

LA RECAÍDA EN EL CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS: UN TRATAMIENTO ALTERNATIVO DESDE LA PERSPECTIVA DE MINDFULNESS

ALCOHOL AND SUBSTANCE
ABUSE RELAPSE: AN
ALTERNATIVE TREATMENT
FROM THE PERSPECTIVE OF
MINDFULNESS

RESUMEN

En respuesta a la alta tasa de recaídas que existe en personas que consumen alcohol y/o sustancias tras la abstinencia conseguida después del tratamiento, el presente artículo estudia los componentes que afectan significativamente la probabilidad de recaída en consumidores, como el craving y los factores de riesgo. Además, el artículo examina un tratamiento alternativo con el empleo de la práctica de mindfulness (atención plena y consciente) la cual ha mostrado su eficacia en diferentes trastornos. Se exponen los más relevantes hallazgos encontrados con el empleo del programa de prevención de recaídas basado en mindfulness (MBRP) para el tratamiento del consumo de alcohol y/o sustancias y se analizan los beneficios añadidos que supone en contraste con los tratamientos habituales.

PALABRAS CLAVE

Recaída, craving, factores de riesgo para la recaída, mindfulness, prevención de recaídas basada en mindfulness (MBRP).

ABSTRACT

As a response to the high relapse rate that exists within individuals who consume alcohol and/or drugs after successful withdrawal following treatment, this research article aims to study the components that significantly affect substances abusers likelihood to relapse, such as craving and risk factors. In addition to this, the article also explores an alternative treatment with mindfulness practice, whose effectiveness has been proven along other different disorders. Besides, the most relevant findings using the program of mindfulness-based relapse prevention (MBRP) for the treatment of the alcohol and/or drugs use are set out and the extra benefits added by MBRP in contrast with standard treatments are analysed.

KEYWORDS

Relapse, craving, risk factors for relapses, mind-

Beatriz Regadera Martínez

Psicóloga en la Clínica Cattell Psicólogos

fulness, mindfulness based relapse prevention (MBRP).

INTRODUCCIÓN

Terapias cognitivo-conductuales utilizadas a lo largo de las últimas 30 décadas para el tratamiento de los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias han mostrado su eficacia y efectividad en una gran variedad de trastornos adictivos y de población a la que van dirigidos. Sin embargo, existe una alta tasa de recaídas (Luengo et al., 2001; Milkman et al., 1984), por lo que muchas investigaciones se han centrado en identificar qué predictores existen en la recaída en el consumo de la droga y en desarrollar tratamientos farmacológicos y psicológicos que puedan ayudar a prevenirla.

¿Que es la recaída?

El fenómeno de la recaída ha recibido diferentes concepciones. En síntesis, se trata de un proceso o un evento discreto que gradualmente e insidiosamente lleva a la vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento o al consumo diario. En definitiva, es una consecuencia que lleva a la necesidad de iniciar de nuevo el tratamiento (Connors et al., 1996). Sin embargo, la definición de recaída más aceptada, es la de Marlatt (1985), quien entiende la recaída como el retorno a la conducta dependiente que se había intentado cambiar, recuperando o no los niveles de la línea base anterior al tratamiento.

Es importante distinguir la recaída del lapso, desliz, caída temporal o recidiva, que supone el primer consumo después de un periodo de abstinencia. La recidiva o el desliz, es un obstáculo o un retroceso en el intento de una persona de cambiar o modificar una conducta concreta. En cambio, la recaída supone el uso continuado de la sustancia después de este desliz.

La recaída se produce ante el fenómeno de craving o deseo intenso por consumir. Se anticipan los efectos positivos inmediatos del consumo y no se presta atención a las consecuencias negativas

que aparecen a más largo plazo (Marlatt y George, 1984).

Entre la recidiva y la recaída se dan una serie de procesos cognitivos con los que podemos trabajar para evitar la vuelta al consumo continuado. La persona que ha dejado de practicar una conducta con connotaciones negativas tiende a ver la recidiva como un fenómeno sentenciador. Tira por la borda todos sus esfuerzos anteriores y deja puerta abierta a la conducta evitada de una forma compulsiva e incontrolada. Esto sería lo que Marlatt denominó "efecto de violación de la abstinencia" (EVA), un mediador psicológico según el cual dependiendo de las causas y las emociones que la persona atribuya el acto de consumir tras la abstinencia puede generar una sensación de indefensión. Al no entender el acto como una recidiva, aumenta la probabilidad de recaer. En cambio, si enseñamos a la persona a ver el desliz como lo que es, un fenómeno discreto y del que puede aprender, se consigue que la persona no sufra tanto, continuando con su trabajo en el proceso de la abstinencia.

