events in the lives of these people can generate a high degree of psychological inflexibility. Due to the lack of personal skills and, perhaps, also to family and environmental circumstances, drug abuse, among other strategies, is seen as a way to avoid suffering. The avoidance strategies used by the individual become a platform from which are generated diverse psychopathological disorders that perform the function of new strategies to avoid distress (Luciano & Hayes, 2001).

Summing up, the incarcerated population of Villabona presents high levels of SUD and other disorders (DD), ranging from 38.3% in the males to 57% in the females. The most frequent disorders associated with SUD are MDD in women and APD in men. These data clearly show that incarcerated people who come to treatment for their addictive problems arrive with multiple diagnoses and that the so-called comorbidity is just one more characteristic of their long history of avoidances. In this sense, we observed that 35% of the sample had suffered childhood physical abuse and 13.9% had suffered sexual abuse and that this variable (childhood abuse), along with the number of substances consumed, adequately predicted the phenomenon known as DD.

The results of this study should be interpreted with due caution given the study limitations, among others, the exploratory nature of the investigation and the lack in the assessment battery of more instruments to diagnose PDs more than antisocial personality.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This study was financed by the Trust for the Promotion of Scientific Applied Research and Technology in Asturias (FICYT; Ref. BP09-030).

References

Alarcon, L. C., Araujo, P. A., Godoy, A. P., & Vera, M. E. (2010). Childhood maltreatment and the long term consequences. *MedUnab, 13*, 103-115.

- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andersen, H. S. (2004). Mental health in prison populations: A review—With special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *110*, 5-59.
- Arroyo, J. M., & Ortega, E. (2007). A program of an improvement of assistance quality in mental health prison problems: A 6 years results assessment (2000-2005). *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *9*, 11-20.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz-Mesa, E. M., Flórez, G., . . . Saiz, P. A. (2007). *Addiction severity index: Clinical application and treatment monitoring*. Oviedo, Spain: Socidrogalcohol.
- Boesch, L. E., Koss, M. P., Figueredo, A. J., & Coan, J. A. (2001). Experiential avoidance and posttraumatic stress disorder: A cognitive mediational model of rape recovery. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *4*, 211-245.
- Calvo-Estopiñán, P., Soler-González, C., Día-Sahún, J. L., & Ventura-Faci, T. (2008). Psychiatric disorders frequencies in a sample of patients from the Psychiatric Service of the H.U.M.S. Penitentiary. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, *10*, 69-72.
- Casares, M. J., González, A., Villagrà, P., Hoffman, S., & Reinhard, E. (2011). Dual diagnosis and mental disorders in drug dependent inmates. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, *16*, 135-144.
- Chapman, A. L., & Celluci, T. (2007). The role of antisocial and borderline personality features in substance dependence among incarcerated females. *Addictive Behaviors*, *32*, 1131-1145.
- Chawla, N., & Ostafin, B. D. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, *63*, 871-890.
- Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). *American Psychologist*, *45*, 1304-1312.
- Dunkley, D. M., Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2010). Childhood maltreatment, depressive symptoms, and body dissatisfaction in patients with binge eating disorder: The mediating role of self-criticism. *International Journal of Eating Disorder*, *43*, 274-281.
- Echeburúa, E., & Guerricaechevarría, C. (2000). *Childhood sexual abuse: Victims and aggressors*. Barcelona, Spain: Ariel.
- Fazel, S., & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23,000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, *359*, 454-550.
- Ferrando, L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L., & Gibert, J. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview (Spanish version 5.0). DSM-IV*. Madrid, Spain: Instituto IAP.
- Flynn, P. M., & Brown, B. S. (2008). Co-occurring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *34*, 36-47.
- Friedman, S., Smith, L., Fogel, D., Paradis, C., Viswanathan, R., Ackerman, R., & Trappler, B. (2002). The incidence and influence of early traumatic life events in patients with panic disorder: A comparison with other psychiatric outpatients. *Journal Anxiety Disorders*, *16*, 259-272.
- Gatz, M., Brown, V., Hennigan, K., Rechberger, E., O'Keefe, M., Rose, T., & Bjelajac, P. (2007). Effectiveness of an integrated, trauma-informed approach to treating women with co-occurring disorders and histories of trauma: The Los Angeles site experience. *Journal of community psychology*, *35*, 863-878.
- General Direction of Penitentiary Institutions. (2007). Available from www.institucionpenitenciaria.es

- Girshick, L. B. (2003). Abused women and incarceration. In B. H. Zaitzow & J. Thomas (Eds.), *Women in prison: Gender and social control* (pp. 95-117). Boulder, CO: Lynne-Reinner.
- Goldstein, R. B., Compton, W. M., Pulay, A. J., Ruan, W. J., Pickering, R. P., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2007). Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV drug use disorders in the United States: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions. *Drug and Alcohol Dependence, 90*, 145-158.
- Gover, A. R. (2004). Childhood sexual abuse, gender, and depression among incarcerated youth. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 48*, 683-696.
- Grant, B. F., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 61*, 361-368.
- Jarvis, T. J., & Copeland, J. (1997). Child sexual abuse as a predictor of psychiatric co-morbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence, 49*, 61-69.
- Johnson, S. D., Striley, C., & Cottler, L. B. (2006). The association of substance use disorders with trauma exposure and PTSD among African American drug users. *Addictive Behaviors, 31*, 2063-2073.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy, 9*, 1301-1320.
- Luciano, C., & Hayes, S. C. (2001). Experiential avoidance disorder. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 1*, 109-157.
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G., & Prendergast, M. (2006). Predictors of prison TC treatment outcomes: A comparison of men and women participants. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 32*, 7-28.
- Messina, N., Grella, C., Burdon, W., & Prendergast, M. (2007). Childhood adverse events and current traumatic distress: A comparison of men and women drug-dependent prisoners. *Criminal Justice and Behavior, 34*, 1385-1401.
- National Plan about Drugs. (2010). Retrieved from <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>
- Pedrero-Perez, E. J., & Segura-Lopez, I. (2003). The personality disorders in drug-dependent and their related difficult treatment. *Trastornos Adictivos, 5*, 229-240.
- Pelissier, B., & O'Neill, J. A. (2000). Antisocial personality and depression among incarcerated drug treatment participants. *Journal of Substance Abuse, 11*, 279-293.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., & Godwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association, 264*, 2511-2518.
- Resnick, S. G., Bond, G. R., & Mueser, K. T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology, 112*, 415-423.
- Silberman, M. (2010). Sexual abuse in childhood and the mentally disordered female offender. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 54*, 783-802.
- Simpson, T. L., & Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical Psychology Review, 22*, 27-77.
- Wilson, H. W., & Widom, C. S. (2010). The role of youth problem behaviors in the path from child abuse and neglect to prostitution: A prospective examination. *Journal of Research on Adolescence, 20*, 210-236.

2.3.3. Villagr -Lanza, P., Fernández-García, P., Rodríguez-Lamelas, F., & González-Menéndez, A. (*online*). Acceptance and commitment therapy vs. cognitive behavioral therapy in the treatment of substance use disorder with incarcerated women. *Journal of Clinical Psychology*.

Factor de impacto (JCR 2012): 1,668

2.3.4. González-Menéndez, A., Fernández, P., Rodríguez, F., & Villagr , P. (2014). Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: a randomized controlled trial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14, 18-27.

Factor de impacto (JCR 2012): 2,102

Los artículos 2.3.3 y 2.3.4 forman parte del trabajo experimental realizado con un grupo de 50 mujeres drogodependientes ingresadas en el CP de Villabona y que fueron asignadas al azar a tres condiciones (un grupo CBT (n=19), un grupo ACT (n=18) y un grupo control en espera de tratamiento (n=13). La evaluación inicial de las participantes se llevó a cabo por medio de los siguientes instrumentos:  ndice de gravedad de la adicción (ASI-6),  ndice de sensibilidad a la ansiedad (ASI), cuestionario de aceptación y acción (AAQ-II), entrevista neuropsiquiátrica MINI y la realización de analíticas de orina. Los grupos experimentales recibieron 16 sesiones de intervención con formato grupal (n=4) y periodicidad semanal. Se realizaron evaluaciones post-tratamiento y al cabo de 6, 12 y 18 meses de seguimiento empleando los mismos instrumentos que en la evaluación inicial. Los resultados de las intervenciones se analizaron en términos de abstinencia, gravedad de la adicción, estado psicopatológico, sensibilidad a la ansiedad y grado de flexibilidad psicológica.

En el estudio 2.3.3 se evaluó la eficacia diferencial de los protocolos de tratamiento, ACT y CBT empleando como contraste un grupo control en espera de tratamiento. La muestra se compuso de 50 mujeres y se realizaron tres evaluaciones: pre, post y seguimiento a los 6 meses utilizando el ASI, el ASI-6, la MINI y el AAQ-II. Resultados: En general, los datos mostraron que ambas intervenciones lograron descensos significativos en la frecuencia de consumo de sustancias, así como en los porcentajes de psicopatología asociada. La condición ACT logró un 43.8% de mujeres abstinentes en el seguimiento frente al 26.7% observado en la condición CBT. En la medida post tratamiento, se observaron mejoras significativas para el grupo CBT en las variables sensibilidad a la ansiedad, AAQ-II y en el Composite Score Salud mental del ASI-6 en comparación al grupo control. Sin embargo, en la medida de seguimiento, fue en la condición ACT donde se observaron mayores beneficios terapéuticos.

En el estudio 2.3.4 el objetivo fue poner a prueba la eficacia a largo plazo de la ACT comparada con CBT en el tratamiento del abuso de drogas. Treinta y siete mujeres policonsumidoras fueron evaluadas con la MINI, el ASI-6, el ASI y el AAQ-II antes y después de 16 sesiones de tratamiento, así como al cabo de 6, 12 y 18 meses de seguimiento. Los resultados obtenidos con el modelo lineal mixto mostraron que el consumo de drogas, los niveles de sensibilidad a la ansiedad y los repertorios de evitación se redujeron en ambos grupos, sin diferencias entre ellos. Sin embargo, los porcentajes de psicopatología asociada se fueron reduciendo únicamente en quienes recibieron ACT. Al cabo de 18 meses, ACT fue superior a CBT en el mantenimiento de las cifras de abstinencia.

Acceptance and Commitment Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy in the Treatment of Substance Use Disorder With Incarcerated Women

Patricia Villagr  Lanza, Paula Fernández García, Filomena Rodríguez Lamelas, and Ana González-Menéndez

University of Oviedo

Objectives: This randomized controlled study compared acceptance and commitment therapy (ACT), cognitive-behavioral therapy (CBT), and a control group. **Method:** The participants were 50 incarcerated women diagnosed with current substance use disorder. Two psychologists carried out pre- and posttreatment assessment and a 6-month follow-up assessment using the following instruments: Anxiety Sensitivity Index, Addiction Severity Index-6, Mini International Neuropsychiatric Interview, and Acceptance and Action Questionnaire. **Results:** The study shows that the women who received treatment benefited differentially from the interventions. At posttreatment, CBT was more effective than ACT in reducing anxiety sensitivity; however, at follow-up, ACT was more effective than CBT in reducing drug use (43.8 vs. 26.7%, respectively) and improving mental health (26.4% vs. 19.4%, respectively). **Conclusion:** ACT may be an alternative to CBT for treatment of drug abuse and associated mental disorders. In fact, at long-term, ACT may be more appropriate than CBT for incarcerated women who present serious problems.   2014 Wiley Periodicals, Inc. *J. Clin. Psychol.* 00:1–14, 2014.

Keywords: acceptance and commitment therapy; cognitive behavior therapy; drug abuse; prison; women

During the past decades, several studies have assessed cognitive-behavioral therapy (CBT) efficacy across a range of psychopathological disorders with different populations (Carroll & Onken, 2005; Finney, Wilbourne, & Moos, 2007; Gatz et al., 2007; Hien, Cohen, Miele, Litt, & Capstick, 2004; Messina, Burdon, & Prendergast, 2006; Messina, Grella, Cartier, & Torres, 2010; Zlotnick, Johnson, & Najavits, 2009). Specifically, in the treatment of substance use disorder (SUD), CBT showed high clinical efficacy in nonincarcerated female population, in both residential (therapeutic community) and ambulatory settings (Hser, Huang, Teruya, & Anglin, 2004; Hien et al., 2004; Sacks, McKendrick, & Banks, 2008). Empirical evidence has also supported CBT in the treatment of SUD for incarcerated women (Gatz et al., 2007; Greenfield, Trucco, McHugh, Lincoln, & Gallop, 2007; Sacks, McKendrick, & Hamilton, 2012; Wolff, Frueh, Shi, & Schuman, 2012; Zlotnick, Najavits, Rohsenow, & Johnson, 2003; Zlotnick et al., 2009).

Traditional CBT programs attempt to change clients' unhealthy behavior through cognitive restructuring. Treatment usually focuses on reducing symptoms by modifying troublesome thoughts and maladaptive behaviors. However, not all clients obtain improvements after CBT (Clarke, Kingston, Wilson, Bolderston, & Remington, 2012).

Recently, the evolution of CBTs has focused on contextual issues, presenting defusion and discomfort acceptance as therapeutic targets (Hayes, Follette, & Linehan, 2004; Hayes, Strosahl, &

This study was financed by the Trust for the Promotion of Scientific Applied Research and Technology in Asturias (FICYT) (Ref. BP09-030).

Please address correspondence to: Patricia Villagr  Lanza, Department of Psychology, University of Oviedo, Plaza Feijoo, s/n. C.P. 33003. Oviedo–Spain. E-mail: villagrapatricia@uniovi.es

Wilson, 1999; Wilson & Byrd, 2005). Although the new approach includes a variety of therapies, acceptance and commitment therapy (ACT) has been highlighted (Hayes, Follette et al., 2004; Pérez-Álvarez, 2012). ACT has its own model of psychopathology: the experiential avoidance disorder (EAD; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). It has been assumed that some people find certain thoughts, emotions, memories, bodily states, and behavioral predispositions to be unacceptable. Therefore, they use various strategies to eliminate, attenuate, or reduce these private experiences. The result of such experiential avoidance strategies is the loss of flexibility in the one's life. Briefly, ACT therapeutic work can be summarized in two principles (Luciano, Rodríguez, & Gutiérrez, 2004): values clarification and actions and defusion when the feared private experiences are present. Although symptom reduction or cognitive change may occur during ACT treatment, they are not the primary objective. Instead, ACT aims to alter the verbal functions to allow clients to behave in accordance with their values.

Some researchers have found evidence of ACT efficacy in many psychopathological disorders, i.e., anxiety disorders (Roemer & Orsillo, 2012), binge eating (Baer, Ficher, & Huss, 2005), psychotic symptoms (Bach & Hayes, 2002; Gaudio & Herbet, 2006), smoking (Gifford et al., 2004), and polysubstance abuse (Hayes, Wilson et al., 2004). Several studies have supported its efficacy in polyconsumption samples (Twohig, Shoenberger, & Hayes, 2007) and alcoholic patients (Luciano, Gomez, Hernandez, & Cabello, 2001; Wilson & Byrd, 2005; Wilson, Hayes, & Byrd, 2000). A randomized controlled trial showed that ACT was more effective than the 12-step facilitation program in clients with SUD and other comorbid disorders (Hayes, Wilson, et al., 2004). In contrast, Smout et al. (2010) compared ACT and CBT in the treatment of methamphetamine abuse, finding no significant group differences in methamphetamine-related outcomes. Although in this study, ACT did not improve treatment outcomes compared to CBT, the authors concluded that ACT may be a viable alternative to CBT for SUD.

However, the empirical status of ACT is still doubtful, and the comparison of ACT and CBT is only beginning (Levin & Hayes, 2009). More controlled studies are needed to determine whether ACT provides better outcomes or is more efficacious than CBT (Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto, & Montesinos, 2009). Only one study has found that ACT and CBT showed similar effects in the treatment of methamphetamine use. Both groups reduced the use of methamphetamine, negative consequences of consumption, and dependence severity (Smout et al., 2010). These authors concluded that the efficacy of ACT is comparable to the efficacy of CBT for substance use disorders. Nevertheless, empirical evidence for ACT is promising. Moreover, these treatments have not yet been compared when applied to drug-dependent women within a prison context.

Several studies have suggested drug abuse as the main reason for the first contact with the justice system as well as the primary health problem of the vast majority of female offenders (Zurhold, 2005). In general terms, the access to drugs in prisons is limited. However, in several studies, the data of current drug incarceration consumption revealed that illegal drugs are relatively easy to obtain for those who want to consume them (European Observatory of Drug and Addiction, 2002). With regard to the availability of drugs in prison, the contacts with the exterior world, the movements or transport to the courts, or across the mail, could represent opportunities for it. Messina, Grella, Burdon, and Prendergast (2007) suggested that the situation of incarcerated women are worse compared with men. That is, with regard to men, incarcerated women reported greater percentages of trauma (physical and sexual childhood abuse), chronic mental disorders (major depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder), marital violence, and other health problems (Grella, Stein, & Greenwell, 2005; Messina, Burdon, Hagopian, & Prendergast, 2006). Also suggested that these differences are relevant to design prison-based treatment for SUD (Bloom, Owen, & Covington, 2004; Zlotnick, Clarke, Friedman, Roberts, Sacks, & Melnick, 2008). Thus, the objective of this study is to determine the differential efficacy of ACT and CBT in the treatment of SUD with incarcerated women and to compare them with a waitlist group.

Our hypothesis was that both treatments would reduce drug abuse and improve the current psychopathology. However, the ACT intervention will prove to be more effective than CBT in the long-term outcome.

Method

Participants

All 50 participants were incarcerated women in a state prison (Asturias, Spain). The inclusion criteria for participation in the study were that inmates meet the diagnostic criteria for current SUD and be serving time for a sentence of more than 6 months. Diagnoses of SUD were then collected according to a structured procedure: Two expert clinicians carried out the assessment in the medical office using a structured clinical interview that generates Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) diagnoses (Mini International Neuropsychiatric Interview [MINI]; Sheehan et al., 1998). Participants ranged in age from 21 to 49 years (mean [M] = 33.2, standard deviation [SD] = 7.3). All the participants were active drug users. Consumption frequency percentages were as follows: 40% consumed drugs twice a month, 18% twice a week, 18% 4 days a week, and 24% on a daily basis. These consumption percentages were revealed by the Addiction Severity Index-6 (ASI-6; McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980; Spanish version by Bobes et al., 2007).

Measures

All participants were given a baseline battery of questionnaires prior to starting the treatment, a posttreatment assessment immediately after the intervention, and follow-up assessment 6 months after finishing treatment. The battery comprised the following instruments.

ASI-6 (McLellan et al., 1980; Spanish version by Bobes et al., 2007). This structured interview has 257 items that measure patterns of drug use and severe lifetime and recent problems in seven areas (medical, employment, alcohol and drugs, legal, family/social, and psychiatric/psychological). In each of these areas, items are combined into a composite score (CS). Self-report information is provided on a Likert-type rating scale ranging between 0 (*not at all*) to 4 (*extremely*). The levels of internal consistency range between .47 and .95. The values of test-retest reliability ranged between .36 and 1.

MINI (Sheehan et al., 1998; Spanish version 5.0 by Ferrando et al., 2000). This brief structured diagnostic interview explores the principal Axis I psychiatric disorders of the DSM-IV (APA, 2000). The MINI is divided into modules identified by letters; each module corresponds to a diagnostic category. The MINI has acceptable validity and reliability.

Anxiety Sensitivity Index (ASI; Peterson & Reiss, 1992; Spanish version by Sandín, Chorot, Valiente, Santed, & Lostao, 2004). The ASI comprises 16 items, rated on a Likert-type scale ranging from 0 (*never*) to 4 (*always*). In addition to the total score, there are three subscales: Somatic, Cognitive and Social Anxiety. The Cronbach alpha coefficients were .84 (Total), .83 (Somatic), .77 (Cognitive), and .50 (Social). The test has excellent psychometrics properties in clinical population and adequate factor consistency.

Acceptance and Action Questionnaire II (AAQ-II; Hayes et al., 2004). This scale assesses experiential avoidance and psychological acceptance, two key aspects of ACT. It has 10 items that are rated on a Likert-type scale ranging from 1 (*never*) to 7 (*always*). Higher scores indicate greater psychological flexibility. The internal consistency index was .70 (Hayes, Follette et al., 2004).

Multidrug Urinalysis (UA). This is a drug reactive test to control drug use. UAs were obtained at random from all participants. Specimens were collected in the presence of a prison guard to avoid urine substitution and to ensure authenticity. Participants had their urine screened for polydrug use (opiates, cocaine, cannabis, and amphetamines).

Self-recording. The self-report was designed to provide weekly information of the degree of discomfort experienced and value-oriented actions. The participants had to complete these sections by scoring on a scale of 1 to 10.

Procedure

The data for this study were collected between 2009 and 2012 as part of an experimental investigation at the Villabona Prison in Spain. All study procedures were reviewed and approved by the prison management team. Out of 98 women, 50 agreed to participate in the study and provided a written informed consent prior to being interviewed. All the information handled in the assessments and interventions was confidential. Randomization took place at prison using a random numbers table prior to the participants' transfer to the treatment programs (CBT, $n = 19$; ACT, $n = 18$; CG, $n = 13$); control group (CG), $n = 13$.

Assessment was carried out by two psychologists (one specializing in CBT and the other in ACT) in charge of administrating the interventions and measures and who were supervised by a PhD-level researcher. The psychologists have specific training in the methodology and the instruments used in this study. The CBT therapist is an experienced professional in the clinical psychology; she has a wide career in the treatment of many psychological disorders in adults, including substance abuse in the context of a prison. The ACT therapist is a PhD-level student and had attended several specialist ACT training workshops during the previous 2 years. Every week the team had meetings to discuss the procedure and progress of the treatments. Tests were administered individually in the medical office and lasted 90 minutes for each inmate.

Both interventions were conducted simultaneously, following a treatment protocol, and comprised 16 weekly group sessions lasting 90 minutes. After treatment, all participants were assessed by their therapist. Six months after treatment during incarceration, the clinicians carried out the follow-up assessment in their respective treatment group. At the 6-month follow-up, four women from the CBT group, two women from the ACT group, and two women from CG had dropped out of study. The flow diagram is shown in Figure 1.