La recuperación no es sólo la ausencia del consumo de drogas sino también la capacidad de responsividad, de evitar las recaídas. Tenemos que tener en cuenta los riesgos externos, como situaciones de alto riesgo o la presión social. Sin olvidarnos de los riesgos internos, los aspectos o patrones cognitivos, emocionales o fisiológicos que incitan a una persona a recaer en la droga.

En las recaídas en el consumo de alcohol u otras drogas encontramos que uno de los mayores predictores y uno de los criterios diagnósticos más importantes del síndrome de dependencia es el craving. Las definiciones del concepto de "craving" son muy diversas pero la más común es la que lo traduce como el deseo intenso (Robinson y Berridge, 1993) y las ganas compulsivas e irrefrenables de consumir (Cox y Wray, 2002) o de sentir los efectos psicotrópicos, que pueden ser experimentadas como pensamientos intrusivos (Kavanagh et al., 2006) y que aparecen ante estados de abstinencia.

Debido a que el craving es uno de los principales factores de riesgo para la recaída, muchas

terapias se centran en la reducción o el manejo de este deseo. En el presente artículo se estudian algunos de los tratamientos empleados hasta ahora. Además, dado que distintas intervenciones basadas en mindfulness han sido exitosas en el tratamiento de otros trastornos como la depresión (Segal et al., 2002), el síndrome del intestino irritable (Gaylord et al., 2011), el dolor crónico (Rosenzweig et al., 2010) y en problemas relacionales (Carson et al., 2004), se estudia la posible ventaja del uso del mindfulness en el tratamiento del consumo de sustancias. Así, se examina la terapia de prevención de recaídas basada en mindfulness (MBRP) cuya eficacia ha sido evidenciada empíricamente. Y se analizan los beneficios de emplearla como terapia combinada conjunto a las terapias cognitivo-conductuales habituales.

¿Por qué aparece el craving?

Según desde que modelo nos posicionemos, encontramos que el origen del deseo intenso por consumir se atribuye a diferentes aspectos:

Desde el modelo biológico, algunos estudios sugieren que neurotransmisores como la dopamina, la serotonina y el GABA están implicados. Desde modelos afectivos, las expectativas y los estados negativos de afecto elicitán la aparición del craving. Mientras que desde modelos cognitivos, la aparición del craving está influida por los estilos cognitivos, la memoria y la toma de decisiones basada en procesos automáticos.

Otras perspectivas encuentran su origen en el refuerzo contingente a la conducta de consumo, como en los modelos de condicionamiento operante; o en la exposición repetida a la droga, según los modelos de condicionamiento clásico. Y en expectativas, atribuciones, imitación y autoeficacia, según los modelos de aprendizaje social. Todos los planteamientos anteriores explican de forma plausible la posible causa de este deseo intenso por consumir. Por lo que quizá, lo más interesante sería entender su origen como múltiple y que todo lo citado anteriormente esté implicado en el proceso de craving.

El presente trabajo pretende abordar el fenómeno de craving desde las perspectivas

cognitivas, motivacionales, de aprendizaje social, psicobiológicas y de condicionamiento a través del mindfulness. Desde esta perspectiva, se puede promover una terapia que integre los distintos modelos, centrando los objetivos del tratamiento de prevención en los diferentes aspectos del craving implicados tanto en los estados afectivos, como en las expectativas del consumo, los estilos y procesos cognitivos, la actividad neural y la percepción de autoeficacia.

Los desencadenantes de la recaída ponen en marcha el proceso automático que resulta de la asociación malestar-craving y que lleva al consumo. La práctica de mindfulness permite el desarrollo de la habilidad para hacer frente a estos desencadenantes. La vergüenza, la culpa o el pensamiento negativo que conllevan el sentir el deseo intenso de volver a consumir se reducen a través de la toma de conciencia de estos procesos y su aceptación, disminuyendo con ello el riesgo de recaer (Klein, 2007). Además, promueve la conciencia de los patrones de pensamiento y comportamiento automatizados, habituales o inconscientes. Y, asimismo, la habilidad para responder conscientemente a los sucesos y las experiencias desafiantes, en lugar de reaccionar a ellos (Garland et al., 2012).