CBT treatment program. Traditional CBT programs attempts to change clients' unhealthy behavior through cognitive restructuring. The therapist works with the patient to identify the thoughts that are causing distress and employs cognitive and behavioral therapy techniques (e.g., recognizing behavioral chains, analyzing drug abuse situations, identifying negative emotional states—frustration, boredom, depression—cognitive restructuring, practicing alternatives to drug use, and relapse prevention) to alter the resulting behavior. Patients may have certain fundamental core beliefs, known as schemas, which are flawed, producing a negative effect on their behavior and functioning. The protocol was developed for application to substance abuse disorder.

ACT treatment program. The general clinical goals of ACT are to undermine the grip of the literal verbal content of cognition that provokes avoidance behavior and to construct an alternative context in which behavior aligned with one's values is more likely to occur. All sessions involved both experiential and didactic learning designed to enable clients to both experience and understand the effect of the six key processes outlined in the ACT model of psychopathology (identifying ineffective strategies, control as the problem, cognitive defusion and mindfulness, acceptance and willingness, and values and commitment; Hayes et al., 1999). ACT provides new ways of responding to previously avoided events, while moving directly and quickly towards the ultimate goal (e.g., establishing relationships, participating, and contributing). The message conveyed involves validation ("trust your experience") and empowerment ("you can live a powerful life from here, without first having to win a war with your own history"). As a general style, ACT relies on relatively nonlinear use of language, because language processes themselves (at least in certain contexts) are thought to be the primary source of rigid and ineffective repertoires. Thus, ACT relies heavily on paradox, metaphors, stories, exercises, behavioral tasks, and experiential processes. The protocol was developed for application to substance abuse disorder.

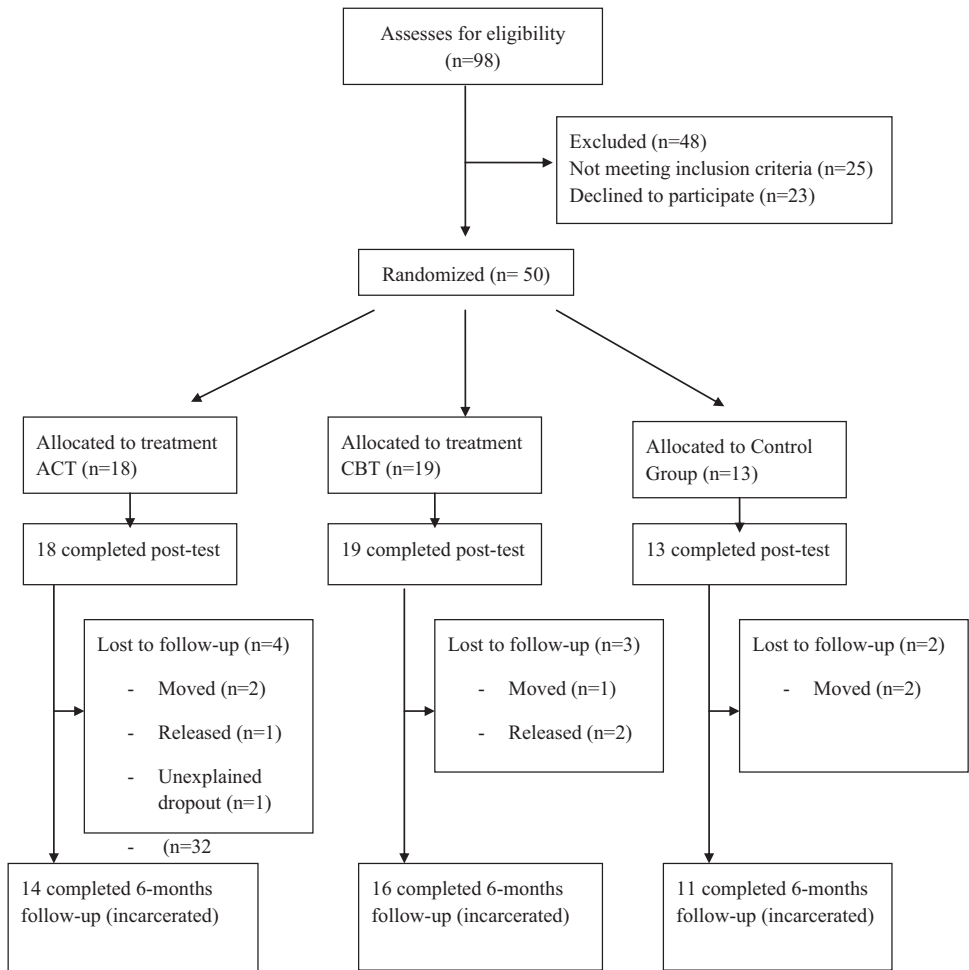


Figure 1. Flow diagram of participant progress through the phases of this randomized controlled trial.

Waitlist control group. We informed the CG that they would receive a mental health assessment at the same time as the experimental groups. After the 6-month follow-up, they would receive treatment. Although no guidelines for ceasing drug consumption were given to this group, the educational professional provided a re-educational program for the inmates during incarceration.

Data Analyses

First, we performed a descriptive study of some sociodemographic characteristics of the sample and the dependent variables of interest. We calculated the means, standard deviations, and percentages according to the nature of the variables (quantitative and qualitative) in each treatment group. Analyses of variance (ANOVAs) and chi-square analysis were carried out to determine group differences in the variables. We examined the possible existence of outliers and missing values, with satisfactory results in these aspects. By means of the Kolmogorov-Smirnoff and Levene statistics, respectively, normality and homogeneity assumptions were determined. In the cases where they were not met, instead of Fisher's F , we used a nonparametric statistic or a robust test (Kruskal-Wallis' $AVAR-KW$ —and the Brown-Forsythe F_{BF} , respectively).

The first step to test our working hypothesis was to examine the possible existence of selection bias. Next, assuming that the causal model is a model of change (Judd & Kenny, 1981), we

Table 1
Participants' Characteristics

Experimental condition	CBT	ACT	CG
Quantitative variable	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>	<i>M(SD)</i>
Age	35.2 (8.7)	31.1 (6.4)	33.1 (5.8)
Length of sentence (mos.)	38.7 (20.1)	50 (33.1)	59.1 (37.7)
Mean age at onset of drug abuse	19.9 (9.4)	16.7 (5.7)	14.8 (2.2)
Time of drug abuse (yrs.)	11.3 (9.2)	7.9 (6.1)	12.6 (6.5)
Qualitative variable	n(%)	n(%)	n(%)
Marital status			
Single	9 (47.4%)	13 (72.2%)	7 (53.8%)
Married	2 (10.5%)	1 (5.6%)	1 (7.7%)
Divorced	7 (36.8%)	4 (22.2%)	5 (38.5%)
Widow	1 (5.3%)		
Criminal typology			
Crime against public health	9 (50%)	5 (27.8%)	4 (30.8%)
Property crime	8 (44.4%)	9 (50%)	8 (61.5%)
Crime against persons	1 (5.6%)	4 (22.2%)	1 (7.7%)
Main substance			
Heroin	11 (57.9%)	9 (50%)	8 (61.5%)
Cocaine	6 (31.6%)	5 (27.8%)	5 (38.5%)
Alcohol		3 (16.7%)	
Cannabis	1 (5.3%)	1 (5.6%)	
Psychotropics	1 (5.3%)		

Note. M = mean; SD = standard deviation; CBT = cognitive-behavioral therapy; ACT = acceptance and commitment therapy; CG = control group.

analyzed the pre-posttest differences in scores to examine the effect of the treatments. To determine whether the change undergone was maintained or disappeared over time, we analyzed the rate of change between follow-up and the initial measure. It was important to assess group differences in the three measures of the frequency of drug use and in the presence of other mental disorders. For this purpose, we conducted the nonparametric Cochran test (Q).

Data analysis was performed with the SPSS statistical package (V.19.0) and a 5% a priori Type I error. Nevertheless, due to the small sample size and the particular characteristics of the sample, we considered a 10% Type I error to test the interactions among the variables (Cohen, 1990).

Results

Detailed participant-level background characteristics for the experimental groups are shown in Table 1. There were no differences between the three groups with regard to their sociodemographic characteristics.

The primary goal of the present study was to compare drug outcomes after treatment. The drug results, expressed in terms of the participants' self-reported data and corroborated by monitored urinalysis at pre- and posttreatment and at the 6-month follow-up, are shown in Figure 2.

At onset, all conditions maintained active drug consumption (see Figure 1). Abstinence was defined as 3 months without drug use. At posttreatment, 15.8% of the CBT and 27.8% of the ACT groups were abstinent versus 7.7% of the CG. A significant difference was found between ACT and CG, in favor of the ACT condition, $\chi^2(1, N = 50) = 20.48, p = .000$. At the 6-month follow-up, CBT and ACT conditions increased the percentages of abstinence to 26.7% and 43.8%, respectively, versus 18.2% of the CG. The ACT condition maintained the significant

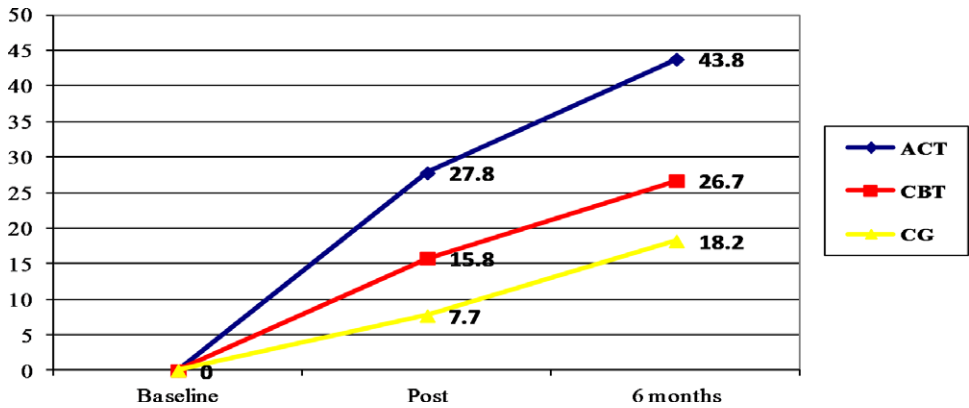


Figure 2. Percentages of participants who were abstinent at the three measures.

difference found between the GC, $\chi^2(1, N = 50) = 6.095, p = .014$. Cochran's statistic showed that the evolution of ACT was significant, $Q(2) = 9.25, p = .010$, but not that of CBT, $Q(2) = 4.80, p = .091$, or of the CG, $Q(2) = 2, p = .368$.

Statistical Significance of Change

Preliminary statistics indicated that all study variables were normally distributed. The assumption of homogeneity was met in all variables except for the following: age at the onset of drug use, $Lv(2, 47) = 8.33, p = .001$; CS Alcohol, $Lv(2, 47) = 10.73, p = .000$; and CS Psychological, $Lv(2, 47) = 4.91, p = .012$.

As a result of randomization, there were no significant baseline group differences in the dependent variables except for the following: Social subscale on the ASI between ACT and CBT, $F(2, 47) = 3.47, p = .039$; the AAQ-II between ACT and CBT to CG, $F(2, 47) = 3.96, p = .026$; and the Alcohol CS on the ASI-6 between CBT and CG, $F(2, 47) = 3.22, p = .049$.

Posttreatment Assessment

Table 2 presents the variables of the ASI. Statistically significant differences were found in favor of groups CBT and ACT. Table 3 shows the AAQ-II scores and the CSs of the ASI-6. ACT and CBT obtained the same initial score on the AAQ-II; however, the CG started out with a significantly higher score. At posttreatment assessment, both experimental groups showed statistically significant increases compared to the CG, which worsened. In the CS of the ASI-6, decreases in all the severity scores of both experimental groups and slight increases in the CG were recorded. However, statistically significant differences were found only between the CBT group and the CG group in the area of mental health.

Follow-Up Assessment

Table 2 shows that the ACT group maintained a statistically significant difference with the control group in the Cognitive subscale of ASI. However, the CBT group presented quadratic tendencies in the Total scale and Somatic and Cognitive subscales.

Table 3 shows that the ACT and CBT groups maintained a statistically significant difference in the AAQ-II in comparison to the CG group. Moreover, the ACT group showed a statistically significant difference with regard to the CBT group. Last, statistically significant differences were found in the CS in favor of the ACT group compared with the CG, in the areas of alcohol and drugs. Again, the CBT group showed a quadratic tendency in the variable of the mental health area. Decreases were observed in the areas of physical health and family problems in both experimental groups, without reaching statistical significance.

Table 2
Means and Standard Deviations of the Anxiety Sensitivity Index: Total, Somatic, Cognitive, and Social at Three Assessment Times

Experimental condition		CBT <i>M(SD)</i>	ACT <i>M(SD)</i>	CG <i>M(SD)</i>
Total <i>F(2, 47) = 5.52, p = .007, η² = 0.19; 1-β = 0.83</i> CBT was better than ACT and CG	Pre	31.2 (17.4)	21.1 (14.7)	23.3 (15.3)
	Post	18 (13.6)	21.1 (14.8)	27.4 (11.1)
	6 mo.	21.3 (20.1)	18.8 (14.6)	25.7 (15.9)
Somatic <i>F(2, 47) = 5.10, p = .01; η² = 0.178; 1-β = 0.797</i> CBT was better than ACT and CG	Pre	12.7 (7.5)	9.4 (8)	11.3 (6.8)
	Post	7.3 (7.4)	9.1 (7.7)	13 (6.8)
	6 mo.	9.8 (9.1)	8.7 (7.9)	11.1 (7.7)
Cognitive <i>F(2, 47) = 6.84, p = .002; η² = 0.225; 1-β = 0.904</i> CBT and ACT was better than CG	Pre	9.7 (7.2)	8.2 (6.2)	5.2 (5.4)
	Post	4.4 (5.4)	5.6 (5.3)	8.2 (4.8)
	6 mo.	5.4 (6.7)	4.8 (4.8)	7.5 (5.4)
		<i>F(2, 39) = 2.70, p = .080; η² = 0.12; 1-β = 0.504</i> ACT was better than CG		
Social <i>F(2, 47) = 3.05, p = .057; η² = 0.115; 1-β = 0.563</i> CBT was better than ACT	Pre	8.6 (3.8)	5.3 (3.8)	6.7 (2.8)
	Post	6.2 (3.6)	6.3 (3.7)	6.9 (2.8)
	6 mo.	6.1 (4.9)	7.3 (7)	8.2 (5.5)

Note. M = mean; SD = standard deviation; CBT = cognitive-behavioral therapy; ACT = acceptance and commitment therapy; CG = control group.

Psychopathological Assessment With MINI Test Over Time

The Table 4 shows percentages by group of the women who met the criteria for the diagnosis of psychopathology at the three measures. As noted, the ACT group decreased the percentage of psychopathology associated with major depressive disorder, $Q(16) = 5.42, p = .06$, and panic disorder, $Q(16) = 5.33, p = .069$. However, the CBT group CG groups showed no significant changes.

Discussion

The present study was designed to test the differential efficacy of two treatments for drug abuse in incarcerated women, CBT and ACT.

The sample of the study was made up of young women, mostly single and with dependents, who had initiated drug consumption at early ages. For more than half of them, heroin was the main consumption substance, with an addictive history of about 10 years of regular consumption. The results also underlined a high proportion of psychopathological disorders other than substance abuse. In all, 86% of the women assessed presented at least one mental disorder with a high prevalence of depressive and anxiety disorders and antisocial personality disorder. In a high proportion of the inmates, their felony was related to substance consumption. In general, they were serving prison sentences that ranged between 3 and 5 years.

With regard to abstinence, the percentage of abstinent women in ACT condition was higher than CBT and CG conditions at all times. Although it is true that all the groups increased their percentages of abstinence over time, the CBT and CG groups had a similar evolution. To explain

Table 3
Means and Standard Deviations of the AAQ-II and the ASI-6 Composite Score at the Three Assessment Times

Experimental condition		CBT <i>M(SD)</i>	ACT <i>M(SD)</i>	CG <i>M(SD)</i>
AAQ II	Pre	33.2 (13.2)	33.3 (17.3)	47.8 (17.7)
	Post	45.2 (18.2)	47.6 (13.3)	41.6 (18.6)
	<i>F(2, 47) = 7.03, p = .002; η² = 0.237; 1-β = 0.922</i> ACT and CBT was better than CG			
Drug CS	6 mo.	43.9 (16.8)	52.9 (11.9)	43.2 (10.4)
	<i>F(2, 39) = 11.20, p = .000; η² = 0.365; 1-β = 0.988</i> ACT and CBT was better than CG; ACT was better than CBT			
	Pre	0.46 (0.04)	0.47 (0.04)	0.47 (0.06)
Alcohol CS	Post	0.43 (0.02)	0.46 (0.02)	0.46 (0.05)
	6 mo.	0.41 (0.07)	0.40 (0.05)	0.44 (0.04)
	<i>F(1, 25) = 3.21, p = .085; η² = 0.114; 1-β = 0.406</i> ACT was better than CG			
Physical CS	Pre	0.42 (0.05)	0.39 (0.03)	0.38 (0.02)
	Post	0.41 (0.05)	0.38 (0.04)	0.40 (0.04)
	6 mo.	0.41 (0.05)	0.37 (0.01)	0.42 (0.06)
<i>F(2, 39) = 2.571, p = .090; η² = 0.119; 1-β = 0.482</i> ACT was better than CG				
Psychological CS	Pre	0.45 (0.10)	0.48 (0.06)	0.42 (0.09)
	Post	0.43 (0.08)	0.46 (0.07)	0.46 (0.08)
	6 mo.	0.43 (0.10)	0.42 (0.08)	0.42 (0.09)
Family CS	Pre	0.47 (0.06)	0.48 (0.05)	0.45 (0.10)
	Post	0.42 (0.08)	0.47 (0.06)	0.46 (0.05)
	6 mo.	0.46 (0.09)	0.45 (0.05)	0.43 (0.09)
<i>F(2, 47) = 3.69, p = .032; η² = 0.139; 1-β = 0.65</i> CBT was better than CG				
Family CS	Pre	0.42 (0.06)	0.45 (0.06)	0.42 (0.03)
	Post	0.44 (0.06)	0.44 (0.09)	0.42 (0.06)
	6 mo.	0.41 (0.06)	0.40 (0.08)	0.38 (0.02)

Note. AAQ-II = Acceptance and Action Questionnaire II; ASI-6 = Addiction Severity Index-6; CS = Composite Score; M = mean; SD = standard deviation; CBT = cognitive-behavioral therapy; ACT = acceptance and commitment therapy; CG = control group.

this, we considered the contextual framework of all the participants, that is, living together in a context in which access to substances is possible. Despite that in the CG, no guideline to stop using drugs was provided; the reductions in consumption observed in all the groups showed that the interventions generated evident environmental changes, which were translated into a lesser availability of substances.

Similar percentages of abstinence to those found in the ACT condition were observed in previous studies that compared ACT protocols with other interventions. In nonincarcerated population, Twohig et al. (2007) verified abstinence at 3 months of one third of the patients treated for cannabis dependence. In polyconsumers, Hayes, Wilson, et al. (2004) compared ACT with the 12-step program and reported rates of abstinence of 42% versus 19%, respectively, at 6 months. In Spain, two single case studies confirmed the efficacy of ACT in stopping substance abuse: the first in alcohol consumers (Luciano et al., 2001) and the second in a cocaine and alcohol consumer (López, 2010). Last, two recent studies also showed that, in

Table 4
Percentages of Mental Disorders Assessed by MINI at Baseline, Posttreatment, and 6-Month Follow-Up

		CBT	ACT	CG
		%	%	%
Major depression	Baseline	61.1	55.6	41.7
	Post	38.9	33.3	50
	6 mo.	27.8	16.7	25
Panic disorder	Baseline	38.9	27.8	33.3
	Post	22.2	11.1	33.3
	6 mo.	16.7	5.6	8.3
Generalized Anxiety disorder	Baseline	27.8	50	16.7
	Post	16.7	33.3	25
	6 mo.	22.2	5.6	8.3
Antisocial personality disorder	Baseline	50	61.1	75
	Post	44.4	44.4	66.7
	6 mo.	38.9	50	50

Note. MINI = Mini International Neuropsychiatric Interview; CBT = cognitive-behavioral therapy; ACT = acceptance and commitment therapy; CG = control group.

treatment for tobacco dependency, ACT was more efficacious than both the pharmacological treatment (Gifford et al., 2004) and a cognitive-behavioral treatment (Hernández-López et al., 2009).

The anxiety sensitivity index scores progressively decreased in CBT and ACT, although with differences. Thus, the significant change observed in the CBT group at posttreatment assessment faded after 6 months. However, the posttreatment reduction in the cognitive area of the ACT group was maintained at follow-up. Of course, the changes produced in both experimental groups regarding SA can be interpreted in different ways. We wonder whether this sensitivity to anxiety or excessive reflexivity on the symptoms of anxiety (Pérez-Álvarez, 2008) could lead to the activation of avoidance strategies. For example, in two recent publications—McCracken and Keogh (2009) and González, Fernández, and Torres (2010)—it was shown that fear of anxiety predicts high levels of pain, depression, anxiety, and visits to the primary healthcare doctor.

It is thus observed that without the need to propose exposure strategies, the subjects in the ACT condition progressively reduced their use of avoidance strategies. It seems that ACT proposes, using acceptance, a more radical exposure than the traditional CBTs. Whereas opening up to private events implies exposure to external and internal stimuli in the attempt to change their function (Carrasco, 1999), CBT interventions limit such exposure, on the one hand encouraging exposures to external stimulation, but on the other proposing strategies like stop thinking or modification of beliefs that are ultimately avoidance behaviors. However, the AAQ-II score, which assessed psychological flexibility, increased significantly throughout the assessments and was higher for those who received ACT.

It is also noteworthy that the initial severity scores obtained with the ASI-6 are, in general, a medium rating. The areas with the highest scores were Drugs and Mental Health. It is therefore not surprising that these two areas are the ones in which decreases in addiction severity were recorded after the intervention and at 6 months, although with differential nuances for CBT and ACT. In general, those who received either treatment improved clinically in all areas. The differences were observed only at the same time as the changes were observed; that is, for the CBT group, the reduction in the severity index of the psychological area was significant after the intervention but was not maintained at 6 months. In contrast, the ACT group displayed progressive decreases in all the areas of addiction severity, particularly that of Alcohol and Drugs, that were significant at 6 months.

Last, in our study, several decreases in percentages of psychopathological disorders were observed over time in ACT condition. But in tune with the observations in addiction severity, ACT condition showed progressive decreases in anxious and depressive symptomatology. Therefore, we think that the percentage reductions observed should be interpreted under the same functional pattern: experiential destructive avoidance. As mentioned in the introduction, between 30% and 60% of clients with generalized anxiety disorder do not benefit from the application of CBT (Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002). The same is observed in patients with major depression disorder (De Rubeis et al., 2005; Dimidjian et al., 2006), bulimia nervosa (Wilson, Fairburn, & Agras, 1997), and mixed symptoms (Westbrook & Kirk, 2005). In contrast, the long-term gains observed in all the measures of the people who received ACT indicate that the intervention generated an incubation effect, which has been observed in other studies (Gifford et al., 2004; Hayes, Wilson, et al., 2004; Lundgren, Dahl, Melin, & Kies, 2006).

Despite the fact that there are no prior studies that support the efficacy of ACT in incarcerated drug dependent women, the results obtained in this study are in line with numerous prior works (Hayes, Wilson, et al., 2004; Luciano et al., 2001; Twohig et al., 2007; Wilson & Byrd, 2005; Wilson et al., 2000).

In CBT, the therapist systematically directs the intervention to modify behavior by acquiring skills, identifying moods, and modifying thoughts. It is basically an active-directive therapy. However, in ACT, the conjoint work of therapist and client is aimed at increasing the psychological flexibility used to make vital decisions as a function of values that are personally important. This essential difference between the interventions could be the key to gains observed in the ACT treatment. Ultimately, we are faced with an extremely complex sample: women who live in the social context of a prison and women who have a long history of personal, family, and even therapeutic failures. In our opinion, the administration of therapies like ACT in the prison setting implies a therapeutic revolution because they hit the bull's eye of hopelessness and activation. As other researchers before us have stated, ACT does not pursue the disappearance of symptoms; it only attempts to show that many of the strategies employed by clients actually fulfill the opposite function to the one expected (Hayes, 2007). Perhaps for the first time in their lives, ACT has taught these women how to articulate their own life, distancing themselves from the social setting that surrounds them, as well as how to deepen and enrich their contact with the present in continuous development.

To conclude, some limitations and strengths must be considered. This was a small clinical trial conducted in prison, and because the loss of participants is common in prison settings, future research should include a larger sample. The therapists were in no way blinded to the study, so they may have introduced some bias. Finally, in further studies, to minimize the Hawthorne effect, a comparison group comprising participants who dropped out could replace a waitlist control group. On the other hand, the study addresses an important and understudied population. The study also provides information of the compared ACT and CBT therapies and concludes that ACT intervention was effective for a group of clients experiencing different mental and health difficulties.

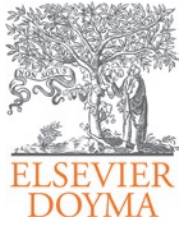
References

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.) Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bach, P., & Hayes, S. C. (2002). The use of acceptance and commitment therapy to prevent the re-hospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 1129–1139.
- Baer, R. A., Fischer, S., & Huss, D. B. (2005). Mindfulness-based cognitive therapy applied to binge eating: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 12*, 351–358.
- Bloom, B., Owen, B., & Covington, S. (2004). Women offenders and gendered effects of public policy. *Review of Policy Research, 21*, 31–48.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz-Mesa, E. M., Flórez, G., . . . Sáiz, P. A. (2007). Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos [Addiction severity index: Clinical application and treatments monitorization]. Oviedo: Sociodrogalcohol.

- Borkovec, T. D., Newman, N. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288–298.
- Carrascoso, F. J. (1999). Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso [Acceptance and commitment therapy in the treatment of panic disorder: A case study]. *Psicothema, 11*, 1–12.
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry, 162*, 1452–1460.
- Clarke, S., Kingston, J., Wilson, K. G., Bolderston, H., & Remington, B. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for a heterogeneous group of treatment-resistant clients: A treatment development study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 560–572.
- Cohen, J. (1990). Things I have learned (so far). *American Psychologist, 45*, 1304–1312.
- De Rubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R., . . . Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry, 62*, 409–416.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658–670.
- EMCDDA-Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2002). El problema de la drogodependencia en Europa [The problem of drug dependence in Europe]. Informe anual www.emcdda.europa.eu.
- Ferrando, L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L., & Gibert, J. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (Spanish version 5.0). Madrid: Institute IAP.
- Finney, J. W., Wilbourne, P. L., & Moos, R. H. (2007). Psychosocial treatments for substance use disorders. In Nathan P. E. and Gorman J. M. (Ed.), *A guide to treatments that work* (pp. 179–202). New York: Oxford University Press.
- Gatz, M., Brown, V., Hennigan, K., Rechberger, E., O'Keefe, M., Rose, T., & Bjelajac, P. (2007). Effectiveness of an integrated trauma-informed approach to treating women with co-occurring disorders and histories of trauma: The Los Angeles Site Experience. *Journal of Community Psychology, 35*, 863–878.
- Gaudiano, B. A., & Herbert, J. D. (2006). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using acceptance and commitment therapy: Pilot results. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 415–437.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy, 35*, 689–705.
- González, A., Fernández, P., & Torres, I. (2010). Aceptación del dolor crónico en pacientes con fibromialgia: adaptación del Chronic Pain Acceptance Questionnaire (CPAQ) a una muestra española [Acceptance of chronic pain in patients with fibromyalgia: Chronic Pain Acceptance Questionnaire adaptation in a Spanish sample]. *Psicothema, 22*, 997–1003.
- Greenfield, S. F., Trucco, E. M., McHugh, R. K., Lincoln, M., & Gallop, R. J. (2007). The women's recovery group study: A stage I trial of women-focused therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence, 90*, 39–47.
- Grella, C., Stein, J., & Greenwell, L. (2005). Associations among childhood trauma, adolescent problem behaviors, and adverse adult outcomes in substance-abusing women offenders. *Psychology of Addictive Behaviors, 19*, 43–53.
- Hayes, S. C. (2007). Hello darkness: Discovering our values by confronting our fears. *Psychotherapy Networker, 31*, 46–52.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M. (2004). *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy, 44*, 1–28.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., . . . Gregg, J. (2004). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy, 35*, 667–688.

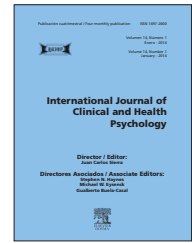
- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G., & Montesinos, F. (2009). Acceptance and commitment therapy for smoking cessation: A preliminary study of its effectiveness in comparison with Cognitive Behavioral Therapy. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23, 723–730.
- Hien, D. A., Cohen, L. R., Miele, G. M., Litt, L. C., & Capstick, C. (2004). Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1426–1432.
- Hser, Y. I., Huang, Y. C., Teruya, C., & Anglin, M. D. (2004). Gender differences in treatment outcomes over a three-year period: A path model analysis. *Journal of Drug Issues*, 4, 419–440.
- Judd, C. M., & Kenny, D. A. (1981). Estimating the effects of social interventions. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2009). Is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 380.
- López, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical [Psychology intervention for drug abuse with a conductism paradigm]. *Health and Addictions*, 10, 37–46.
- Luciano, M. C., Gómez, S., Hernández, M., & Cabello, F. (2001). Alcoholismo, Trastorno de Evitación y Terapia de Aceptación y Compromiso [Alcoholism, Avoidance Disorder and Acceptance and Commitment Therapy]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 113, 333–372.
- Luciano, M. C., Rodríguez, M., & Gutiérrez, O. (2004). A proposal for synthesizing verbal context in experiential avoidance disorder and acceptance and commitment therapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4, 377–394.
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., & Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa: A pilot study. *Epilepsy*, 47, 2173–2179.
- McCracken, L. M., & Keogh, E. (2009). Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: An analysis of anxiety sensitivity. *The Journal of Pain*, 10, 408–415.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abusers: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 168, 26–33.
- Messina, N., Burdon, W., Hagopian, G., & Prendergast, M. (2006). Predictors of prison TC treatment outcomes: A comparison of men and women participants. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32, 7–28.
- Messina, N., Burdon, W., & Prendergast, M. (2006). Prison-based treatment for drug-dependent women offenders: Treatment versus no treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 3, 333–343.
- Messina, N., Grella, C., Burdon, W., & Prendergast, M. (2007). Childhood adverse events and current traumatic distress: A comparison of men and women prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1385–1401.
- Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J., & Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 97–107.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as a condition of mental disorder: A clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20, 181–187.
- Pérez-Alvarez, M. (2012). Third-generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 291–310.
- Peterson, R. A., & Reiss, R. J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2nd ed.). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2012). Acceptance-based behavior therapy in anxiety disorders. In C. Germer and R. D. Siegel (Eds.), *Wisdom in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Sacks, J. Y., McKendrick, K., & Banks, S. (2008). The impact of early trauma and abuse on residential substance abuse treatment outcomes for women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 90–100.
- Sacks, J. Y., McKendrick, K., & Hamilton, Z. (2012). A randomized clinical trial of a therapeutic community treatment for female inmates: Outcomes at 6 and 12 months after prison release. *Journal of Addictive Disorders*, 31, 258–269.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A., & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica [Dimensions of the anxiety sensitivity: Evidence from the hierarchy structure]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 19–33.

- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. et al. (1998). The M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview: The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 22–33.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse, 31*, 98–107.
- Twohig, M. P., Shoenberger, D., & Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of acceptance and commitment therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis, 40*, 619–632.
- Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1243–1261.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner and P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 484–493). New York: Guilford Press.
- Wilson, K. G., & Byrd, M. R. (2005). A practical guide to acceptance and commitment therapy. In S. C. Hayes and K. D. Strosahl (Eds.), *ACT for substance abuse and dependence* (pp. 153–184). New York: Springer Science.
- Wilson, K. G., Hayes, S. C., & Byrd, M. (2000). Exploring compatibilities between acceptance and commitment therapy and 12-step treatment for substance abuse. *Journal of Rational-Emotive and Cognitive-Behavior Therapy, 18*, 209–234.
- Zlotnick, C., Clarke, J. G., Friedman, P. D., Roberts, M. B., Sacks, S., & Melnick, G. (2008). Gender differences in comorbid disorders among offenders in prison substance abuse treatment programs. *Behavior Science & the Law, 26*, 403–412.
- Zlotnick, C., Johnson, J., & Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance abuse disorder and PTSD. *Behavior Therapy, 40*, 325–336.
- Zlotnick, C., Najavits, L. M., Rohsenow, D. J., & Johnson, D. M. (2003). A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: Findings from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment, 25*, 99–105.
- Zurhold, H. (2005). Responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoner Health, 1*, 127–141.



International Journal of Clinical and Health Psychology

www.elsevier.es/ijchp



ORIGINAL ARTICLE

Long-term outcomes of Acceptance and Commitment Therapy in drug-dependent female inmates: A randomized controlled trial

Ana González-Menéndez^a, Paula Fernández^a, Filomena Rodríguez^b, Patricia Villagrà^a

^aUniversity of Oviedo, Spain

^bClinical psychologist hired by the prison, Villabona, Spain

Received July 25, 2013; accepted October 16, 2013

KEYWORDS

Acceptance and commitment therapy;
Cognitive behavioral therapy;
Prison treatment;
Drug abuse;
Experimental study

Abstract The general aim of this randomized controlled trial was to test the long-term efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) compared to a cognitive behavioural therapy (CBT) condition in the treatment of drug abuse. Participants were 37 polydrug incarcerated females assessed with Mini International Neuropsychiatric Interview, Addiction Severity Index-6, Anxiety Sensitivity Index (ASI) and Acceptance and Action Questionnaire II at pre, post, and at 6-, 12- and 18-months follow-ups. The mixed lineal model analyses showed reductions in drug abuse, ASI levels and avoidance repertoire in both conditions, without any differences between groups. However, the percentages of mental disorders were reduced only in ACT participants. At the 18-month follow-up, ACT was better than CBT in the maintaining of abstinence rates. This data support the incubation pattern showed in previous ACT studies. To conclude, the ACT intervention seems to be an adequate treatment option for addictive behaviours and co-occurring disorders in incarcerated women.

© 2013 Asociación Española de Psicología Conductual. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

PALABRAS CLAVE

Terapia de aceptación y compromiso;
Terapia cognitivo conductual;
Cárcel;
Abuso de drogas;
Estudio experimental

Resumen El objetivo de este estudio controlado y aleatorizado fue comprobar la eficacia a largo plazo de la terapia de aceptación y compromiso (ACT) comparada con un protocolo cognitivo conductual (TCC) en el tratamiento intrapenitenciario del abuso de sustancias. Treinta y siete mujeres policonsumidoras fueron evaluadas con la Mini International Neuropsychiatric Interview, el Addiction Severity Index, el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (ASI) y el Cuestionario de Aceptación y Acción II antes y después del tratamiento, y al cabo de 6, 12 y 18 meses de seguimiento. Los resultados obtenidos con el modelo lineal mixto mostraron que el consumo de drogas, los niveles de sensibilidad a la ansiedad y los repertorios de evitación se redujeron en ambos grupos, sin diferencias entre ellos. Sin embargo, los porcentajes de psicopatología asociada se fueron reduciendo únicamente en quienes recibieron ACT. Al cabo de 18 meses, ACT fue

*Corresponding author at: Department of Psychology, University of Oviedo, Plaza Feijoo, s/n. CP 33003 Oviedo, Spain.
E-mail address: anagon@uniovi.es (A. González-Menéndez).

superior a TCC en el mantenimiento de los porcentajes de abstinencia, lo que viene a confirmar el patrón de incubación informado en estudios anteriores sobre ACT. En conclusión, ACT se postula como una intervención viable para el tratamiento intrapenitenciario del abuso de drogas y los trastornos asociados.

© 2013 Asociación Española de Psicología Conductual. Publicado por Elsevier España, S.L.
Todos los derechos reservados.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT; Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) is the most representative therapy of the contextual therapies. ACT is philosophically based on functional contextualism and has his own model of psychopathology, the psychological inflexibility (Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte, & Pistorello, 2013; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006). Psychological inflexibility is a “transdiagnostic” alternative to the established classification systems. The new proposal is radically different and consists in identifying the common processes that are at the root of the different disorders and proposing a unified concept of the psychopathological condition (Pérez-Álvarez, 2012b).

ACT tries to dismantle the inflexible repertoire that characterizes the experiential avoidance, that is, the tendency to avoid or escape from aversive private events such as thoughts, emotions, memories and bodily sensations (Hayes, Wilson, Gifford, Follette, & Strosahl, 1996). One of the main goals of ACT is to increase psychological flexibility, which refers to an individual's ability to connect with the present moment more fully as a conscious human being, and to change or persist in behavior that serves one's valued ends (Hayes et al., 2006). Furthermore, ACT proposes acceptance of the feared private events when the attempt to control them is counterproductive in the long-term. Summing up, there are two principles in ACT intervention: first, to promote values clarification; second, to promote a commitment to act as a way to engage in the valued ends in the presence of the feared private events.

Two major meta-analyses have examined the efficacy of ACT (Öst, 2008; Powers, Zum, & Emmelkamp, 2009). Specifically, Powers et al. (2009) suggested comparing ACT with empirically supported treatments for specific disorders before its application in routine clinical care. However, ACT is now recognized as “empirically supported” by the United States Substance Abuse and Mental Health Service Administration (SAMHSA, 2012), in its national registry of evidence-based programs and practices. Even more, similar to CBT, ACT has showed its efficacy in several mental disorders, i.e. anxiety disorders (Arch et al., 2012; Roemer & Orsillo, 2012), depression (Zettle, Rains, & Hayes, 2011), and personality disorder (Morton, Snowden, Gopold, & Guymer, 2012).

Currently, a certain degree of controversy remains about the empirical status of ACT in addictive behaviors. Few randomized controlled trials (RCT) have been published comparing ACT with other interventions: Twelve-step Facilitation, Pharmacotherapy, Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and Counseling (Gifford et al., 2011; Hayes et al., 2004b; Smout et al., 2010; Stotts et al., 2012). The results are promising for ACT. In polysubstance-abusing opiate addicts, Hayes et al. (2004b) compared Methadone

Maintenance (MM) alone to MM in combination with Intensive Twelve-step Facilitation (ITSF) or ACT. The results suggested that both ACT and ITSF may add to the benefits of MM in the reduction of drug use. However, there were differential effects between ACT and ITSF in drug use outcomes at follow-up. The ACT participants showed lower rates of drug use compared to the MM participants. In smoking cessation, Gifford et al. (2011) have compared ACT with a pharmacological treatment. In general, there were no differences between conditions at post-treatment; however, ACT participants had better long-term smoking outcomes at the 1-year follow-up.

Lastly, in methamphetamine abuse, Smout et al. (2010) randomized 104 treatment-seeking adults to receive ACT or CBT. There were no significant group differences in treatment attendance and methamphetamine-related outcomes. Methamphetamine use, negative consequences, and dependence severity significantly improved over time in both groups. However, serious methodological problems limit the conclusions of this study. Attrition was unacceptably high (70% at 12 weeks and 86% at 24 weeks post-entry), leaving the study underpowered to detect true differences (Smout, Hayes, Atkins, Klausen, & Duguid, 2012).

However, the comparison of ACT and CBT is just beginning (Hofmann, Sawyer, & Fang, 2010). The CBT treatment usually focuses on reducing symptoms modifying troublesome thoughts and maladaptive behaviors. However, not all clients may obtain improvements following CBT (Clarke, Kingston, Wilson, Bolderston, & Remington, 2012). In fact, Magill & Ray (2009) have documented a progressive loss of the therapeutic gains from the 6- to 12- month follow-up in the treatment of addictive behaviors with CBT. Contrarily, two studies have found a longer-term effect of ACT compared to CBT. This “incubation pattern” (Clarke et al., 2012) was observed since the 6-month follow-up, i.e. in smoking cessation (Hernández-López, Luciano, Bricker, Roales-Nieto, & Montesinos, 2009); in personality disorders (Clarke et al., 2012), and in drug abuse (Gifford et al., 2011; Hayes et al., 2004b).

More controlled studies are needed to determine whether the long-term ACT efficacy is comparable to established treatments. This RCT includes three follow-up assessments: at 6-, 12-, and 18-months. Despite the empirical evidence that support ACT, it has not been applied in the penitentiary context neither in a women sample.

The objective of this RCT in incarcerated females with substance abuse and co-occurring disorders was to determine the long-term effectiveness of ACT, using a CBT program as comparison group. The study is an extension of an earlier report of post-treatment and 6-month follow-up outcomes (Villagrà, Fernández, Rodríguez, & González-Menéndez, in press). Our hypothesis is that both treatments

will reduce drug abuse and maintain it. Also, both conditions will improve participants' mental health. The second hypothesis is that ACT will achieve better results than CBT over time.

This study was prepared according to considerations of Hartley (2012).

Method

Participants

Participants were 37 female inmates from a state prison (Villabona, Spain) diagnosed with current abuse or dependence according to the Mini International Psychiatric Interview (Spanish version by Ferrando et al., 2000). The participants were between 22 and 49 years of age ($M = 33.59$, $SD = 7.5$). In general terms, they were mostly single and were incarcerated by a drug related crime. The sentences ranged from 38.7 to 50 months in average. Participants were excluded if they were abstinent at the beginning of the study. The global frequencies of consumption were 40.5% twice a month, 10.8% twice a week, 18.9% four days a week, and 29.7% daily (Addiction Severity Index-6).

Worthy of consideration was the legal situation of the participants. Pre and post-treatment assessments were performed in prison. However, from the ACT group, 23.1%, 33.3% and 38.5% (6-, 12- and 18-month follow up, respectively) were released from prison. From the CBT group, 18.8%, 45.5% and 50% (6-, 12- and 18-month follow up, respectively) were released from prison. In such cases, the assessments were conducted after their release.

Instruments

- Ad hoc interview. We developed a semi-structured interview to collect relevant data such as the history of previous treatments for drug abuse, current family situation, and past criminal history.
- Addiction Severity Index-6 (ASI-6; McLellan, Luborsky, Woody, & O'Brien, 1980). This is a structured interview (257 items) that measures patterns of drug use and lifetime and recent severity problems in seven areas (medical, employment, alcohol and drugs, legal, family, and psychiatric). In each of these areas, items are combined into a composite score (CS) ranging from 0 (*no significant problem*) to 1 (*extreme problem*). The Spanish version was used (Bobes et al., 2007). The levels of internal consistency ranged between .47 and .95, and test-retest reliability ranged between .36 and 1. The legal area was not included.
- Anxiety Sensitivity Index (ASI; Peterson & Reiss, 1992). This consists of 16 items, which are rated on a Likert-type rating scale ranging from 0 (*never*) to 4 (*always*). In addition to the total score, there are three subscales: *Somatic*, *Cognitive* and *Social*. The Spanish version was used (Sandín, Chorot, Valiente, Santed, & Lostao, 2004). The Cronbach alpha coefficients are .84 (Total), .83 (Somatic), .77 (Cognitive) and .50 (Social). The test has acceptable psychometric properties in clinical population and adequate factor consistency.

- Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Hayes et al., 2004a). This scale assesses experiential avoidance and psychological acceptance, two key aspects of ACT. It has 10 items that are rated on a Likert-type scale ranging from 1 (*never*) to 7 (*always*). Higher scores indicate greater psychological flexibility. The Spanish version was used (Barraca, 2004). The internal consistency index is .70.
- Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI; Sheehan et al., 1998). This is a brief structured diagnostic interview that explores the principal Axis I psychiatric disorders of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). The MINI is divided into modules identified by letters; each one corresponds to a diagnostic category. The Spanish version was used (Ferrando et al., 2000). MINI has acceptable validity (.70) and reliability (.75).
- Multidrug Urinalysis (UA). This is a drug reactive test to control drug use. UAs were obtained at random from all participants. Specimens were collected in the presence of a prison guard to avoid urine substitution and to ensure authenticity. Participants had their urine screened for polydrug use (opiates, cocaine, cannabis and amphetamines).

Procedure

The data were collected between 2010 and 2012. All study procedures were reviewed and approved by the management team of the prison. The participants provided a written informed consent prior to being interviewed. All the information handled in the assessments and interventions was confidential. Randomization was implemented at prison using a random numbers table prior to the participants' transfer to the treatment programs (Figure 1). Assessment was carried out individually in the medical office and lasted 90 minutes/each inmate. Assessment was carried out by two psychologists in charge of administrating the interventions and measures and who were supervised by a Ph.D.-level researcher. The psychologists had specific training in the methodology and the instruments used in this study. The CBT therapist was a professional in clinical psychology. She has a wide career (at least 15 years) in the treatment of many psychological disorders in adults, included substance abuse in prison. The ACT therapist was a PhD-level student. She had attended several specialist ACT training workshops during the previous three years. Every week, the team had meetings to discuss the procedure and the progress of the treatments. The interventions were conducted simultaneously and both followed a treatment protocol, consisting of 16 weekly group sessions lasting 90 minutes. Both psychologists carried out the follow-ups assessments in their respective treatment group.