EL TRATAMIENTO DEL CONSUMO DE ALCOHOL Y/O SUSTANCIAS

A pesar de la eficacia de muchas terapias en la consecución de la abstinencia, la recaída es un suceso bastante frecuente. Por ello, se ha visto como un trastorno crónico recidivante (Leshner, 1999; Connors et al., 1996; Milkman et al., 1984). Varios estudios informan de que la recaída ocurre entre los 6 y 8 meses tras la desintoxicación hospitalaria (Grau-López et al., 2012, Smith et al., 2010, Guirado et al., 1994; Sweet et al., 1989). También se ha visto que los pacientes con mayores probabilidades de recaída son aquellos que consumen heroína, los policonsumidores, los que consumen horas previas al ingreso hospitalario para la desintoxicación, los pacientes con comorbilidad médica o los que tenían trastornos afectivos comórbidos (Grau-López et al., 2012).

La atención plena puede ser utilizada como una habilidad cognitiva para manejar el craving, los síntomas de la abstinencia y el malestar emocional, y esta habilidad podría persistir en el tiempo ejerciendo un efecto a largo plazo en respuesta a las señales de consumo (Davis et al., 2007).

¿Qué lleva a una persona con motivación para dejar el consumo a recaer? Factores de riesgo o de protección ante la consecución de la abstinencia.

Antiguamente, el origen de la recaída se atribuía únicamente a factores endógenos físicos, como la dependencia física a la droga y los síntomas de abstinencia, pero a partir de los años 80 se comenzaron a tener en cuenta otros factores endógenos como los cognitivos y emocionales. Además de factores exógenos como los ambientales (Luengo et al., 2001).

Según Martínez y Verdejo (2010), la intensidad del craving se predice significativamente por las creencias relacionadas con la funcionalidad del consumo y las creencias negativas sobre la autoeficacia para no consumir, el tipo de sustancia principal de consumo y el tiempo de duración de la abstinencia.

La percepción de autoeficacia (Bandura, 1981) *“está constituida por los juicios sobre el grado en que uno mismo puede organizar y ejecutar patrones de acción requeridos para tratar con situaciones futuras que contienen elementos ambiguos, impredecibles y a menudo estresantes”*. Tener bajas expectativas de autoeficacia supone un factor crítico a la hora de afrontar el craving lo que puede llevar a la recaída en el consumo (Marlatt y Witkiewitz, 2005).

También es predictivo de recaídas futuras la falta de conciencia sobre la reactividad a las señales relacionadas con el consumo, ya sean internas, cognitivas o emocionales y externas o ambientales (Rohsenow et al., 1994). La capacidad de autorregulación de la atención y el desarrollo de una conciencia metacognitiva de los patrones de respuesta ante el deseo intenso de consumir puede constituir un factor de protección ante los estímulos desencadenantes de la conducta de

consumo (Garland et al., 2010).

Como vemos, la capacidad y la percepción de autocontrol están fuertemente relacionadas con la consumición. Tener estrategias de afrontamiento para hacer frente a las situaciones de alto riesgo así como la rapidez y convicción con las que se llevan a cabo determinan en gran parte la fortaleza de la persona ante la recaída. Los resultados en el estudio de Ostafin et al. (2008) demuestran que cuando existe bajo autocontrol o los recursos de autocontrol están agotados, ya que son limitados, la motivación implícita a consumir está más fuertemente relacionada con la consumición a pesar de las intenciones de retenerse.

También tienen mucha importancia los factores dinámicos. Estos son los aspectos disposicionales como la motivación al cambio y la actitud durante el tratamiento (Secades et al., 2000) y después de éste.

Dentro de los factores ambientales que influyen en la consecución de la abstinencia, encontramos que aumentan las probabilidades de recaída las situaciones de riesgo, como aquellas que recuerdan o incitan al consumo. Así como el estrés o los estados de ánimo negativos, de ansiedad y/o irritabilidad generadas por una situación o por la abstinencia misma. Por otro lado, contar con apoyo social, como amigos, pareja o familia, a la hora de dejar el consumo o mantener su abstinencia, es un predictor de éxito (Luengo et al., 2004).