The protocols were developed for the application to substance abuse disorder (Tables 1 and 2).

- Acceptance and Commitment Therapy: The general clinical goals of ACT are to undermine the grip of the literal verbal content of cognition that provokes avoidance behavior and to construct an alternative context in which behavior aligned with one's values is

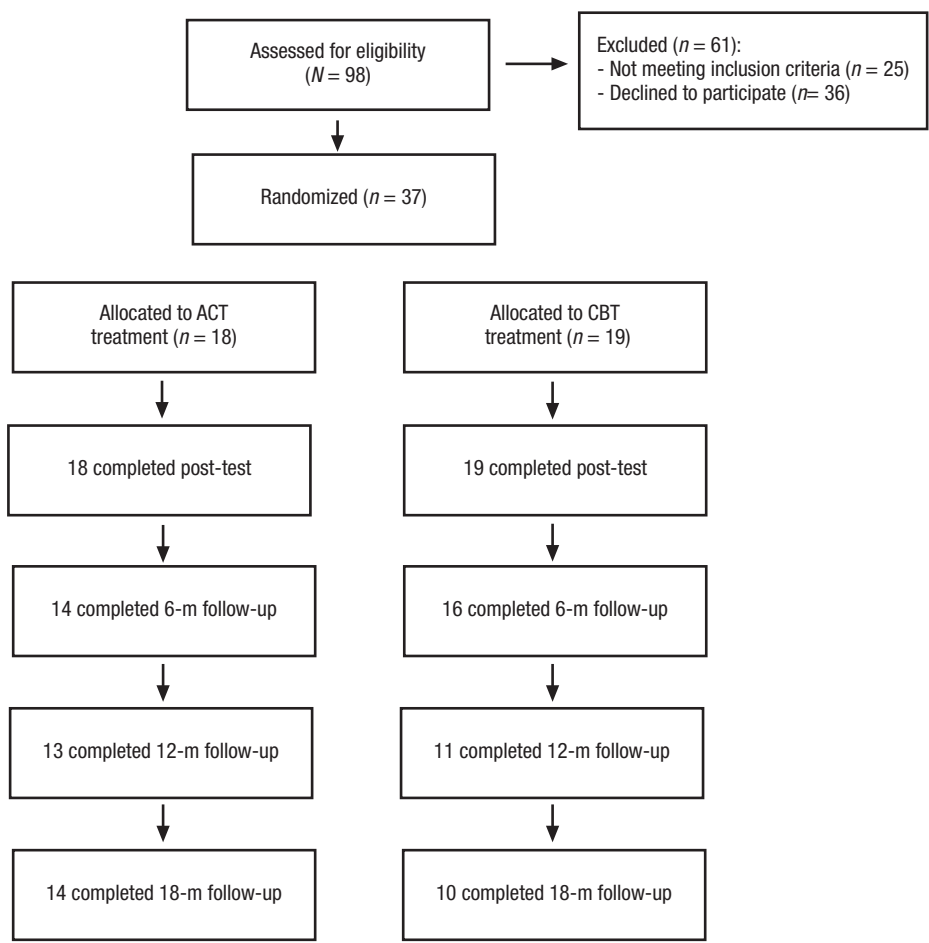


Figure 1 Participant flowchart.

Note. ACT = acceptance and commitment therapy; CBT = cognitive behavioural therapy.

Table 1 The acceptance and commitment therapy protocol.

1. Building the Therapeutic contract
2. Functional analysis
3. Creative hopelessness. Metaphors: “The man in the hole” and “The farmer and the donkey”
4. Values clarification
5. Building a commitment. Exercise: “The funeral” Metaphor: “Eat the whole apple”
6. Control as the problem. “The rule of 95-5%”
7. Control as the problem. Exercises: “Pink elephants” and “What is the name of your mother?”
8. The alternative to control. Be willing as a possibility
9. Acceptance exercises. Exercise: “Eyes on”
10. Cognitive defusion. Exercises: “The ride with posters”, “milk, milk, milk”
11. Establishing language conventions. “I’m having the thought that I’m failure” instead of saying “I’m a failure”
12. Self as context. Metaphor: “Chessboard”
13. Screening for barriers and strengthening values. Metaphors: “The journey” and “Welcome to all and the rude”
14. Acceptance and Commitment. Fear of commitment. Metaphor: “You know driving”
15. Remember session. Internal dialogue: “This isn’t working, it’s always the same, I thought it was OK, but it isn’t....
Metaphor: “The rider”
16. Remember session

more likely to occur. All sessions involved both experiential and didactic learning, designed to enable clients both to experience and understand the impact of the six key processes outlined in the ACT model of psychopathology

(to identify ineffective strategies, control is the problem, cognitive defusion, acceptance and willingness, values and commitment). ACT provides something different that the client can do with these previously avoided events,

Table 2 The cognitive-behavioural therapy protocol.

1. Functional analysis
2. To identify risk situations
3. Thoughts: To identify positive and negative thoughts
4. Thoughts: The importance of thoughts. Behavioral chains
5. Thoughts: Cognitive modification
6: Feelings: To identify the feelings of life
7. Feelings: How do you feel after consumption?
8. Feelings: Working with feelings (good feelings and bad feelings)
9. Decision matrix: The short and long-term results. Positive and negative consequences
10. Decision making: Impulsivity
11. Decision making: The integration of thoughts and feelings
12. Assertiveness. How to say no?
13. A new situation: What I Think? What I feel? What I do?
14. Relapse prevention
15. Relapse prevention: Futures risk situations
16. Emotional dependence: Marital risk factors

while moving directly and quickly towards the ultimate goal (e.g., establishing relationships). The bigger message thus is validating (“trust your experience”) and empowering (“you can live a powerful life from here, without first having to win a war with your own history”). In general, ACT relies on relatively nonlinear uses of language, as language processes themselves are thought to be the primary source of rigid and ineffective repertoires. Thus, ACT uses paradox, metaphors, stories, exercises, behavioral tasks, and experiential processes.

- Cognitive Behavioral Therapy: CBT programs attempt to change clients’ unhealthy behavior through cognitive restructuring. The therapist works with the patient to identify the thoughts that are causing distress and employs cognitive and behavioral therapy techniques to alter the resulting behavior (e.g., to recognize behavioral chains, analyze drug abuse situations, identify negative emotional states, cognitive restructuring, practice alternative behaviors to drug use, and relapse prevention). Each session was structured in three sections: review of drug use, cravings and high-risk situations; skill instructions; and homework assignment and anticipation and development of a coping plan for high-risk situations.

Data analyses

We performed a descriptive study of some sociodemographic characteristics of the sample and the dependent variables of interest (means, standard deviations, and percentages according to the nature of the variables). ANOVAs and chi-square analysis were carried out to determine group differences. By means of the Kolmogorov-Smirnoff and Levene statistics, respectively, normality and homogeneity assumptions were determined.

The Cochran test (Q) was conducted to test tendencies in abstinence and in the presence of mental disorders. Tests

Table 3 Sociodemographic characteristics of enrolled participants.

Experimental condition	ACT	CBT	
Quantitative variable	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>p</i>
Age	31.1 (6.4)	35.9 (7.9)	<i>ns</i>
Sentence (months)	50 (33.1)	38.7 (20.1)	<i>ns</i>
Mean age at onset of drug abuse	16.7 (5.7)	19.9 (9.4)	<i>ns</i>
Time of drug abuse (years)	7.9 (6.1)	11.3 (9.2)	<i>ns</i>
Qualitative variable	<i>n; %</i>	<i>n; %</i>	
Marital status			<i>ns</i>
Single	13; 72.2	9; 47.4	
Married	1; 5.6	2; 10.5	
Divorced	4; 22.2	7; 36.8	
Widowed		1; 5.3	
Crime			<i>ns</i>
Public health	5; 27.8	9; 50	
Property	9; 50	8; 44.4	
Violent	4; 22.2	1; 5.6	
Main substance			<i>ns</i>
Heroin	9; 50	11; 57.8	
Cocaine	5; 27.8	6; 31.6	
Cannabis	1; 5.6	1; 5.3	
Others (Alcohol, Psychotropics)	3; 16.6	1; 5.3	
Previous treatment	11; 61.1	14; 72.7	<i>ns</i>

Note. ACT = acceptance and commitment therapy; CBT = cognitive behavioural therapy; SD = standard deviation; *ns* = non significant. $\alpha = .05$; $p < .05$.

of the effects of psychotherapy conditions on primary outcomes were analyzed using a linear mixed effect model with BIC adjustment and AIC criteria (Compound symmetry [SC], Autoregressive [AR(1)], Autoregressive-heterogeneity [ARH (1)], and No structured (NS) with SPSS to estimate the missing 35% of the longitudinal data. Intent-to-treat analyses using separate models for each primary outcome variable were tested, with therapy, time, and the interaction between therapy and time fitted as main effects and a random effect to account for correlations due to repeated measurements. Data analysis was performed with the SPSS statistical package (V.19.0) and a 5% a priori Type I error.

Results

Table 3 displays the sociodemographic characteristics for all participants. There were no significant differences between CBT- and ACT-assigned participants on baseline measures.

All participants completed the post-treatment assessment. At 6-month, 77.8% participants of ACT and 84.2% of CBT completed the assessment. At 12-month, 72.2% participants of ACT and 57.9% of CBT were assessed, and 77.8% participants of ACT and 52.6% of CBT completed the 18-month follow-up assessment. In all, 66.7% ACT and 47.4% CBT participants completed all the assessments (Figure 1).

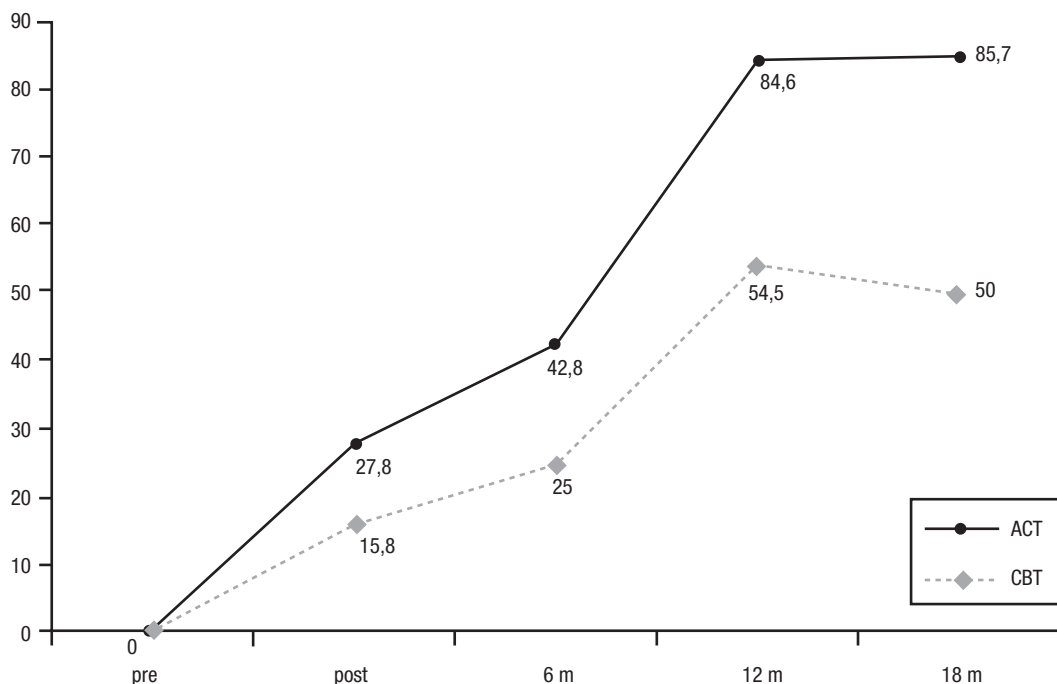


Figure 2 Percentage of abstinence.

Note. ACT = acceptance and commitment therapy; CBT = cognitive behavioural therapy.

No group differences were found in the percentages of participants who completed the assessments ($\chi^2_{(1, N = 37)} = 1.403, p = .236$).

The first goal of this study was to compare drug outcomes after treatments and over time. The percentages of abstinence are expressed in terms of the participants' self-reported data and corroborated by UAs (Figure 2).

The percentages of abstinence registered in ACT were: 27.8% at post-treatment, 42.8% at 6-month, 84.6% at 12-month and 85.7% at 18-month. The percentages of abstinence registered in CBT were: 15.8% at post-treatment, 25% at 6-month, 54.5% at 12-month and 50% at 18-month. The increasing trend shown in ACT was statistically significant, ($Q3 = 15.343, p = .002$). CBT also showed a statistically significant increment, ($Q3 = 8.053, p = .045$). At 18-month, a statistically significant difference was found in favor of ACT ($\chi^2_{(1, 24)} = 3.6, p = .05$).

Table 4 and Table 5 present the means and standard deviations for all outcome variables and the results of the mixed effects model tests. No therapy x time interaction was significant for any measure. However, a significant therapy effect was found in both groups:

There was a significant therapy effect favoring ACT in three areas of the ASI-6. Post hoc comparisons revealed statistically significant within-group reductions in Drug, from baseline to 6-, 12- and 18-months, ($F_{(4, 38.1)} = 10, p = .000$); Psychological, from baseline to 18-months, ($F_{(4, 112.06)} = 2.55, p = .043$); and Family, from baseline to 12- and 18-months, ($F_{(4, 57.2)} = 4.21, p = .005$).

Both groups showed significant reductions in ASI; however CBT improved more than ACT. Post hoc comparisons revealed a statistical significance for CBT in the following scales:

Total, from baseline to post, 12-, and 18-months, ($F_{(4, 69.2)} = 3.64, p = .009$); Somatic, from baseline to post and 18-months, ($F_{(4, 105.2)} = 3.22, p = .015$); and Cognitive from baseline to post, 12-, and 18-months, ($F_{(4, 70.2)} = 6.95, p = .000$). A statistical significance was found for ACT in Cognitive from baseline to 18-months, ($F_{(4, 70.2)} = 6.95, p = .000$).

In AAQ-II, both groups showed a statistically significant therapy effect, ($F_{(4, 110.4)} = 8.05, p = .000$), but without significant group differences. ACT improved from baseline to post, 6-, 12-, and 18-months, and CBT improved from baseline to post.

General analysis of participants' initial psychopathological status showed that the vast majority of females had other mental disorders different than drug abuse. The most frequent mental disorders were: major depressive disorder (56.8%), generalized anxiety disorder (37.8%) and panic disorder (32.4%). After the interventions, general decreases were recorded in both groups throughout the follow-ups in the percentages of associated psychopathology. Chi square analysis found no significant group differences, but ACT showed significant tendencies in anxiety disorders (Table 6).

Discussion

The present study was designed to test the long-term efficacy of ACT for the treatment of drug abuse in incarcerated females and to compare it with a CBT condition.

With regard to abstinence, both ACT and CBT interventions were efficacious. However, at the 18-month

Table 4 Comparisons over time in Addiction Severity Index-6 outcome measures.

Dependent variable	ACT	CBT	Group x Time Interaction test
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	
	pre	pre	
	post	post	
	6-m	6-m	
	12-m	12-m	
	18-m	18-m	
Drug	.47 (.4)	.46 (.59)	$F_{AR(H)}(4, 38.1) = 1.54, p = .209$
	.46 (.2)	.43 (.47)	
	.40 (.5)	.41 (.70)	
	.38 (.59)	.40 (.85)	
Alcohol	.36 (.58)	.40 (.76)	$F_{AR}(4, 103.7) = 2.33, p = .061$
	.39 (.3)	.42 (.51)	
	.38 (.4)	.41 (.56)	
	.38 (.16)	.41 (.53)	
	.38 (.33)	.40 (.42)	
	.38 (.23)	.45 (.68)	
Psychological	.48 (.4)	.47 (.6)	$F_{SC}(4, 112.06) = 1.96, p = .105$
	.47 (.6)	.42 (.84)	
	.45 (.59)	.47 (.87)	
	.44 (.6)	.44 (.57)	
Physical	.41 (.6)	.44 (.63)	$F_{SC}(4, 111.02) = .418, p = .795$
	.48 (.6)	.45 (.10)	
	.46 (.7)	.43 (.84)	
	.43 (.88)	.43 (.10)	
	.43 (.94)	.42 (.69)	
Family	.41 (.11)	.40 (.55)	$F_{AR(H)}(4, 57.2) = 1.81, p = .138$
	.45 (.6)	.41 (.65)	
	.44 (.9)	.44 (.66)	
	.39 (.55)	.41 (.6)	
	.38 (.57)	.38 (.43)	
	.38 (.34)	.41 (.56)	

Note. ACT = acceptance and commitment therapy; CBT = cognitive behavioural therapy; SD = standard deviation. $\alpha = .05$; Group x Time interaction tested by mixed lineal model, * $p < .05$. Compound symmetry (SC), Autoregressive (AR [1]).

follow up, ACT showed greater results than CBT in abstinence rates.

The reductions observed in drug abuse were corroborated in some of the ASI-6 measures, such as drugs, psychological and family areas. This result underlines the efficacy of contextual therapies like ACT in the treatment of addictive behaviors. To date, there are very few studies comparing CBT and ACT programs in addictive disorders. Only two methodologically disparate works analyzed this topic, reporting contradictory results. Using a quasi-experimental design, Hernández-López et al. (2009) indicated that ACT improved the long-term percentages of abstinence obtained by tobacco consumers after a CBT program (48.1% vs. 17.2 %, ACT and CBT, respectively). In contrast, in a RCT, Smout et al. (2010) reported no differences in the efficacy of both interventions for meta-amphetamine consumers. The study presented herein adds a new datum to the studies that compare the treatments, underlining the use of ACT as a therapeutic alternative that is feasible for incarcerated female drug addicts.

The scores on anxiety sensitivity and acceptance differently as a function of the treatment received. In CBT group, reductions were observed in the levels of anxiety sensitivity at post-treatment and at 12- and 18-month follow-up. Contrarily, people who received ACT only presented decreases in the ASI cognitive subscale at 18-month follow-up. In our opinion, the explanation for these discrepant findings might be explored in the context that promoted lower anxiety levels. In fact, at 12- and 18-month follow-up, 45.5% and 50% of the CBT participants were released from prison (versus 33.3% and 38.5% in ACT group). Probably, the sensitivity anxiety levels decreased as a consequence of the participants' new situation, that is, the return to usual social environment.

On the other hand, people who received ACT only presented decreases in the cognitive subscale at 18-months. In any event, the decreases observed in this cognitive area of anxiety sensitivity would prove that the specific dimensions of the scale (i.e., thoughts about consumption) could play a role in the emergence of other problematic

Table 5 Comparisons over time in Anxiety Sensitivity Index and Acceptance and Action Questionnaire-II outcome measures.

Dependent variable	ACT		CBT		Group x Time Interaction test
	M (SD)		M (SD)		
	pre		pre		
	post		post		
	6-m		6-m		
	12-m		12-m		
	18-m		18-m		
ASI Total	21.11 (14.8)		31.2 (17.4)		$F_{AR}(4, 69.2) = 2.059, p = .096$
	21.11 (14.8)		18.1 (13.7)		
	16.3 (12.8)		21.8 (18.9)		
	15.2 (12.9)		16.1 (9.8)		
	14.3 (12.6)		12.7 (8.3)		
ASI Somatic	9.4 (8)		12.8 (7.5)		$F_{AR}(4, 105.2) = 1.95, p = .107$
	9.17 (7.8)		7.32 (7.4)		
	7.5 (7.2)		9.75 (8.8)		
	6.7 (7.7)		7 (5.7)		
	6.4 (7.2)		4.5 (4.2)		
ASI Cognitive	8.22 (6.2)		9.74 (7.21)		$F_{AR(H)}(4, 70.2) = .984, p = .422$
	5.61 (5.38)		4.47 (5.42)		
	4.36 (4.63)		5.88 (6.77)		
	4 (3.72)		3.82 (3.8)		
	2.71 (3.7)		2.8 (2.93)		
ASI Social	5.33 (3.86)		8.68 (4.4)		$F_{AR(H)}(4, 52.8) = 1.46, p = .225$
	6.33 (3.8)		6.26 (3.7)		
	6.79 (7.42)		6.25 (4.8)		
	4.46 (2.6)		5.27 (2.7)		
	5.21 (3.37)		5.4 (3.6)		
AAQ-II	33.33 (17.31)		33.26 (13.2)		$F_{SC}(4, 110.4) = .88, p = .478$
	47.61 (13.37)		45.26 (17.8)		
	53.71 (12.5)		42 (17.9)		
	51 (11)		45.82 (14.6)		
	49.21 (18)		46 (15.6)		

Note. ACT = acceptance and commitment therapy; CBT = cognitive behavioural therapy; SD = standard deviation; ASI = Anxiety sensitivity index; AAQ-II = Acceptance and action questionnaire. $\alpha = .05$. Group x Time interaction tested by mixed lineal model, $*p < .05$. Compound symmetry (SC), Autoregressive (AR [1]), Autoregressive -heterogeneity- (ARH [1]).

Table 6 Mental disorders others than drug abuse (MINI).

	Pre (%)	Post (%)	6-m (%)	12-m (%)	18-m (%)	Q1
ACT <i>n</i> = 12	77.8	61.1	42.9	38.5	21.4	PD [10.15(4); $p = .038$] GAD [9.86(4); $p = .043$]
CBT <i>n</i> = 9	73.7	57.9	50	18.2	50	

Note. ACT = acceptance and commitment therapy; CBT = cognitive behavioral therapy; PD = panic disorder; GAD = generalized anxiety disorder. $\alpha = .05$. Q^1 = Cochran statistic (*df*); $*p < .05$.

behaviors (Berman, Wheaton, McGrath, & Abramowitz, 2010; Kämpfe et al., 2012). Such would be the case of experiential avoidance. We similarly interpret the results referring to acceptance of distress. Levels of acceptance increased across all the assessments only in the ACT group,

suggesting that the participants learned to distance themselves from the unpleasant effects of abstinence and they expanded their behavioral repertory.

According to the predictions of ACT, the reductions observed in experiential avoidance would also improve

psychological well-being. At 6-months, of the initial 77.8% of the participants who met the DSM-IV-TR criteria for the disorders assessed, only 42.9% still had the same status. At the 18-month, only 21.4% from ACT presented associated mental disorders. Then, experiential avoidance would be the process underlying a broad range of topographically dissimilar disorders (Clarke et al., 2012). In the context of psychological problems and as an alternative to hiperreflexivity (Pérez-Álvarez, 2012a), ACT proposes psychological acceptance, clarifying values and commitment with the action. The work carried out in the sessions, mainly based on the clarification of these values and on defusion cognitive tasks, promoted psychological flexibility and hence, had a large impact on the participants' dual diagnostic profile. After all, ACT is a treatment focused in general therapeutic principles more than in specific techniques. As well as providing a transdiagnostic alternative, ACT attempt to refute the fallacy which consists on thinking that, in Psychology, each "unbalanced behavior" must be treated with a specific technique.

On the other hand, reports about the prior treatments received revealed that a large percentage of participants (ACT: 61.1%; CBT: 73.7%) had undergone detoxification programs before entering prison. Generally, these programs were conducted in therapeutic communities with a CBT orientation. Previous studies have shown that people with multiple therapeutic failures do not always manage to benefit from CBT treatment. This has been documented in patients with generalized anxiety disorder (Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002) and major depressive disorder (Dimidjian et al., 2006). In contrast, the fact that the reductions in key measures were maintained or even emerged at long-term, replicates the incubation pattern reported in other studies of ACT (Clarke et al., 2012; Gifford et al., 2011; Hayes et al., 2004b).

Therefore, one of the first conclusions we can reach from our study is that, in incarcerated women, ACT can now play a role in the treatment of drug abuse and co-occurring disorders. The therapies were programmed and the differential therapeutic relationships were built taking into account this environment, which was the same for all the participants. The penitentiary context is a rigid and inflexible environment with its own rules and values. This setting was the ideal scenario to test both interventions. Focusing on personal values, the main goal in ACT was to resettle the participants in their unavoidable circumstances (including the prison context itself), and to promote their acceptance. It was during this process that the participants proposed themselves to cease consumption only as a necessary step. This is the strength of ACT. ACT is about change and acceptance at the same time (Eifert & Forsyth, 2005). In contrast to ACT, the CBT protocol focuses on learning behavioral chains that predispose one to consumption, on treating negative moods that act as triggers, and on relapse prevention. However, the consolidation of these learning seems a difficult task if the therapies don't re-contextualize the observed problem. A way to do it could be encouraging the work in valued actions, reinforcing behaviors-congruent living and minimizing the therapist-patient hierarchy. In the prison setting, perhaps this kind of protocol could benefit from including defusing tasks. These disentanglement cognitive

tasks can help clients to maintain the healthy behaviors learned, even in the presence of the barrier of the prison.

These results were obtained independently of a large number of circumstances that initially seemed to predict failure. Among others, participants' chronicity and polyconsumption; loss of subjects due to transfer to other penitentiaries; some methodological problems (small sample, lack of a therapists' adherence measure). In fact, due to the small sample size, more research is needed to clarify whether the results obtained are only applicable to the studied population, the setting in which treatments were administered, or the design and execution of both programs.

Concluding, we can state that the hypotheses of the study were confirmed. Both groups reduced their drug use, anxiety sensitivity, and the composite score of the ASI-6, and they increased their psychological flexibility. On the other hand, as expected, the ACT condition maintained the improvements obtained at the long-term compared with the CBT condition, which was more irregular in maintaining the gains observed. Hence, ACT seems an adequate treatment option for addictions and co-occurring disorders of incarcerated females. Future research could consider including some ACT components in CBT protocols in order to corroborate these results.

Funding

This study was financed by the Trust for the Promotion of Scientific Applied Research and Technology in Asturias (FICYT) (Ref. BP09-030).

References

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arch, J., Eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. P., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 750-765.
- Barraca, J. (2004). Spanish adaptation of the Acceptance and Action Questionnaire. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 4*, 505-515.
- Berman, N. C., Wheaton, M. G., McGrath, P., & Abramowitz, J. S. (2010). Predicting anxiety: The role of experiential avoidance and anxiety sensitivity. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 109-113.
- Bobes, J., Bascarán, M. T., Bobes-Bascarán, M. T., Carballo, J. L., Díaz-Mesa, E. M., Flórez, G., García-Portilla, M. P., & Sáiz, P. A. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Borkovec, T. D., Newman, N. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 288-298.
- Clarke, S., Kingston, J., Wilson, K. G., Bolderston, H., & Remington, B. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for a heterogeneous group of treatment-resistant clients: A treatment development study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 560-572.

- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 658-670.
- Eifert, G. H., & Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: A practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Ferrando, L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L., & Gibert, J. (2000). *Mini International Neuropsychiatric Interview. Spanish version 5.0. DSM-IV*. Madrid: Institute IAP.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. M., Antonuccio, D. O., & Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of Functional Analytic Psychotherapy and Acceptance and Commitment Therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy, 42*, 700-715.
- Hartley, J. (2012). New ways of making academic articles easier to read. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*, 143-160.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy, 44*, 180-198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behavioral Research and Therapy, 44*, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M., A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004a). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record, 54*, 553-578.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M., & Gregg, J. (2004b). A preliminary trial of twelve-step facilitation and acceptance and commitment therapy with polysubstance-abusing methadone-maintained opiate addicts. *Behavior Therapy, 35*, 667-688.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1-16.
- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales-Nieto, J. G., & 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.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2010). The empirical status of the "New wave" of CBT. *Psychiatric Clinics of North America, 33*, 701-710.
- Kämpfe, C. K., Gloster, A. T., Wittchen, H. U., Helbig-Lang, S., Lang, T., Gerlach, A. L., Richter, J., Alpers, G. W., Fehm, L., Kircher, T., Hamm, A. O., Ströle, A., & Deckert, J. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: Do both constructs measure the same? *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*, 5-22.
- Magill, M., & Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies in Alcohol and Drugs, 70*, 516-527.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., & O'Brien, C. P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abusers: The Addiction Severity Index. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 168*, 26-33.
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*, 527-544.
- Öst, L. G. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: A systematic review and meta-analysis. *Behavioral Research and Therapy, 46*, 296-321.
- Pérez-Álvarez, M. (2012a). *Las raíces de la psicopatología moderna: la melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Álvarez, M. (2012b). Third-Generation therapies: Achievements and challenges. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 12*, 291-310.
- Peterson, R. A., & Reiss, R. J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual* (2nd. ed.). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Powers, M. B., Zum, M. B., & Emmelkamp, P. M. (2009). Acceptance and commitment therapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy and Psychosomatics, 78*, 73-80.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2012). Acceptance-based behavior therapy in anxiety disorders. In C. Germer & R. D. Siegel (Eds.). *Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford.
- SAMHSA (2012). *Model Programs. Effective Substance Abuse and Mental Health Programs for Every*. Available from: <http://modelprograms.samhsa.gov> [retrieved 7 Oct 2013]
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M., Santed, M. A., & Lostao, L. (2004). Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 9*, 19-33.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. (1998). The MINI International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 22-33.
- Smout, M. F., Hayes, L., Atkins, P. W., Klausen, J., & Duguid, J. E. (2012). The empirically supported status of acceptance and commitment therapy: An update. *Clinical Psychologist, 16*, 97-109.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., & White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: A preliminary randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse, 31*, 98-107.
- Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K., Northrup, T. F., Moeller, F. G., & Schmitz, J. M. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence, 125*, 215-222.
- Villagrà, P., Fernández, P., Rodríguez, F., & González-Menéndez, A. (in press). Differential effectiveness of two substance abuse treatments in female offenders. *Journal of Clinical Psychology*.
- Zettle, R. D., Rains, J. C., & Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediational reanalysis of Zettle and Rains (1989). *Behavior Modification, 35*, 265-283.

Discusión

3.1. Perfil de la mujer drogodependiente encarcelada

En España y hasta la fecha, los estudios publicados con población femenina encarcelada son principalmente de carácter descriptivo y se limitan a ofrecer un perfil sociodemográfico de las mujeres. La escasa producción de trabajos en los que se analizan las características de la población femenina encarcelada, y en especial, la problemática del abuso de sustancias, ha sido motivación suficiente para acotar el primer subobjetivo de esta tesis doctoral, a saber, conocer el perfil sociodemográfico, adictivo, psicopatológico y delictivo de una muestra de mujeres en prisión y que ha sido descrito en el **estudio 2.3.1**.

En general, la mayoría de los resultados obtenidos coinciden con los aportados por la literatura internacional (Covington, 2007; Fogel y Belyea, 1999; Harris et al., 2003; Henderson, 1998; Zurhold y Haansen, 2005) y española (Castaño, 2012; Cervelló, 2006; Yagüe y Cabello, 2005). Así, se trata de una mujer relativamente joven (alrededor de 36 años) que cumple una condena media de 5 años por haber cometido delitos contra la propiedad y contra el orden socioeconómico. La mayoría (64.4%) presenta un trastorno por abuso de sustancias, con una larga historia de abuso de distintas drogas y un patrón de policonsumo (44.7%). Cabe mencionar el uso de heroína como sustancia principal en el 35.6% de las mujeres drogodependientes, y el inicio temprano en su consumo (en torno a los 18 años). Este dato tiene sentido en el contexto en el que se enmarca el comienzo del consumo de drogas de muchas de estas mujeres, la España de los años 80. En aquel momento, la “epidemia” de la heroína se unía a marginación y delincuencia (Plan Nacional sobre Drogas, 2007), pues la mayoría de mujeres ingresadas en cárceles españolas presenta una historia de discriminación social anterior al encarcelamiento. Aunque la generalización siempre tiende a uniformar la realidad de colectivos diversos, y en ocasiones puede ser imprecisa e incorrecta, en este caso

podríamos aventurar que el contexto común previo a estas mujeres ha sido el de una historia de vida compleja, carente de oportunidades y en muchos casos marginal.

El consumo de drogas, especialmente de heroína, no sólo se ha asociado a marginalidad y encarcelamiento, sino también a la presencia de otros problemas psicopatológicos comórbidos (Castaño, 2012; Cervelló, 2006; Covington, 2007). De hecho, nuestro estudio también advirtió de la presencia de un alto porcentaje de trastornos distintos al abuso de sustancias, mayoritariamente trastornos depresivos y de ansiedad. En concreto, el llamado *diagnóstico dual* se apreció en un 45.5% de la muestra analizada. Por otro lado y como era de esperar, fue en el grupo de mujeres consumidoras en el que se observaron más problemas psicopatológicos, peor salud física (por ej., VIH, hepatitis), mayor consumo de psicofármacos prescritos, y especialmente, la detección de una historia de abusos físicos/sexuales anterior al consumo de sustancias.

Con relación al análisis de la historia previa de abusos (físicos o sexuales) realizado en el **estudio 2.3.2.**, son destacables dos aspectos. El primero se refiere a la alta frecuencia de acontecimientos traumáticos autoinformados por los evaluados, en general, un 35% de abusos físicos y un 13,9% de abusos sexuales, y a la observación de que la conexión entre ambos fenómenos (abusos en la infancia y presencia de trastornos mentales) fue más fuerte en el sexo femenino. El segundo aspecto se refiere al análisis del papel explicativo de tales experiencias en el desarrollo de problemas psicopatológicos.

Como en trabajos previos, nuestros datos confirmaron que el hecho de haber sufrido algún tipo de abuso predijo el fenómeno conocido como diagnóstico dual (Messina et al., 2007; Silberman, 2010). Es más, los análisis de regresión ofrecieron

resultados diferenciales para hombres y mujeres. Las variables abusos físicos y número de sustancias de abuso resultaron predictores del diagnóstico dual en hombres. En el caso de las mujeres fueron las variables abusos sexuales y número de sustancias de abuso, las que se erigieron como predictoras del diagnóstico dual. Estudios previos (Gover, 2004, Messina et al., 2007; Silberman, 2010) que habían analizado la presencia de estas experiencias adversas en muestras penitenciarias concluyeron que, en efecto, estos eventos eran más comunes en mujeres que en hombres. También, que las consecuencias de estas vivencias no solían aparecer de forma inmediata, sino que el desarrollo de problemas psicopatológicos posteriores se explicaba, en buena parte, por el empleo de estrategias encaminadas a eliminar el sufrimiento generado por estos sucesos (por ej., consumiendo drogas) (Gover, 2004, Messina et al., 2007; Silberman, 2010).

Es de justicia señalar que, en nuestro estudio, no hemos podido contrastar con una fuente fiable (ej., denuncias, registros médicos, psicológicos, etc.) la veracidad de las respuestas afirmativa sobre experiencias traumáticas previas. Por tanto, no podemos descartar que la muestra refiera esas experiencias traumáticas como elementos que legitiman sus circunstancias actuales (encarcelamiento, problemas de consumo de drogas, etc.). Es decir, una posibilidad que no podemos descartar es el hecho de los internos entrevistados aprovechen la pregunta sobre posibles abusos previos como oportunidad para dar un sentido a las dificultades de su vida. De hecho, algunos autores han observado que muchas víctimas de abusos emplean su pasado como explicación causal de sus problemas actuales. Analizando a un grupo de personas con TUS que habían sufrido abusos en la infancia, Moncrieff, Drummond, Candy, Checinski y Farmer (1996) observaron que un alto porcentaje consideraba sin lugar a dudas que los

abusos anteriores habían contribuido a su iniciación en el uso de alcohol y drogas y utilizaban estos hechos para explicar su patrón de comportamiento adictivo.

Por otro lado, y al margen de la veracidad de las cifras de abuso informadas por los participantes, el mero hecho de vivenciar acontecimientos traumáticos no explica *per se* la emergencia de trastornos mentales. Pensamos, mejor, que son las conductas encaminadas a la evitación del malestar las que a nuestro juicio convierten los sucesos pasados en vivencias traumáticas, y desde ahí, las vivencias traumáticas en trastornos psicopatológicos. Por tanto, no se trataría tanto de contabilizar una sucesión de diagnósticos independientes, como sugiere el propio término de “diagnóstico dual”, sino de analizar las razones auténticas que subyacen a la emergencia de nuevos problemas (consumo de drogas, conducta delictiva...) y de nuevos diagnósticos.

En cualquier caso, con el propósito de recontextualizar el sufrimiento generado por las experiencias adversas, se implantaron y compararon dos protocolos de intervención adaptados para los problemas de abuso de sustancias, uno de ellos basado en la terapia de aceptación y compromiso, y el otro en un tratamiento cognitivo-conductual.

3.2. Eficacia diferencial y a largo plazo de los resultados de ACT vs. CBT frente a un grupo control en lista de espera.

El objetivo principal de esta tesis era evaluar la eficacia diferencial y a largo plazo (6, 12 y 18 meses) de ACT y CBT en el medio penitenciario en una muestra de mujeres con trastornos adictivos y otros trastornos psicopatológicos comórbidos. Los resultados obtenidos en esta investigación y que han sido publicados en los **artículos 2.3.3 y 2.3.4** permiten ampliar el conocimiento sobre la efectividad de las terapias psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. Al igual que investigaciones anteriores y bien diseñadas, en esta tesis se han tomado como indicadores de eficacia la abstinencia, la reducción de la gravedad de la adicción y de los niveles de sensibilidad a la ansiedad, el aumento de la flexibilidad psicológica, y la reducción de la psicopatología asociada al abuso de drogas. Más específicamente, los datos de abstinencia fueron registrados mediante auto-informes contrastados con tiras reactivas de drogas en orina. El protocolo de recogida de la orina se llevaba a cabo en un ambiente controlado y, con el fin de verificar la autenticidad de cada una de las muestras, con el acompañamiento de una funcionaria de prisiones.

Con relación a las **cifras de abstinencia**, los resultados mostraron que tras 16 sesiones de tratamiento psicológico los porcentajes registrados de cese en el consumo de drogas fueron aceptables (27.8% en ACT y 15.8% en CBT), aunque los efectos de ambas intervenciones se hicieron más evidentes al cabo de 6 meses de finalizada la intervención. De hecho el 43.8% de participantes del grupo ACT se mantenían abstinentes a los 6 meses, frente 26.7% de participantes en el grupo CBT.

En general, al comparar los porcentajes de abstinencia observados tras el tratamiento con los publicados en investigaciones previas, encontramos resultados

discrepantes. Gifford et al., (2004), Hayes et al., (2004), Stotts et al., (2012) y Smout et al., (2010) informaron de cifras de abstinencia entre el 33% y el 52% después de administrar un protocolo ACT. Estudios que examinaron protocolos CBT (Magil y Ray, 2009; Smout et al., 2010; Zlotnick et al., 2003) informaron de tasas de abstinencia incluso más amplias para quienes recibieron protocolos de corte cognitivo-conductual, entre el 40% y el 71%.

En el caso de ACT, tal vez dichas discrepancias se deban a diferencias metodológicas entre nuestro estudio y los mencionados. Ninguno de los trabajos se realizó en un contexto penitenciario, sino que se llevaron a cabo en contextos ambulatorios.

Por el contrario, en el caso de CBT, tal vez la discrepancia se deba a que la terapia CBT sea una intervención directiva centrada en el objetivo último de la abstinencia de drogas, en cierta manera reforzado e instigado por el tratamiento, lo que pudo haber generado reticencias iniciales entre las participantes. Contrariamente, ACT es un tratamiento basado en valores personales, y el cese en el consumo de drogas se planteó como una elección de las participantes bajo el compromiso de actuar en dirección a sus valores.

Por otro lado, aunque en el grupo control no se había dado ninguna pauta para dejar de consumir, el 18.2% de las mujeres de este grupo lograron permanecer abstinentes en la evaluación a los 6 meses. A consecuencia sin duda de la participación de muchas de las mujeres del módulo en los grupos de tratamiento, consideramos que han debido generarse algunos cambios ambientales importantes, como la menor disponibilidad de drogas dentro del medio penitenciario. Como se sabe, el tráfico de drogas en prisión no es sólo una actividad empleada para financiar el consumo propio,

sino que proporciona otros beneficios (por ej., económicos, estatus social, etc.) para el interno que lo realiza. El inicio e implantación en el módulo de un proceso terapéutico supuso, para muchas de estas mujeres, romper con algunos de estos roles “carcelarios” e implicó el compromiso de actuar conforme a unas normas intrínsecas a la propia terapia, como fue alejarse de las actividades ilícitas. De esta manera, las mujeres que recibían tratamiento comenzaron a desligarse de esas actividades anteriores, a buscar nuevas compañías y a poner en práctica los nuevos aprendizajes que cada intervención producía. Todo ello se daba en el contexto de un módulo de convivencia donde cohabitaban mujeres que intentaban cesar el consumo y mujeres que continuaban consumiendo, por lo que aparecieron, en este sentido, nuevos modelos de conducta a seguir.

A continuación comentamos y discutimos los resultados de la **comparación de los tratamientos activos en los distintos momentos de su evaluación**. Lo hacemos así porque ya en la evaluación a los 12 meses se observó una importante pérdida de participantes del grupo control (tan solo 8 mujeres de las 13 iniciales completaron todos los seguimientos), lo que impidió observar la evolución del mismo y realizar más contrastes entre este grupo y los grupos experimentales.

Como señalamos, los efectos más evidentes sobre la variable abstinencia no fueron observados inmediatamente después de la intervención. De hecho no han podido documentarse diferencias entre los grupos ACT y CBT en la evaluación post-tratamiento, mientras que sorprendentemente, se han producido aumentos progresivos en las tasas de abstinencia de todas las participantes a lo largo de las evaluaciones de seguimiento, y de manera especial en quienes recibieron ACT. Este incremento más acusado para la condición ACT frente a la CBT al cabo de un año y medio, marcó las diferencias entre ambos protocolos a favor del grupo ACT.

Todo lo cual sugiere que el beneficio terapéutico de la ACT, lejos de manifestarse plenamente y de manera inmediata, se observa progresivamente a medida que avanza el tiempo. Antes que nosotros diferentes autores han constatado este efecto beneficioso de la ACT según avanzan las evaluaciones (Gifford et al., 2004; Hayes et al., 2004; Lundgren, Dahl, Melin y Kies, 2007), hasta el punto que Clarke et al. (2012) llegaron a definirlo como el “patrón de incubación” característico de la terapia. Por tanto, de acuerdo a los resultados de abstinencia observados en nuestro estudio, podemos afirmar que dicho patrón de incubación ha sido replicado en una muestra de mujeres encarceladas. No resulta difícil entender las razones de este efecto. Los cambios producidos en quienes recibieron ACT ocurrieron a partir de la resolución de un conflicto en el cual las participantes debían comprometerse con una de las alternativas en juego (sus propios valores) y aceptar las consecuencias ligadas a su elección. Al comienzo del tratamiento teníamos un grupo de mujeres que evitaban a toda costa elegir entre dos alternativas, a saber, tener la vida que realmente desean a pesar del malestar que conlleva hacerlo así, o vivir evitando el sufrimiento pero alejadas de lo que se quiere. El trabajo en ACT no consiste en proveer a los clientes de simples estrategias para manejar los problemas, sino que les invita a vivir una vida en un sentido valioso, y para ello, es necesario exponerse a eventos privados experimentados como aversivos. Este proceso de autoexposición continuo genera unas ganancias terapéuticas que definitivamente aparecen más allá de finalizar la intervención.

Las reducciones observadas en el consumo de drogas se corroboraron también en algunas de las áreas de gravedad de la adicción evaluada mediante el ASI-6, a saber, en las áreas drogas y alcohol, psicológica y familia. Así, aunque la comparación entre los tratamientos activos a lo largo de las evaluaciones de seguimiento no mostró diferencias constatables, tanto a los 12 como a los 18 meses si pudieron documentarse

efectos terapéuticos positivos en quienes recibieron ACT. En concreto, se observaron reducciones desde las puntuaciones iniciales en las áreas Drogas, a partir de los 6 meses; Familiar, a partir de los 12 meses; y Psicológica, al cabo de 18 meses. Ninguno de tales cambios se observó en quienes recibieron CBT. Es decir, el cese en el consumo de drogas se tradujo no sólo en un incremento de la salud psicológica, que implicó asimismo una reducción en el consumo de psicofármacos prescritos, sino que repercutió también el contexto familiar de las participantes. Un resultado que plantea cómo el tratamiento ACT, al reducir la necesidad de evitar sentimientos y pensamientos dolorosos, enseña a las personas a vivir con la ansiedad, el dolor y el malestar necesario para alcanzar algo profundamente valioso. En este sentido, la trayectoria de ese valor implica que nunca se llegará a terminar, y la conciencia de ese valor permitirá un recorrido coherente. Dicho de otro modo, el valor dirige el viaje, pero es el viaje lo que importa en última instancia (Hayes, 2007). Por ejemplo, si las participantes revelaban el deseo de ser una buena madre, en este acto de valoración ya se estaba tomando una dirección para actuar.