Entre los factores debidos al tratamiento, se observa un mayor nivel de consecución de la abstinencia cuando se aplica un tratamiento psicoterapéutico combinado con un tratamiento farmacológico de altas dosis, como con el empleo de disulfiram en el alcoholismo o metadona en el tratamiento de opiáceos (Sánchez et al., 2011; Xie et al., 2005). También se observa mayor abstinencia en aquellos programas que fueron residenciales frente a los ambulatorios (Santos et al., 2000; Wexler y De Leon, 1977). Esto se debe a que los programas residenciales, como la comunidad terapéutica (CT) suponen un abordaje de mayor implicación e intensidad en el tratamiento, ya que se reside en el centro donde se recibe la atención médica de forma constante. En cambio, en los

programas ambulatorios se reciben varias sesiones de tratamiento a la semana mientras los pacientes continúan viviendo en su entorno habitual.

Otro factor fundamental a tener en cuenta es el nivel de adherencia del paciente al tratamiento y a la consecución de los objetivos a largo plazo (post-tratamiento). Esto va ligado al tipo de relación terapéutica establecida.

Es importante la relación terapéutica que se tenga con el paciente porque el ambiente y el vínculo que se genere en el contexto terapéutico es uno de los factores que mayor carga tienen en el éxito de la terapia. Se pueden usar unas técnicas u otras según el enfoque terapéutico que se siga, pero lo que más promueve cambios positivos en el bienestar de la persona es el tipo de relación que se genere con el terapeuta.

Michael Lambert (1992) estudió los factores comunes a todos los tipos de enfoque terapéutico y que influyen en el éxito de la terapia. Comprobó que la relación terapéutica supone un 30% del éxito, mientras que las técnicas empleadas, independientemente de que enfoque provengan, sólo un 15%. Otros factores que influyen en el éxito de la terapia y que dependen en mayor medida del paciente son sus habilidades para buscar y aprovechar apoyo del entorno y su resiliencia, aspectos que constituyen los factores extraterapéuticos (40%). Por otro lado, la esperanza o expectativas del paciente, lo que se llamaría efecto placebo, tienen una carga en el éxito terapéutico del 15%.

¿Cómo se ponen en marcha estos factores de riesgo? El ciclo abstinencia-recaída.

Según Blasco et al. (2008), la conducta adictiva es un producto del aprendizaje a largo plazo, por lo que los procesos cognitivos que se ponen en marcha son rápidos y automáticos. De manera que, para lograr inhibir la conducta, se hace necesario realizar un esfuerzo cognitivo importante.

En los primeros momentos de consumo, la persona actúa a través de procesos controlados. Cuando esto se repite de forma continuada, surge un patrón de habituación con el que el proceso pasa a ser automático. Las actitudes que se activan

de forma automática influyen en nuestro comportamiento. Y sin motivación u oportunidad para controlar de forma deliberada la conducta, ésta estará influenciada de manera más fuerte por los procesos automáticos (Fazio, 1990). Por ejemplo, en el estudio de Palfai y Ostafin (2003), se observó que las asociaciones automáticas de aproximación al alcohol predecían fuertes episodios de consumo, reactividad a las señales ambientales relacionadas con el alcohol, como la urgencia de beber, y dificultad en el control del consumo. Por consiguiente, las asociaciones afectivas con los estímulos predicen el comportamiento cuando no existe autocontrol o cuando es un proceso automático.

La naturaleza no voluntaria de la adicción ha sido explicada a través del constructo psicológico de los procesos mentales automáticos (Shiffrin y Schneider, 1977). El consumo se llevaría a cabo por procesos inintencionales, sin esfuerzo, con dificultad para controlarlos y no conscientes. Así, esquemas de acción maladaptativos son activados de forma automática ante estados afectivos negativos, malestar o estrés. También se activan cuando no existen habilidades de afrontamiento o éstas no son eficaces. Esto resulta en un sesgo atencional a las señales ambientales relacionadas con el consumo. Y la alta reactividad psicofisiológica a estas señales puede desencadenar el craving y el consecuente consumo para reducir el malestar.

Ante el deseo intenso de consumir, se generan en el sujeto unas expectativas de gratificación basadas en la experiencia anterior con la sustancia. Esto hace que su atención se focalice en los efectos positivos inmediatos de realizar el acto. En cambio, las consecuencias negativas que conlleva aparecen a más largo plazo. De manera que son vistas en un segundo plano, no se les presta atención o se ignoran.