Los hallazgos observados respecto a las puntuaciones de sensibilidad a la ansiedad (ASI) fueron diferentes a los esperados. En general, las puntuaciones iniciales mostraron una alta predisposición al miedo a la ansiedad, que tras 16 sesiones de tratamiento se redujeron de forma muy evidente en quienes recibieron CBT. De hecho, al comparar los tratamientos activos al finalizar la intervención, se documentó una ventaja terapéutica de CBT sobre ACT. No obstante, esta superioridad de un tratamiento frente al otro no logró mantenerse en evaluaciones posteriores. De todos modos, al analizar el efecto positivo de cada terapia se observó que el grupo CBT recuperó las ganancias terapéuticas observadas tras la intervención al cabo de 12 meses y se mantuvieron en la evaluación de 18 meses. Sorprendentemente, en el caso del

tratamiento ACT, el efecto positivo de esta terapia solo fue documentado en la subescala cognitiva y al cabo de 18 meses.

En este sentido, y de acuerdo a nuestros datos, parece efectivamente que la terapia CBT logra reducir de forma inmediata los niveles de sensibilidad a la ansiedad, o si se prefiere, la reflexividad excesiva de los síntomas de ansiedad (Pérez Álvarez, 2008). Sin embargo, también presentó una dificultad para mantener esas ganancias terapéuticas a lo largo del tiempo. Por otro lado, parece que sin hacerlo explícitamente, ACT planteó mediante la aceptación una exposición más radical que las terapias tradicionales de corte cognitivo-conductual. Mientras que abrirse a los eventos privados implicó una exposición a estímulos externos e internos con el propósito de cambiar su función (Carrascoso, 1999; McCracken y Zhao-O'Brien, 2009), las intervenciones cognitivo-conductuales parece que limitan tal exposición, alentando por un lado exposiciones a la estimulación externa, pero planteando estrategias como la parada de pensamiento o la modificación de creencias que son, en definitiva, conductas de evitación (Knipping y Blecourt, 1991). En cualquier caso, los descensos observados en la subescala cognitiva de la sensibilidad a la ansiedad, vendrían a demostrar que dimensiones específicas de esta (pensamientos sobre consumo, por ej.) podrían participar en la emergencia de otras conductas problemáticas (Hayes et al., 1999). De acuerdo a estudios previos, se ha sugerido que la sensibilidad a la ansiedad podría operar como un factor psicopatológico de vulnerabilidad. De hecho, algunos autores han demostrado la relación existente entre la sensibilidad a la ansiedad y diversos trastornos mentales, por ejemplo, el trastorno depresivo mayor (Tull, Gratz y Lacroce, 2006; Zinbarg, Brown, Barlow y Rapee, 2001), el TUS (Lejuez, Paulson, Daughters, Bornovalova y Zvolensky, 2006; Norton, 2001), y el trastorno de estrés post traumático (Elwood, Hahn, Olatunji y Williams, 2009; Naifeh, Tull y Gratz, 2012).

En esta misma línea interpretamos los cambios producidos en la flexibilidad psicológica evaluada mediante el instrumento AAQ-II. Al finalizar las intervenciones ambos tratamientos lograron importantes reducciones en los niveles de evitación experiencial, que en general, también fueron más evidentes al cabo de 6 meses. Respecto a la comparación de los protocolos, se manifestó una ventaja terapéutica de ACT sobre CBT al cabo de 6 meses, que sin embargo, se desvaneció en las evaluaciones sucesivas (12 y 18 meses), debido en buena parte a que a partir de los 6 meses las puntuaciones se estabilizaron para quienes recibieron ACT. No obstante, se pudo contemplar un efecto positivo de la terapia ACT desde la evaluación inicial a lo largo de todas las evaluaciones hasta los 18 meses y desde la evaluación inicial al post tratamiento también en quienes recibieron CBT.

De acuerdo en buena parte a las predicciones de ACT, las reducciones observadas en inflexibilidad psicológica permitieron observar una mejora a lo largo del tiempo en el estado psicopatológico. Tales reducciones solo lograron documentarse en quienes recibieron ACT. De hecho, el porcentaje de psicopatología observado inicialmente en este grupo fue del 77.8%, con predominio de trastornos de depresión y de ansiedad. Estos porcentajes de psicopatología asociada se fueron reduciendo gradualmente a lo largo de las evaluaciones de seguimiento, hasta llegar a observar, al cabo de 18 meses, que tan sólo el 21.4% de las mujeres de este grupo presentaba trastornos comórbidos. Muy diferente fue la evolución del grupo CBT respecto a los porcentajes de psicopatología asociada al TUS. Aunque las cifras de pre-tratamiento fueron similares (el 73.7% de mujeres del grupo CBT presentaba trastornos asociados), su evolución fue un tanto caótica (50% y 18.2%, a los 6 y 12 meses respectivamente), para concluir, al cabo de 18 meses, con un 50% de mujeres que seguían presentando diagnóstico dual.

A este respecto, los datos de estudios previos señalaron que una gran parte de mujeres encarceladas con TUS cumple criterios diagnósticos para otro trastorno mental (James y Glaze, 2006), y apuntaron también que los trastornos con mayor prevalencia eran la depresión, el trastorno por estrés postraumático, los trastornos de ansiedad, y los trastornos de personalidad (Bloom y Covington, 2008). En este sentido, nuestros datos concuerdan con los observados por otros autores. En concreto, al inicio se observaron importantes porcentajes de mujeres con depresión (56.8%), trastorno de ansiedad generalizada (37.8%), trastorno de angustia (32.4%) y trastorno de personalidad antisocial (55.5%). Sin embargo, y al contrario que en otros estudios (Johnson et al., 2006; Flynn y Brown, 2008) no se documentó la presencia del trastorno de estrés postraumático, pese a las circunstancias adversas que en la muestra se habían registrado (larga historia de consumo de drogas, abusos físicos y sexuales, etc.). Esto sugiere evidentes diferencias entre las muestras de participantes. Podríamos decir que una de las principales razones que explica la menor prevalencia del trastorno son las diferencias culturales entre las muestras americanas y españolas. Debido en buena parte a esta variable cultural, en este estudio hemos podido observar que entre las mujeres españolas encarceladas existe una marcada tendencia hacia la depresión y los trastornos de ansiedad. De hecho, González-Pardo y Pérez-Álvarez (2007) defienden que los llamados “trastornos mentales” son entidades construidas de carácter histórico-social. La cuestión es que la gente ha aprendido a plantear sus problemas en términos de depresión, siendo esta una experiencia humana básica con funciones adaptativas, y sin embargo, ha adquirido connotaciones negativas debido a la intolerancia para todo lo que suponga bajo humor y tristeza, como si la condición natural fuera la “euforia perpetua”.

Por último, los informes sobre los tratamientos previos recibidos reveló que un elevado porcentaje (ACT: 61.1%; CBT: 73.7%) había realizado programas de

deshabitación anteriores al ingreso en prisión. Generalmente, fueron programas de orientación cognitivo-conductual. Sin embargo, la evidencia procedente de ensayos clínicos también demuestra que un porcentaje de clientes no obtienen mejorías clínicamente significativas con estas intervenciones, y que son muchos los que continúan experimentando síntomas, lo que les hace, en general, resistentes al tratamiento. Por ejemplo, entre un 30 y 60% de los clientes no consiguen beneficios de la administración de CBT para el tratamiento del trastorno de ansiedad generalizada (Borkovec, Newman, Pincus y Lytle, 2002), del trastorno depresivo mayor (De Rubeis et al, 2005; Dimidjian et al, 2006), de la bulimia nerviosa (Wilson, Fairburn y Agras, 1997) y de síntomas mixtos (Westbrook y Kirk, 2005).

En definitiva, el tratamiento CBT administrado en esta investigación implicó y comprometió a las participantes en conductas alternativas al consumo al tiempo que se les enseñó a rechazar (evitar, reducir, eliminar) sus estados internos. En ocasiones, los intentos de eliminación de las cogniciones redundan en una mayor presencia de las mismas, una paradoja que explica bien cómo la solución termina convirtiéndose en un problema. El caso es que la CBT parte de una concepción molecular del sufrimiento humano y deja a un lado, en ocasiones, el contexto macrosocial que envuelve los problemas psicológicos. En este sentido, centrar el foco de atención en el consumo de sustancias segmentándolo de la experiencia global de la persona podría resultar insuficiente. El trabajo sesión a sesión propuesto por el tratamiento CBT se fundamentó en la identificación de los antecedentes de consumo (pensamientos, emociones), en el establecimiento de pensamientos alternativos para disminuir la probabilidad del mismo y en el aprendizaje de conductas nuevas. Puede ser que algunas de estas estrategias, en el contexto intrapenitenciario, enseñen a las mujeres nuevas luchas contra sus

emociones y pensamientos indeseados, y que en última instancia no dejan de generar funciones equivalentes a la evitación.

Estos resultados han sido obtenidos independientemente de un buen número de circunstancias que en principio parecían contrarias al éxito. De hecho, debido al pequeño tamaño muestral empleado, aún se necesita más investigación para aclarar si los resultados obtenidos son sólo aplicables a la población estudiada, al contexto en el que se administraron los tratamientos, o al diseño y ejecución de ambos programas.

Para finalizar, el contexto penitenciario, un ambiente poco investigado y con normas a menudo rígidas e inflexibles, ha sido el escenario ideal para poner a prueba ambas intervenciones. En este ámbito, la administración de terapias como ACT es una alternativa viable para el tratamiento del abuso de drogas y otros problemas psicológicos. Estamos, al fin y al cabo, ante una muestra sumamente compleja: mujeres que viven en el contexto social de una prisión y que tienen una larga historia de fracasos en sus contextos personales, familiares e incluso terapéuticos. Sobre este ambiente se programaron las terapias y se construyeron relaciones terapéuticas diferenciales. Ahí ha radicado, a nuestro juicio, la fortaleza de ACT. No olvidemos que ACT es un tratamiento centrado en principios terapéuticos generales más que en técnicas específicas, y que no persigue la desaparición de los síntomas, sino que procura mostrar cómo muchas de las estrategias empleadas por los clientes cumplen la función contraria a la esperada (Hayes et al., 2004). Tal vez por primera vez en su vida, ACT ha enseñado a estas mujeres a articular y activar su propia vida distanciándose un poco del contexto social que las rodea.

3.3. Limitaciones

Algunas de las limitaciones de este estudio fueron:

- 1) El tamaño reducido de la muestra dificulta la observación de más diferencias entre los distintos tratamientos y reduce la generalización de resultados. Pese a que la asignación aleatoria de las participantes a los grupos han sido un punto fuerte de la investigación, estos resultados han de confirmarse en estudios que incluyan un mayor número de participantes.
- 2) La muerte experimental observada dificulta también la generalización de resultados. Aunque esta es una limitación inherente al contexto penitenciario, solo el 66.7% de las participantes de ACT y el 47.4% del grupo CBT completaron todas las evaluaciones de seguimiento.
- 3) Por último, las terapeutas no fueron ciegas al estudio y no se dispone de una medida de adherencia al tratamiento, lo que podría haber introducido algunos sesgos.

Conclusiones

Las principales conclusiones de esta tesis pueden resumirse en las siguientes:

- 1) En el C.P. de Villabona, el perfil de mujer encarcelada con problemas de drogodependencia es complejo y abigarrado. La mayoría son mujeres policonsumidoras, con un alto porcentaje de trastornos psicológicos distintos al abuso de sustancias (depresión, ansiedad y personalidad antisocial), con problemas de salud física, escaso apoyo social y múltiples fracasos en su historia personal. El 45.5% presenta un diagnóstico dual.
- 2) En su historia pasada se advierte asimismo un alto porcentaje de abusos físicos y sexuales auto-informados. Al margen de la veracidad de las cifras de abusos informados, se revela el papel predictivo de estas variables en la presencia del diagnóstico dual.
- 3) Tanto la terapia cognitivo-conductual como la terapia de aceptación y compromiso consiguen reducir las cifras de consumo de sustancias tras 16 semanas de intervención. Además, el efecto positivo de ambos tratamientos fue más acusado a medida que avanzaba el tiempo y, más evidente para quienes recibieron terapia de aceptación y compromiso.
- 4) Ambos tratamientos también repercutieron positivamente en varias áreas de la gravedad a la adicción, en las puntuaciones de la sensibilidad a la ansiedad y en flexibilidad psicológica, especialmente en quienes recibieron ACT.
- 5) A lo largo del tiempo se observó una importante reducción en los porcentajes de psicopatología asociada (especialmente en los

diagnósticos de depresión y en los trastornos ansiedad) a favor del grupo que recibió ACT.

- 6) A largo plazo, ACT fue superior al tratamiento CBT en el tratamiento de los trastornos adictivos. Asimismo, el efecto de incubación documentado en estudios previos se replica de nuevo en esta investigación.

Referencias

- Arch, J., y Craske, M. (2008). Acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: different treatments, similar mechanisms? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, 263-279.
- 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, 246-262.
- Beck, A. T. (1970). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, J., Shaw, B., y Emery, G. (1979). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. España: Desclée De Brouwer.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., y Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Boyd, C., Guthrie, B., Pohl, J., Whitmarsh, J., y Henderson, D. (1994). African-American women who smoke crack: Sexual trauma and the mother-daughter relationship. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 243-247.
- Borkovec, T. D., Newman, N. G., Pincus, A. L., y Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Brewer, J. A., Mallik, S., Babuscio, T. A., Nich, C., Johnson, H. E., Deleone, C. M., Minnix-Cotton, C. A., Byrne, S. A., Kober, H., Weinstein, A., Carroll, K. A., y Rounsaville, B. J. (2009). Mindfulness training for smoking cessation: Results from a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 119, 72-80.

- Bloom, B., Owen, B., y Covington, S. (2004). Women offenders and gendered effects of public policy. *Review of Policy Research*, 21, 31-48.
- Brugha, T., Singleton, N., Meltzer, H., Bebbington, P., Farrell, M., Jenkins, R., Coid, J., Fryers, T., Melzer, D., y Lewis, G. (2005). Psychosis in the community and in prisons: A report from the British National Survey of Psychiatric Morbidity. *American Journal of Psychiatry* 162, 774-780.
- Calvo-Estopiñán, P., Soler-González, C., Día-Sahún, J. L., y Ventura-Faci, T. (2008). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes ingresados por el Servicio de Psiquiatría en el Módulo Penitenciario del H.U.M.S. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, 10, 69-72.
- Carrascoso, F. J. (1999) Terapia de Aceptacion y Compromiso (ACT) en el trastorno de angustia con agorafobia: un estudio de caso. *Psicothema*, 11, 1-12.
- Carroll, K. M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., y Gordon, L. T. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.
- Carroll, K., Sholomskas, D., Syracuse, G., Ball, S. A., Nuro, K., y Fenton, L. R. (2005). We don't train in vain: A dissemination trial of three strategies of training clinicians in cognitive behavioural therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 106-115.

- Casares, M. J., González, A., Villagrà, P., Hoffman, S., y Reinhard, E. (2011). Patología dual y trastornos mentales en reclusos consumidores de sustancias. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16, 135-144.
- Castaño, V. (2012). *Las hermanas caídas: Roles de género en consumo de alcohol y drogas en mujeres presas*. Fundación Atenea: Madrid.
- Cervelló, V. (2006). Las prisiones de mujeres desde una perspectiva de género. *Revista General de Derecho Penal*, 5, 1-22.
- Chawla, N., y Ostafin, B. D. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 871-890.
- Chesney-Lind, M., (1997). *The female offender: Girls, women and crime*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Clarke, S., Kingston, J., Wilson, K. G., Bolderston, H., y Remington, B. (2012). Acceptance and Commitment Therapy for a heterogeneous group of treatment-resistant clients: A treatment development study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 560-572.
- Covington, S. S. (2007). Women and the Criminal Justice System. *Women's Health Issues*, 17, 180-182.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2006) y (2011). *Encuesta sobre Salud y Consumo de drogas a los Internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP)*. Plan Nacional sobre Drogas: Madrid. Referencia en Internet: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/>

- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L., y Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., y Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Elwood, L. S., Hahn, K. S., Olatunji, B. O., y Williams, N. L. (2009). Cognitive vulnerabilities to the development of PTSD: A review of four vulnerabilities and the proposal of an integrative vulnerability model. *Clinical Psychology Review*, 29, 87-100.
- Freudenberg, N. (2002). Adverse effects of U.S. jail and prison policies on the health and well-being of women of color. *American Journal of Public Health* 92, 1895-1899.
- Fogel, C. I., y Belyea, M. (1999). The lives of incarcerated women: violence, substance abuse and at risk for HIV. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 19, 66-74.
- Gacono, C. B., Nieberding, R., Owen, A., Rubel, J., y Bodholdt, R. (2001). Treating juvenile and adult offenders with conduct-disorder, antisocial, and psychopathic personalities. In J. Ashford, B. Sales, & W. Reid (Eds.), *Treating adult and*

juvenile offenders with special needs (pp. 99–129), Washington, DC: American Psychological Association.

García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Hermida, J. R., y Fernández-Artamendi, S. (2010). Tratamiento de la adicción a la cocaína mediante terapia de incentivos. *Trastornos Adictivos*, *12*, 149-153.

García-Fernández, G., Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Sánchez-Hervás, E., Fernández-Hermida, J. R., y Higgins, S. T. (2011). Adding voucher-based incentives to CRA improves outcomes during treatment for cocaine dependence. *The American Journal on Addictions*, *20*, 456-461.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio D. O., y Palm, K. M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, *35*, 689-705.

Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Pierson, H. M., Piasecki, M. P., Antonuccio D. O., y Palm, K. M. (2011). Does acceptance and relationship focused behavior therapy contribute to bupropion outcomes? A randomized controlled trial of functional analytic psychotherapy and acceptance and commitment therapy for smoking cessation. *Behavior Therapy*, *42*, 700-715.

Greenfield, S. F., Trucco, E. M., McHugh, R. K., Lincoln, M., y Gallop, R. J. (2007). The Women's Recovery Group Study: A stage I trial of women-focused group therapy for substance use versus mixed-gender group drug counseling. *Drug and Alcohol Dependence*, *90*, 39-47.

- González-Pardo, H., y Pérez-Álvarez, M. (2007). *La invención de los trastornos mentales. ¿Escuchando al fármaco o al paciente?* Madrid: Editorial Alianza.
- Gover, A. R. (2004). Childhood sexual abuse, gender, and depression among incarcerated youth. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 48, 683-96.
- Gutiérrez O., Luciano, C., Rodríguez, M., y Fink, B. C. (2004). Comparison between an acceptance-based and a cognitive-control-based protocol for coping with pain. *Behavior Therapy*, 35, 767-783.
- Haas, A. L., y Peters, R. H. (2001). Development of substance abuse problems among drug-involved offenders: evidence for the telescoping effect. *Journal of Substance Abuse*, 13, 241-253.
- Hall, E. A., Prendergast, M. L., Wellisch, J., Patten, M., y Cao, Y. (2004). Treating drug-abusing women prisoners: An outcomes evaluation of the Forever Free program. *Prison Journal*, 84, 81-105.
- Harris, R. M., Sharps, P. W., Allen, K., Anderson, E. H., Soeken, K., y Rohatas, A. (2003). The Interrelations between Violence, HIV/AIDS, and Drug Use in Incarcerated Women. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 14, 27-40.
- Hayes, S. C. (1987). A contextual approach to therapeutic change. In N Jacobson (Ed.), *Psychotherapists in clinical practice: Cognitive and behavioral perspectives* (pp. 327-387). New York: Guilford.

- Hayes, S. C. (1993). Analytic goals and the variety of scientific contextualism. In S.C. Hayes, L. J. Hayes, H. W. Reese, & T. R. Sarbin (Eds.), *Varieties of scientific contextualism* (pp. 11-27). Reno, NV: Context Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behaviour therapies. En S.C. Hayes, V.M. Follette y M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 1-29). Nueva York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2007). Hello darkness: Discovering our values by confronting our fears. *Psychotherapy Networker*, 31, 46-52.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory. A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic.
- Hayes, S. C., Hayes, L. J., y Reese, H. W. (1988). Finding the philosophical core: a review of Stephen C. Pepper's World Hypotheses. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 50, 91-111.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., y Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., y Lillis, J. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: model, processes and outcomes. *Behavioral Research and Therapy*, 44, 1-25.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Bissett, R., Piasecki, M., Batten, S. V., Byrd, M., y Gregg, J. (2004). A Preliminary Trial of Twelve-Step Facilitation and Acceptance and Commitment Therapy With Polysubstance-abusing Methadone-Maintained Opiate Addicts. *Behavior Therapy*, *35*, 667-688.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152-1168.
- 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.
- Henderson, D. J. (1998). Drug abuse and incarcerated women. A research review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *15*, 6, 579-587.
- Hernández-López, M., Luciano, M. C., Bricker, J. B., Roales- Nieto, J. G., 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.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., y Fang, A. (2010). The empirical status of the “New wave” of CBT. *Psychiatric Clinics of North America*, *33*, 701-710.

- Horowitz, M. J. (1991). Person schemas. In Horowitz, M.J. (ed.), *Person Schemas and Maladaptive Interpersonal Patterns*. Chicago: University of Chicago Press.
- James, D., y Glaze, L. (2006). Mental health problems of prisons and jail inmates. *Bureau of Justice Statistics*. Washington, DC.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, *9*, 1301-1320.
- Knipping, A. A., y Blécourt, A. C. (1991). Treatment of fibromyalgia with psychoeducation based on behavior therapy. (Mayo, 2009). Disponible en <http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/medicine/1995/a.c.e.de.blecourt/c15.pdf>.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., y Dougher, M. J. (1993). The dimensions of clinical behaviour analysis. *The Behavior Analyst*, *16*, 271-282.
- Lejuez, C. W., Paulson, A., Daughters, S. B., Bornovalova, M. A., y Zvolensky, M.J. (2006). The association between heroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behaviour Research and Therapy* *44*, 667-677.
- Levin, M. E., y Hayes, S. C. (2009). Is acceptance and commitment therapy superior to established treatment comparisons? *Psychotherapy and Psychosomatics*, *78*, 380.
- López, M. (2010). Intervención psicológica en un trastorno adictivo desde el paradigma conductista radical. *Health and Addictions*, *10*, 37-46.

- Luciano, M.C., Gómez, S., Hernández, M., y Cabello, F. (2001). Alcoholismo, Trastorno de Evitación y Terapia de Aceptación y Compromiso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 113, 333-372.
- Lundgren, T., Dahl, J., Melin, L., y Kies, B. (2006). Evaluation of acceptance and commitment therapy for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial in South Africa: A pilot study. *Epilepsy*, 47, 2173-2179.
- Magill, M., y Ray, L. A. (2009). Cognitive-behavioral treatment with adult alcohol and illicit drug users: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Studies in Alcohol and Drugs*, 70, 516-527.
- Marlatt, G. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guildford Press.
- Maude-Griffin, P. M., Hohenstein, J. M., Humfleet, G. L., Reilly, P. M., Tusel, D. J., y Hall, S. M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 832-837.
- Messina, N., Burdon, W., y Prendergast, M. (2006). Prison-based treatment for drug-dependent women offenders: treatment versus no treatment. *Journal of Psychoactive Drugs*, 3, 333-343.
- Messina, N., y Grella, C. (2006). Childhood trauma and women's health outcomes in a California prison population. *American Journal of Public Health*, 96, 1842-1848.

- Messina, N., Grella, C., Burdon, W., y Prendergast, M. (2007). Childhood adverse events and current traumatic distress: A comparison of men and women prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, *34*, 1385-1401.
- Messina, N., Grella, C. E., Cartier, J., y Torres, S. (2010). A randomized experimental study of gender-responsive substance abuse treatment for women in prison. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *38*, 97-107.
- McCracken, L. M., y Keogh, E. (2009). Acceptance, mindfulness, and values-based action may counteract fear and avoidance of emotions in chronic pain: an analysis of anxiety sensitivity. *The Journal of Pain*, *10*, 408-415.
- Miller, W., y Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford.
- Miranda, M. J., Barberet, R. M., Canteras, A., y Romero, E. (1998). *Análisis de la eficacia y adecuación de las políticas penitenciarias a las necesidades y demandas de las mujeres presas*. Madrid: Mimeo.
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., y Guymer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, *19*, 527-544.
- Moncrieff, J., Drummond, D.C., Candy, B., Checinski, K., y Farmer, R. (1996). Sexual abuse in people with alcohol problems. A study of the prevalence of sexual abuse and its relationship to drinking behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, *169*, 355-360.

- Mullings, J. L., Hartley, D. J., y Marquart, J. W. (2004). Exploring the relationship between alcohol use, childhood maltreatment, and treatment needs among female prisoners. *Substance Use and Misuse*, 39, 277-305.
- Naifeh, J. A., Tull, M. T., y Gratz, K. L. (2012). Anxiety sensitivity, emotional avoidance, and PTSD symptom severity among crack/cocaine dependent patients in residential treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 36, 247-257.
- NIDA (1999). *Principles of Drug Addiction Treatment*. Washington: National Institute on Drug Abuse. Referencia en Internet: <http://www.nida.nih.gov/PODAT/PODATindex.html>
- Norton, G. R. (2001). Substance use/abuse and anxiety sensitivity: What are the relationships? *Addictive Behaviors*, 26, 935-946.
- Öst, L. (2008). Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 296-321.
- Palmer, J. (2003). *Clinical management and treatment of substance misuse for women in prison*. NHS, Central and North West London (Mental Health NHS Trust): London/England.
- Pedrero-Pérez, E. J., y Segura-López, I. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes y su relación con la dificultad de manejo clínico. *Trastornos Adictivos*, 5, 229-240.
- Pérez-Álvarez, M. (1991). *Prehistoria de la modificación de conducta en la cultura española*. En V. Caballo, ed., *Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta* (pp. 51-66). Madrid: Siglo XXI.

- Pérez-Álvarez, M. (1995). Pasado, presente y futuro de la terapia de conducta. *Boletín de Psicología*, 46, 37-94.
- Pérez-Álvarez, M. (1996). *La psicoterapia desde el punto de vista conductista*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Pérez-Álvarez, M. (2008). Hyperreflexivity as a condition of mental disorder: a clinical and historical perspective. *Psicothema*, 20, 181-187.
- Pérez-Álvarez, M. (2012). *Las raíces de la psicopatología moderna: la melancolía y la esquizofrenia*. Madrid: Pirámide.
- Peugh, J., y Belenko, S. (1999). Substance-involved women inmates: Challenges to providing effective treatment. *The Prison Journal*, 79, 23-44.
- Prendergast, M., Huang, D., y Hser, Y. I. (2008). Patterns of crime and drug use trajectories in relation to treatment initiation and five-year outcomes: An application of growth mixture modeling across three datasets. *Evaluation Review*, 32, 59-82.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rae, D. S., Locke, B. Z., Keith, B. J., Judd, L. L., y Godwin, F. K. (1990). Comorbidity of mental health disorders with alcohol and other drug abuse. *Journal of the American Medical Association*, 264, 2511-2551.
- Robbins, C. A., Martin, S. S., y Surratt, H. L. (2009). Substance abuse treatment, anticipated maternal roles, and re-entry success of drug-involved women prisoners. *Crime & Delinquency*, 55, 388-411.

Roemer, L., y Orsillo, S. M. (2012). Acceptance-based behavior therapy in anxiety disorders. In C. Germer & R. D. Siegel (Eds.). *Wisdom in Psychotherapy* (pp. 79-92). New York: Guilford.

SAMHSA (2013). National Registry of Evidence-based Programs and Practices Disponible en internet en: <http://174.140.153.167/ViewIntervention.aspx?id=191>

Sargent, E., Marcus-Mendoza, S., y Ho Yu, C. (1993). *Abuse and the woman prisoner*. In B. Fletcher, L. Shaver, & D. Moon (Eds.) (pp. 208-226). Newbury Park: Sage. Mental disorder and crime.

Secades-Villa, R., y Fernández-Hermida, J. R. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13, 365-380.

Secades-Villa, R., García-Rodríguez, O., Higgins, S. T., Fernández-Hermida, J. R., y Carballo, J. L. (2008). Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 202-207.

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Ministerio del Interior. Referencia en Internet: www.institucionpenitenciaria.es

Silberman, M. (2010). Sexual Abuse in Childhood and the Mentally Disordered Female Offender. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 54, 783-802.

Silverman, K., Higgins, S., Brooner, R., Montoya, I., Cone, E., Schuster, C., y Preston, K. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients

- through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-415.
- Skinner, B. F. (1938/1970). *La conducta de los organismos. Un análisis experimental*. Barcelona: Fontanella
- Singer, M. I., Bussey, J., Song, L. Y., y Lunghofer, L. (1995). The psychosocial issues of women serving time in jail. *Social Work*, 40, 103-113.
- Sisson, R. W., y Azrin, N.H. (1989). The Community Reinforcement Approach. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches*. New York: Pergamon Press.
- Smout, M. F., Longo, M., Harrison, S., Minniti, R., Wickes, W., y White, J. M. (2010). Psychosocial treatment for methamphetamine use disorders: a preliminary randomized controlled trial of cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy. *Substance Abuse*, 31, 98-107.
- Stotts, A. L., Green, C., Masuda, A., Grabowski, J., Wilson, K. Northrup, T. F., Moeller, F. G., y Schmitz, J. M. (2012). A stage I pilot study of acceptance and commitment therapy for methadone detoxification. *Drug and Alcohol Dependence*, 125, 215-222.
- Stöver, H., Casselman, J., y Hennebel, L. (2006). Substitution treatment in European prisons: A study of policies and practices in 18 European countries. *International Journal of Prisoner Health*, 2, 3-12.
- Twohig, M. P., Shoenberger, D., y Hayes, S. C. (2007). A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for marijuana dependence in adults. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 619-632.

- Tull, M. T., Gratz, K. L., y Lacroce, D. M. (2006). The role of anxiety sensitivity and lack of emotional approach coping in depressive symptom severity among a non-clinical sample of uncued panickers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 35, 74-87.
- Westbrook, D., y Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: Outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1243-1261.
- Wilson, K. G., y Byrd, M. R. (2005). A practical guide to acceptance and commitment therapy. In S. C. Hayes and K. D. Strosahl (Eds.). *ACT for substance abuse and dependence*. (pp. 153-184). New York: Springer Science.
- Wilson, K. J., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)*. Editorial Pirámide: Madrid.
- Wolff, N., Frueh, B. C., Shi., J., Schumann, B. E., y Gerardi, D. (2012). Effectiveness of cognitive-behavioral trauma treatment for incarcerated women with mental illnesses and substance abuse disorders. *Journal of Anxiety Disorder*, 26, 703-710.
- Yagüe, O. C., y Cabello, M. I. (2005). Las Mujeres jóvenes en prisión. *Revista de Estudios de Juventud: Jóvenes y prisión*, 69, 30-49.
- Zettle, R. D., Rains, J. C., y Hayes, S. C. (2011). Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: A mediational reanalysis of Zettle and Rains (1989). *Behavior Modification*, 35, 265-283.
- Zinbarg, R. E., Brown, T. A., Barlow, D. H., y Rapee, R. M. (2001). Anxiety sensitivity, panic, and depressed mood: A re-analysis teasing apart the

contributions of the two levels in the hierarchical structure of the Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 372-377.

Zlotnick, C., Johnson, J. y Najavits, L. M. (2009). Randomized controlled pilot study of cognitive-behavioral therapy in a sample of incarcerated women with substance abuse disorder and PTSD. *Behavior Therapy, 40*, 325-336.

Zlotnick, C., Najavits, L. M., Rohsenow, D. J. y Johnson, D. M. (2003). A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: findings from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment, 25*, 99-105

Zurhold, H., y Haansen, C. (2005). Responses of European prison systems to problematic drug users. *International Journal of Prisoner Health, 1*, 127-141.

Anexos

Anexo I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre y Apellidos:

DNI:

Mediante este documento solicitamos su colaboración voluntaria en la intervención para toxicomanías que se realizará en el C.P. de Villabona. Previa intervención se realizarán una serie de entrevistas clínicas y pruebas psicológicas.

Los datos que se obtengan serán archivados y el tratamiento de los datos de carácter personal se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de protección de datos de carácter personal. Su intimidad quedará salvaguardada en todo momento, y su nombre no aparecerá en ningún tipo de comunicación.

Yo,, he decidido ponerme en tratamiento en base a la Terapia de Aceptación y Compromiso/Terapia cognitivo-conductual que se llevará a cabo en el Centro Penitenciario de Villabona, y estoy de acuerdo en asistir a las sesiones y participar en las entrevistas de seguimiento posteriores una vez finalizado el tratamiento.

Para ello facilito un número de contacto y una dirección en la que espero estar una vez alcanzada la libertad, y doy mi autorización para llamar por teléfono y concertar una cita.

Teléfono de contacto:

Dirección de contacto:

Agradecemos de antemano su participación y esperamos que sea favorable para su recuperación.

Firmado:

En el CP Villabona, a de de 20__.

Anexo III. ANXIETY SENSITIVITY INDEX –ASI-

ASI

Señale el grado de acuerdo con las siguientes frases. Si no las ha vivido o experimentado alguna vez piense qué podría sentir si hubiera tenido la experiencia. Utilice el siguiente código.

0 Nada en absoluto	1 Un poco	2 Bastante	3 Mucho	4 Muchísimo
------------------------------	---------------------	----------------------	-------------------	-----------------------

1. Para mí es importante no dar la impresión de estar nervioso.	0	1	2	3	4
2. cuando no puedo mantener mi mente concentrada en una tarea, siento la preocupación de que podría estar volviéndome loco	0	1	2	3	4
3. Me asusto cuando siento que tiemblo.	0	1	2	3	4
4. Me asusto cuando siento que me desmayo o me mareo.	0	1	2	3	4
5. Es importante para mí mantener el control de mis emociones.	0	1	2	3	4
6. Me asusto cuando mi corazón late de forma rápida.	0	1	2	3	4
7. Me resulta embarazoso o molesto cuando mi estómago hace ruidos.	0	1	2	3	4
8. Me asusto cuando tengo náuseas (sensación de vómito)	0	1	2	3	4
9. Cuando noto que mi corazón está latiendo muy deprisa, me preocupa que pueda tener un ataque cardíaco.	0	1	2	3	4
10. Me asusto cuando no puedo respirar hondo o respire con dificultad.	0	1	2	3	4

0	1	2	3	4
Nada en absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

11. Cuando me molesta el estómago, me preocupa que pueda estar seriamente enfermo	0	1	2	3	4
12. Me asusto cuando soy incapaz de mantener mi mente concentrada en una tarea.	0	1	2	3	4
13. Cuando siento que tiemblo la gente suele darse cuenta.	0	1	2	3	4
14. Las sensaciones corporales poco habituales (raras) me asustan.	0	1	2	3	4
15. Cuando estoy nervioso me preocupa que pueda estar mentalmente enfermo.	0	1	2	3	4
16. Me asusto cuando estoy nervioso.	0	1	2	3	4

Anexo IV. CUESTIONARIO ACEPTACIÓN Y ACCIÓN -AAQ-II-

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED haciendo un círculo en los números de al lado.

Use la siguiente escala para hacer su elección.

1	2	3	4	5	6	7
Nunca es verdad	Muy raramente es verdad	Raramente es verdad	A veces es verdad	Frecuentemente es verdad	Casi siempre es verdad	Siempre es verdad

1. No hay ningún problema si recuerdo algo desagradable.	1	2	3	4	5	6	7
2. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tengo miedo de mis sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos.	1	2	3	4	5	6	7
5. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena.	1	2	3	4	5	6	7
6. Tengo el control de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
8. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo.	1	2	3	4	5	6	7
9. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir.	1	2	3	4	5	6	7
10. Mis pensamientos y sentimientos no interfieren en el camino que quiero llevar en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo V. **MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW –MINI-**

<i>Nombre del paciente:</i> _____	<i>Número de protocolo:</i> _____
<i>Fecha de nacimiento:</i> _____	<i>Hora en que inició la entrevista:</i> _____
<i>Nombre del entrevistador:</i> _____	<i>Hora en que terminó la entrevista:</i> _____
<i>Fecha de la entrevista:</i> _____	<i>Duración total:</i> _____

A. EPISODIO DEPRESIVO MAYOR

(► SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas dos semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO SÍ
A2	¿En las últimas dos semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO SÍ*
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO SÍ

A3 En las últimas dos semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:

- a ¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (ej. variaciones en el último mes de \pm 5% de su peso corporal ó \pm 8 libras ó \pm 3.5 kgr., para una persona de 160 libras/ 70 kgr.)? NO SI
 CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA
- b ¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)? NO SÍ
- c ¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo? NO SÍ
- d ¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía? NO SÍ
- e ¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil? NO SÍ
- f ¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones? NO SÍ
- g ¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto? NO SÍ

NO	SÍ
EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL	

B. TRASTORNO DISTÍMICO

(➔ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR,
NO EXPLORE ESTE MÓDULO

- | | | | |
|----|---|----|----|
| B1 | ¿En los últimos dos años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo? | NO | SÍ |
| B2 | ¿Durante este tiempo, ha habido algún período de dos meses o más, en el que se haya sentido bien? | NO | SÍ |
| B3 | Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo: | | |
| a | ¿Cambió su apetito notablemente? | NO | SI |
| b | ¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso? | NO | SI |
| c | ¿Se sintió cansado o sin energía? | NO | SI |
| d | ¿Perdió la confianza en sí mismo? | NO | SI |
| e | ¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones? | NO | SI |
| f | ¿Tuvo sentimientos de desesperanza? | NO | SI |
| | ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE B3? | NO | SÍ |
| B4 | ¿Estos síntomas de depresión , le causaron gran angustia o han interferido con su función en el trabajo, socialmente o de otra manera importante? | NO | SI |

¿CODIFICÓ SÍ EN B4?

NO	SÍ
TRASTORNO DISTÍMICO ACTUAL	

C. RIESGO DE SUICIDIO

Durante este último mes:

Puntos:

C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ
C4	¿Ha planeado como suicidarse?	NO	SI
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SI
A lo largo de su vida:			
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS
RESPUESTAS (C1-C6)
CIRCULAR "SÍ" Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE
RIESGO DE SUICIDIO

NO	SÍ
RIESGO DE SUICIDIO	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

D. EPISODIO (HIPO) MANÍACO

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR **NO** EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

D1	a	¿Alguna vez, ha tenido un período de tiempo en el que se ha sentido exaltado, eufórico, o tan lleno de energía, o seguro de sí mismo, que esto le ha ocasionado problemas u otras personas han pensado que usted no estaba en su estado habitual? (No considere períodos en el que estaba intoxicado con drogas o alcohol)	NO SI
<p>SI EL PACIENTE PARECE CONFUNDIDO O NO ENTIENDE A LO QUE SE REFIERE CON “EXALTADO” O “EUFÓRICO”, CLARIFÍQUESELO DE LA SIGUIENTE MANERA: Lo que queremos decir con “exaltado o “eufórico” es; un estado de satisfacción alto, lleno de energía, en el que se necesita dormir menos, en el que los pensamientos se aceleran, en el que se tienen muchas ideas, en el que aumenta la productividad, la creatividad, la motivación o el comportamiento impulsivo.</p> <p>SI SÍ:</p>			
	b	¿En este momento se siente “exaltado”, “eufórico”, o lleno de energía?	NO SI
D2	a	¿Ha estado usted alguna vez persistentemente irritado por varios días, de tal manera que tenía discusiones, peleaba o le gritaba a personas fuera de su familia? ¿Ha usted o los demás, notado que ha estado mas irritable o que reacciona de una manera exagerada, comparado a otras personas, en situaciones que incluso usted creía justificadas	NO SI
<p>SI SÍ:7</p>			
	b	¿En este momento se siente excesivamente irritable?	NO SÍ
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN D1a O EN D2a</p>			NO SÍ

D3 SI D1b O D2b = SÍ: EXPLORAR SOLAMENTE EL EPISODIO ACTUAL
 SI D1b Y D2b = NO: EXPLORAR EL EPISODIO PASADO MAS SINTOMÁTICO

Durante el tiempo en el que se sentía exaltado, lleno de energía, o irritable notó qué:

a	¿Sentía que podía hacer cosas que otros no podían hacer, o que usted era una persona especialmente importante?	NO SI	
b	¿Necesitaba dormir menos (ej. se sentía descansado con pocas horas de sueño)?	NO SI	
c	¿Hablaba usted sin parar o tan deprisa que los demás tenían dificultad para entenderle?	NO SI	
d	¿Sus pensamientos pasaban tan deprisa por su cabeza que tenía dificultades para seguirlos?	NO SI	
e	¿Se distraía tan fácilmente, que la menor interrupción le hacía perder el hilo de lo que estaba haciendo o pensando?	NO SI	
f	¿Estaba tan activo, tan inquieto físicamente que los demás se preocupaban por usted?	NO SI	
g	¿Quería involucrarse en actividades tan placenteras, que ignoró los riesgos o consecuencias (por ejemplo, se embarcó en gastos descontrolados, condujo imprudentemente, o mantuvo actividades sexuales indiscretas)?	NO SI	
<p>¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE D3 (O 4 O MÁS RESPUETAS SI D1a ES NO (EPISODIO PASADO) O SI D1b ES NO (EPISODIO ACTUAL))?</p>			NO SÍ

D4 ¿Duraron estos síntomas al menos una semana y le causaron problemas que estaban fuera de su control, en la casa, en el trabajo, en la escuela, o fué usted hospitalizado a causa de estos problemas? NO SÍ
 ↓ ↓

EL EPISODIO EXPLORADO ERA:

HIPOMANÍACO MANÍACO

¿CODIFICÓ NO EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO HIPOMANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

¿CODIFICÓ SÍ EN D4?

ESPECIFICAR SI EL EPISODIO ES ACTUAL O PASADO.

NO	SÍ
EPISODIO MANÍACO	
ACTUAL	<input type="checkbox"/>
PASADO	<input type="checkbox"/>

D. TRASTORNO DE ANGUSTIA

(➡ SIGNIFICA: CIRCULAR NO EN E5 Y PASAR DIRECTAMENTE A F1)

E1	a	¿En más de una ocasión, tuvo una crisis o ataques en los cuales se sintió súbitamente ansioso, asustado, incómodo o inquieto, incluso en situaciones en la cual la mayoría de las personas no se sentirían así?	NO	SI
	b	¿Estas crisis o ataques alcanzan su máxima expresión en los primeros 10 minutos?	NO	SI
E2		¿Alguna vez estas crisis o ataques o ocurrieron de una manera inesperada o espontánea u ocurrieron de forma impredecible o sin provocación?	NO	SI
E3		¿Ha tenido una de estas crisis seguida por un período de un mes o más en el que temía que otro episodio recurriera o se preocupaba por las consecuencias de la crisis?	NO	SI
E4		Durante la peor crisis que usted puede recordar:		
	a	¿Sentía que su corazón saltaba latidos, latía más fuerte o más rápido?	NO	SÍ
	b	¿Sudaba o tenía las manos húmedas?	NO	SÍ
	c	¿Tenía temblores o sacudidas musculares?	NO	SÍ
	d	¿Sentía la falta de aliento o dificultad para respirar?	NO	SÍ
	e	¿Tenía sensación de ahogo o un nudo en la garganta?	NO	SÍ

	f	¿Notaba dolor o molestia en el pecho?	NO	SÍ
	g	¿Tenía náuseas, molestias en el estómago o diarreas repentinas?	NO	SÍ
	h	¿Se sentía mareado, inestable, aturdido o a punto de desvanecer?	NO	SÍ
	i	¿Le parecía que las cosas a su alrededor eran irreales, extrañas, indiferentes, o no le parecían familiares, o se sintió fuera o separado de su cuerpo o de partes de su cuerpo?	NO	SI
	j	¿Tenía miedo de perder el control o de volverse loco?	NO	SÍ
	k	¿Tenía miedo de que se estaba muriendo?	NO	SÍ
	l	¿Tenía alguna parte de su cuerpo adormecida o con hormigueos?	NO	SI
	m	¿Tenía sofocaciones o escalofríos?	NO	SÍ
E5		¿CODIFICÓ SÍ EN E3 Y EN POR LO MENOS 4 DE E4 ?	NO	SI
		<i>Trastorno de Angustia De Por Vida</i>		
E6		SI E5 = NO , ¿CODIFICÓ SÍ EN ALGUNA RESPUESTA DE E4 ?	NO	SÍ
		<i>Crisis con síntomas</i>		
		SI E6 = SÍ , PASAR A F1 <i>limitados actual</i>		
E7		¿En el pasado mes, tuvo estas crisis en varias ocasiones (2 o más), seguidas de miedo persistente a tener otra? <i>Trastorno de Angustia Actual</i>	NO	SI

F. AGORAFOBIA

F1 ¿Se ha sentido particularmente incómodo o ansioso en lugares o situaciones donde podría tener una crisis o ataque, o síntomas de una crisis como los que acabamos de discutir, o situaciones donde no dispondría de ayuda o escapar pudiera resultar un tanto difícil: como el estar en una multitud, el permanecer en fila, el estar solo fuera de casa, el permanecer solo en casa, el viajar en autobús, tren o automóvil?

NO SÍ

SI F1 = NO, CIRCULE NO EN F2.

F2 ¿Teme tanto estas situaciones que las evita, sufre a través de ellas o necesita estar acompañado para enfrentarlas? NO SÍ

¿CODIFICÓ NO EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA sin Agorafobia ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ SÍ EN E7 (TRASTORNO DE ANGUSTIA ACTUAL)?

NO	SÍ
TRASTORNO DE ANGUSTIA con Agorafobia ACTUAL	

¿CODIFICÓ SÍ EN F2 (AGORAFOBIA ACTUAL)

Y

CODIFICÓ NO EN E5 (TRASTORNO DE ANGUSTIA, DE POR VIDA)?

Agorafobia

NO	SÍ
AGORAFOBIA, ACTUAL sin historial de Trastorno de Angustia	

G. FOBIA SOCIAL (Trastorno de Ansiedad Social)

➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

G1 ¿En el pasado mes, tuvo miedo o sintió vergüenza de que lo estén observando, de ser el

N

O		SÍ 1
	centro de atención o temió una humillación? Incluyendo cosas como el hablar en público, comer en público o con otros, el escribir mientras alguien le mira o el estar en situaciones sociales.	

G2	¿Piensa usted que este miedo es excesivo o irracional?	NO	SÍ
G3	¿Teme tanto estas situaciones sociales que las evita, o sufre a través de ellas?	NO	SÍ

G4 ¿Este miedo interfiere en su trabajo normal o en el desempeño de sus actividades sociales o es la causa de intensa molestia?

NO	SÍ
FOBIA SOCIAL <i>(Trastorno de Ansiedad Social)</i> ACTUAL	

I. ESTADO POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

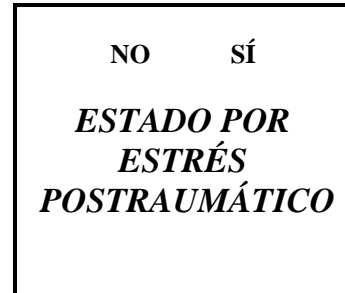
➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLA DIAGNÓSTICA, CIRCULAR NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

I1	¿Ha vivido o ha sido testigo de un acontecimiento extremadamente traumático, en el	N
	O	SÍ 1
	cual otras personas han muerto y/o otras personas o usted mismo han estado amenazadas de muerte o en su integridad física? EJEMPLOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS: ACCIDENTES GRAVES, ATRACO, VIOLACIÓN, ATENTADO TERRORISTA, SER TOMADO DE REHÉN, SECUESTRO, INCENDIO, DESCUBRIR UN CADÁVER, MUERTE SÚBITA DE ALGUIEN CERCANO A USTED, GUERRA O CATÁSTROFE NATURAL.	
I2	¿Durante el pasado mes, ha revivido el evento de una manera angustiada (ej. lo ha soñado,	N
	O	SÍ 2
	ha tenido imágenes vívidas, ha reaccionado físicamente o ha tenido memorias intensas)?	

- I3 **En el último mes:**
- a ¿Ha evitado usted pensar en este acontecimiento, o en todo aquello que se lo pudiese recordar? NO SÍ
 - b ¿Ha tenido dificultad recordando alguna parte del evento? NO SÍ
 - c ¿Ha disminuído su interés en las cosas que le agradaban o en las actividades sociales? NO SÍ
 - d ¿Se ha sentido usted alejado o distante de otros? NO SÍ
 - e ¿Ha notado que sus sentimientos estan adormecidos? NO SÍ
 - f ¿Ha tenido la impresión de que su vida se va a acortar debido a este trauma o que va a morir? **NO SI**
¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE I3? NO SÍ
- I4 **Durante el último mes:**

- | | | | |
|---|--|----|----|
| a | ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? | NO | SÍ |
| b | ¿Ha estado particularmente irritable o le daban arranques de coraje? | NO | SÍ |
| c | ¿Ha tenido dificultad para concentrarse? | NO | SI |
| d | ¿Ha estado nervioso o constantemente en alerta? | NO | SÍ |
| e | ¿Se ha sobresaltado fácilmente por cualquier cosa? | NO | SÍ |
| | ¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE I3? | NO | SÍ |

I5 ¿En el transcurso de este mes, han interferido estos problemas en su trabajo, en sus actividades sociales, o han sido causa de gran ansiedad?



K. TRASTORNOS ASOCIADOS AL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS NO ALCOHÓLICAS

➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

Ahora le voy a enseñar / leer una lista de sustancias ilícitas o medicinas.

- | | | | |
|------|--|----|----|
| K1 a | ¿En los últimos doce meses, tomó alguna de estas drogas, en mas de una ocasión, para sentirse mejor o para cambiar su estado de ánimo? | NO | SÍ |
|------|--|----|----|

CIRCULE TODAS LAS DROGAS QUE HAYA USADO:

Estimulantes: anfetaminas, “speed”, cristal, dexedrine, ritalina, píldoras adelgazantes.

Cocaína: inhalada, intravenosa, crack, “speedball”.

Narcóticos: heroína, morfina, Dilaudid, opio, Demerol, metadona, codeína, Percodan, Darvon.

Alucinógenos: LSD (ácido) mescalina, peyota, PCP (polvo de ángel, “peace pill”), “psilocybin”, STP, hongos, éxtasi, MDA, MDMA.

Inhalantes: pegamento, “éther”, óxido nitroso, (“laughing gas”), “amyl” o “butyl nitrate” (“poppers”).

Mariguana: hashish, THC, pasto, hierba, mota, “reefer”.

Tranquilizantes: Qualude, Seconal (“reds”), Valium, Xanax, Librium, Ativan, Dalmane, Halción, barbitúricos, “Miltown”

Tranquimazin, Lexatin, Orfidal.

Otras drogas: Esteroides , pastillas dietéticas o para dormir sin receta. ¿Cualquier otra droga?

ESPECIFIQUE LA DROGA (S) MÁS USADA: _____

SOLO UNA DROGA / CLASE DE DROGAS HA SIDO UTILIZADA .

SOLO LA CLASE DE DROGAS MAS UTILIZADA ES EXPLORADA.

CADA DROGA ES EXAMINADA INDIVIDUALMENTE. (FOTOCOPIAR K2 Y K3 SEGÚN SEA NECESARIO)

- b. SI EXISTE USO CONCURRENTES O SUCESIVO DE VARIAS SUSTANCIAS O DROGAS, ESPECIFIQUE QUE

DROGA /
 CLASE DE DROGAS VA A SER EXPLORADA EN LA ENTREVISTA A
 CONTINUACIÓN: _____

K2 Considerando su uso de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos doce meses,

- | | | | |
|--|---|----|----|
| a | ¿Ha notado que usted necesitaba utilizar una mayor cantidad de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) para obtener los mismos efectos que cuando comenzó a usarla? | NO | SÍ |
| b | ¿Cuándo redujo la cantidad o dejó de utilizar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) tuvo síntomas de abstinencia? (dolores, temblores, fiebre, debilidad, diarreas, náuseas, sudoraciones, palpitaciones, dificultad para dormir, o se sentía agitado, ansioso, irritable o deprimido)? Utilizó alguna droga (s) para evitar enfermarse (síntomas de abstinencia) o para sentirse mejor? | NO | SÍ |
| CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA | | | |
| c | ¿Ha notado que cuando usted usaba (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) terminaba utilizando más de lo que en un principio había planeado? | NO | SÍ |
| d | ¿Ha tratado de reducir o dejar de tomar (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) pero ha fracasado? | NO | SÍ |
| e | ¿Los días que utilizaba (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) empleaba mucho tiempo (> 2 horas) en obtener, consumir, recuperarse de sus efectos, o pensando en drogas? | NO | SÍ |
| f | ¿Pasó menos tiempo trabajando, disfrutando de pasatiempos, estando con la familia o amigos debido a su uso de drogas? | NO | SÍ |
| g | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas mentales o de salud? | NO | SÍ |

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE K2?

ESPECIFICAR LA DROGA(S): _____

NO SÍ

**DEPENDENCIA DE
SUSTANCIAS
ACTUAL**

Considerando su uso de (NOMBRE DE LA CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en los últimos doce meses:

- | | | | |
|--|--|----|----|
| K3 a | ¿Ha estado intoxicado o con resaca a causa de (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA), en más de una ocasión, cuando tenía otras responsabilidades en la escuela, en el trabajo o en el hogar? ¿Esto le ocasionó algún problema? | NO | SÍ |
| (CODIFIQUE SÍ, SOLO SI LE OCCASIONÓ PROBLEMAS) | | | |
| b | ¿Ha estado intoxicado con (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) en alguna situación en la que corriese un riesgo físico (ej. conducir un automóvil, una motocicleta, un bote, o utilizar una máquina, etc.)? | NO | SÍ |
| c | ¿Ha tenido algún problema legal debido a su uso de drogas, por ejemplo un arresto o perturbación del orden público? | NO | SI |
| d | ¿Ha continuado usando (NOMBRE DE LA DROGA / CLASE DE DROGAS SELECCIONADA) a pesar de saber que esto le causaba problemas con su familia u otras personas? | NO | SÍ |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 1 Ó MÁS RESPUESTAS DE **K3**?

ESPECIFICAR LA DROGA(S):

NO **SÍ**

***ABUSO DE
SUSTANCIAS
ACTUAL***

O. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, CIRCULAR NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

O1	a	¿Se ha sentido excesivamente preocupado o ansioso debido a varias cosas durante los últimos 6 meses?		
	b	¿Se presentan estas preocupaciones casi todos los días?	NO	SÍ
		CODIFICAR SÍ, SI LA ANSIEDAD DEL PACIENTE ES RESTRINGIDA EXCLUSIVAMENTE, O MEJOR EXPLICADA POR CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE DISCUTIDOS.	NO	SÍ

O2 ¿Le resulta difícil controlar estas preocupaciones o interfieren para concentrarse en lo que hace? NO SÍ

O3 CODIFIQUE NO SI LOS SÍNTOMAS SE LIMITAN A RASGOS DE CUALQUIERA DE LOS TRASTORNOS PREVIAMENTE EXPLORADOS.

En los últimos seis meses cuando estaba ansioso, casi todo el tiempo:

a	¿Se sentía inquieto, intranquilo o agitado?	NO	SÍ
b	¿Se sentía tenso?	NO	SÍ
c	¿Se sentía cansado, flojo o se agotaba fácilmente?	NO	SÍ
d	¿Tenía dificultad para concentrarse, o notaba que la mente se le quedaba en blanco?	NO	SÍ
e	¿Se sentía irritable?	NO	SÍ
f	¿Tenía dificultad durmiendo (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche o demasiado temprano, o dormía en exceso)?	NO	SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE O3?

NO SÍ TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA ACTUAL
--

P. TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD (opcional)

(➡ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS Y CIRCULAR NO)

P1 **Antes de cumplir los quince años:**

a	¿Faltaba a la escuela o se escapaba y dormía fuera de casa con frecuencia?	NO	SÍ
b	¿Mentía, hacía trampa, estafaba o robaba con frecuencia?	NO	SÍ
c	¿Iniciaba peleas o incitaba a otros, los amenazaba o los intimidaba?	NO	SÍ
d	¿Destruía cosas deliberadamente o empezaba fuegos?	NO	SÍ
e	¿Maltrataba a los animales o a las personas deliberadamente?	NO	SÍ
f	¿Ha forzado a alguien a tener relaciones sexuales con usted?	NO	SÍ

¿CODIFICÓ SÍ EN 2 O MÁS RESPUESTAS DE P1? NO SÍ

NO CODIFIQUE SÍ, SI LA CONDUCTA ES SOLO POR MOTIVOS POLÍTICOS

O RELIGIOSOS

P2 **Después de cumplir los quince años:**

- | | | | |
|---|--|----|----|
| a | ¿Se ha comportado repetidamente de una forma que otros considerarían irresponsable, como no pagar sus deudas, ser deliberadamente impulsivo o deliberadamente no trabajar para mantenerse? | NO | SÍ |
| b | ¿Ha hecho cosas que son ilegales incluso si no ha sido descubierto (ej., destruir la propiedad, robar artículos en las tiendas, hurtar, vender drogas o cometer algún tipo de delito)? | NO | SÍ |
| c | ¿Ha participado repetidamente en peleas físicas (incluyendo las peleas que tuviera con su cónyuge o con sus hijos)? | NO | SÍ |
| d | ¿Ha mentido o estafado a otros con el objetivo de conseguir dinero o por placer, o mintió para divertirse? | NO | SÍ |
| e | ¿Ha expuesto a otros a peligros sin que le importara? | NO | SÍ |
| f | ¿No ha sentido culpabilidad después de hacerle daño a otros, maltratarlos, mentirles o robarles, o después de dañar la propiedad de otros? | NO | SÍ |

¿CODIFICÓ **SÍ** EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE P2?

NO	SÍ
TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD DE POR VIDA	

Anexo VI. **PROTOCOLO DE TERAPIA ACT**

SESIÓN	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS DE TRABAJO
1	<p>Establecer la relación terapéutica</p> <p>Hacer entender al cliente que necesitamos comprender su experiencia.</p> <p>Establecer un contrato verbal</p>	<p>Metáforas “Los dos escaladores” y “El jardín” y “Conocer el lugar”</p> <p>Ejemplo del diente enfermo y el vaso sucio.</p>
2	<p>Análisis funcional del problema</p>	<p>El problema según el cliente...</p> <p>Revisión de estrategias utilizadas hasta el momento para solucionar problemas. ¿Qué ha conseguido hasta ahora?</p> <p>Cuestionario de aceptación y acción</p> <p>Registro de malestar</p>
3	<p>Desesperanza creativa</p> <p>Proceso de romper la corriente de regulación verbal en la que se encuentra atrapada la persona.</p>	<p>Trabajar la desesperanza como experiencia, no como concepto</p> <p>Metáforas “El hombre en el hoyo” y “El granjero y el asno”.</p>
4	<p>Facilitar el contacto del cliente con la percepción de sus valores personales.</p> <p>Plantear la posibilidad de que una vida valiosa puede emerger de la desesperanza.</p>	<p>Elegir direcciones valiosas. ¿Hacia donde apunta tu brújula?</p> <p>Ejercicios: ¿Qué quieres hacer en tu vida? Detectar qué se puede cambiar y qué no. Costo y beneficio de sus elecciones.</p>
5	<p>Clarificación de valores</p> <p>Establecer un compromiso</p>	<p>Ejercicio del funeral. Evaluación narrativa de valores.</p> <p>Metáforas “Apostar por dos caballos”, “El bono de actividades” y “El conductor de autobús y los pasajeros”.</p>
6	<p>Facilitar el contacto del cliente con la experiencia de inviabilidad del control de los eventos privados</p>	<p>Ejercicio “¿Cuáles son los números?” y “¿Cómo se llama tu madre?”</p> <p>Metáforas “El polígrafo”</p>

7	<p>Facilitar el contacto del cliente con la estrategia de control, cuya persistencia pone en riesgo los valores</p> <p>Utilidad del control</p>	<p>Ejercicios: Los elefantes rosas, saborear el limón y mostrar objetos y pensar en su nombre.</p> <p>Regla del 95%-5%</p>
8	<p>Revisión de valores</p> <p>Introducir la posibilidad de que una vida valiosa puede emerger al estar dispuesto a tener y contemplar los eventos privados.</p>	<p>Metáfora “Las plantas del jardín”</p> <p>Ejercicios: El contacto visual. Cambiar un taco de folios de un lado a otro mientras recibe papeles en los que están escritos sus pensamientos “no puedo”, “no lo conseguiré”, “soy incapaz” y</p>
9	<p>Proporcionar experiencias <i>in vivo</i> en las que el cliente pueda establecer un contacto directo con los beneficios de estar dispuesto/abierto a las funciones privadas</p> <p>La alternativa al control</p>	<p>Ejercicios: Las palmas de las manos y El dique con agujeros.</p> <p>Metáforas “El globo en el estómago” y “Las olas en la playa”</p>
10	<p>Diferenciar las dimensiones del yo. Diferenciar el uno mismo, el yo, de su conducta, sean eventos privados o conducta pública.</p> <p>Desactivación de funciones</p>	<p>Ejercicio ¿Quién eres?</p> <p>YO contenido vs. YO contexto.</p> <p>Metáfora “El tablero de ajedrez” y “La casa y los muebles”.</p>
11	<p>Diferenciar lo que esta presente verbalmente y lo que se hace presente por el lenguaje.</p>	<p>Ejercicios del limón, y el chocolate y el hígado.</p>
12	<p>Aprender a tratar los pensamientos como pensamientos, las evaluaciones como evaluaciones y los recuerdos como recuerdos</p>	<p>Practicar posiciones de distanciamiento</p> <p>“Yo estoy teniendo el pensamiento de...”</p> <p>Ejercicio de la cabalgata de carteles.</p>
13	<p>Tener miedo a fracasar, a recaer</p> <p>Detección de barreras</p>	<p>Exposición a las sensaciones que sobrevienen al pensar en un fracaso.</p> <p>Ejercicios de escritura y cambiar la forma de coger el bolígrafo para escribir</p>

14	Práctica del compromiso con los valores	Tener razón y estar en lo correcto, y los valores. Metáfora “La rata en el laberinto” para trabajar la elección entre tener razón (“no puedo estar equivocado”) y lo que quiero.
15	No acabar de estar bien. Normalizando el malestar psicológico	Metáforas del “Sombrero” y “La mancha en la cara”.
16	Concluyendo la terapia. Las recaídas.	Recaídas como una señal de precaución y de aprendizaje. Metáfora “Ya sabes conducir”

Anexo VII. **PROTOCOLO DE TERAPIA CBT**

SESIÓN	OBJETIVOS	INSTRUMENTOS
1	Análisis funcional del problema	Motivos del consumo dentro de la prisión Motivos de consumo en el inicio Explicación de cadenas de conducta
2	Situaciones de riesgo	Identificación de situaciones que anteceden al consumo. Trabajo de las mismas Elaboración de una jerarquía de situaciones de riesgo que puedan llevar al consumo. Trabajo de cada una de las situaciones en los tres niveles: pensamientos, sentimientos y actuaciones.
3	Identificación de decisiones aparentemente irrelevantes	Explicación de decisiones aparentemente irrelevantes. Trabajo de las mismas en la jerarquía elaborada con anterioridad.
4	Los pensamientos	Identificación de pensamientos. Pensamientos positivos y negativos. Listado de todos los pensamientos que aparecen en las situaciones de riesgo
5	Los pensamientos	Importancia de los que pensamos en las situaciones de riesgo. Explicación del A-B-C: relación entre pensamientos y consecuencias
6	Los pensamientos	Cambio de unos pensamientos por otros Debate de pensamientos irracionales: A-B- C. Cambiando B conseguimos cambiar C

7	Los sentimientos	<p>Identificación de los sentimientos en las situaciones de la vida.</p> <p>Listado de sentimientos que aparecen en diferentes situaciones vividas por cada participante</p>
8	Los sentimientos	<p>Cómo nos sentimos a corto y largo plazo en las situaciones de consumo</p> <p>Aprendiendo a valorar las consecuencias: matriz de toma de decisiones.</p>
9	Los sentimientos	<p>Trabajo con los propios sentimientos. “los sentimientos son buenos”</p> <p>Los sentimientos como expresión del estado de ánimo. Importancia de manifestar los mismos. Me siento.... porque....</p>
10	Matriz de decisiones	<p>El corto y el largo plazo positivo y negativo</p> <p>Aprendiendo a identificar las consecuencias: todo proceso tiene consecuencias: debemos de decidir en el LP.</p>
11	Toma de decisiones	<p>Valoración de la decisión tomada: no impulsividad. Integración de pensamientos y sentimientos</p> <p>De las distintas opciones ante un problema dado, analizamos las opciones según la matriz de decisiones. Puesta en práctica de los mismos.</p>
12	Asertividad	<p>Aprender a decir que no.</p> <p>Hacer frente a las presiones</p> <p>Habilidades de asertividad: Disco rayado</p>

13	Trabajo de las situaciones	<p>Qué pienso, qué siento, qué hago</p> <p>Trabajo con auto-registro de situaciones</p> <p>Analizo mis propias situaciones y aprendo a darles un contenido: por qué suceden las cosas</p>
14	Planificación del cambio en el estilo de vida	<p>Diferencia entre el pasado, presente y futuro.</p> <p>Trabajo del presente para conseguir metas en el futuro.</p> <p>Planificación de metas personales</p> <p>Establecimiento de objetivos personales en cada ámbito: familiar, personal, laboral y social. Metas realistas y posibles de conseguir.</p>
15	Prevención de recaídas	<p>Mantenimiento del cambio y trabajo de posibles situaciones futuras de riesgo</p> <p>Conozco mis situaciones de riesgo y las planifico en los 3 niveles de respuesta.</p>
16	Dependencia emocional	<p>Aprender a estar sola</p> <p>Identificación de lo que es dependencia emocional.</p> <p>Registro de situaciones de dependencia.</p> <p>Cómo voy a poder cambiar las mismas: qué hice y qué creo que puedo hacer.</p> <p>Inconvenientes o trabas que tengo para llevarlos a cabo.</p>

Anexo VIII. REGISTRO de Malestar y Acciones Valiosas

Al final de cada día o semana valore las siguientes dimensiones:

- Presencia e intensidad del malestar (indicar lo que corresponda a cada cliente, por ejemplo: ansiedad, tristeza, preocupación)
 - o De 1 (apenas frecuente) a 10 (muy frecuente) =
 - o De 1 (poca intensidad) a 10 (máxima intensidad) =
- ¿Cuánto esfuerzo ha empleado para eliminar el malestar?
 - o De 1 (ningún esfuerzo) a 10 (mucho esfuerzo) =
- Valore hasta qué punto ha sido fiel en lo que ha hecho con lo que le importa en los distintos ámbitos de su vida (valorar globalmente o por áreas importantes)
 - o De 1 (nada fiel) a 10 (muy fiel a lo que me importa) =
- Si tuviera que hacer una valoración del día pensando en el significado que tienen las acciones acometidas este día (u otro período) para lo que es realmente importante en su vida ¿cuál sería su valor?
 - o De 1 (nada valioso para lo que me importa) a 10 (muy valioso) =