Cuando el sujeto toma la decisión de no consumir y comienza la abstinencia afronta situaciones de alto riesgo como las indicadas anteriormente (estados emocionales negativos, conflictos con otras personas o la presión social y del entorno). Estas situaciones activan su deseo por la sustancia. Ponen en marcha una conducta sobreaprendida, y

por lo tanto automatizada. Focalizan su atención en las consecuencias reforzantes del consumo y no prestan atención a las negativas.

Para que el sujeto dirija su atención hacia su objetivo de no consumo e inhiba las respuestas inapropiadas tiene que hacer uso de mecanismos de atención voluntaria. Se hace necesario realizar un esfuerzo para mantener el control atencional, pero en episodios de craving existe un déficit de atención consciente. Con el entrenamiento en focalización atencional selectiva-consciente (no automática), la persona puede adquirir la capacidad de distanciamiento de aquellos contenidos mentales y emocionales que van a sustentar la toma de decisión para el consumo en el episodio de craving (Blasco et al., 2008).

Por otro lado, el autocontrol supone el control de los propios impulsos y reacciones. Es una capacidad de recursos limitados por lo que su eficacia disminuye conforme se emplea. Además, puede verse mermado por el consumo de recursos atencionales (Kliegel y Jäger, 2006) que se da en los estados emocionales negativos. Y estos estados son una de las situaciones de alto riesgo de consumo que más ocurren.

El afecto negativo aumenta el carácter incentivo del consumo de la sustancia (Cox y Klinger, 1988), precipitando la aparición del deseo intenso por consumir. Las asociaciones pasadas entre los afectos negativos con el deseo de consumir y la recaída, hacen que el malestar ocasionado por la abstinencia incremente el craving. Ostafin et al., (2008) comprobaron que la asociación afectiva automática que existe con la sustancia predice su uso.

Las estrategias cognitivo-conductuales empleadas para modificar estas asociaciones afectivas a nivel implícito tienen una utilidad limitada (Wiers et al., 2005). Es necesario alterar la red asociativa, no a través del cambio del contenido de la experiencia, sino con el cambio de la relación que uno mismo tenga con la experiencia interna (Hayes, 2004). Esto se puede conseguir a través de la toma de conciencia de estos patrones cognitivos y emocionales.

Aprendiendo formas alternativas de respuesta se pueden interrumpir los procesos cognitivos automáticos que llevan a la recaída. Aceptando la experiencia como algo externo a ellos mismos, desglosándola y siendo no reactivos a ella. Viendo los estados como transitorios y sujetos a cambio, no como algo permanente (Witkiewitz y Bowen, 2010). Tomar conciencia y aceptar de forma no crítica los estados de ánimo negativos rompe la asociación que habitualmente tenían con el deseo intenso por consumir para evitar el malestar. Así mismo, tolerar el malestar, reduce el nivel de craving y la probabilidad de recaer en el consumo.

La práctica de mindfulness ayuda a la recuperación de los trastornos de sustancias evitando la recaída a través de distintas técnicas (Garland et al., 2010). Una de ellas es la desautomatización de los esquemas de acción de consumo. El concepto de desautomatización (Deikman, 1966) se refiere a la reinversión de la atención a los patrones habitualmente inconscientes de la percepción y el comportamiento. Esto resulta en una disminución del sesgo atencional a señales apetitivas subliminales. Además, la disrupción de la automaticidad del esquema de acción habitual ocasiona un incremento de la percepción del craving y su posible control.

Por otro lado, es muy común tratar de suprimir los pensamientos relacionados con el consumo y el malestar. Pero se ha visto que esto normalmente resulta en un incremento en su intensidad y frecuencia más que en una reducción de los mismos (Klein, 2007; Wegner et al., 1987), dando lugar a un mayor consumo (Palfai et al., 1997). Esto se debe a que la persona agota sus recursos de autocontrol (Garland et al., 2011).

Por ello, aceptar los pensamientos de deseo intenso por consumir sin juzgarlos, sin tratar de detenerlos o sin sentirse mal por tenerlos, facilita que estos no aparezcan con más fuerza y con ello disminuyen las posibilidades de la recaída. En lugar de tratar de suprimir los pensamientos, sensaciones y emociones, se trata de aceptarlos, no juzgarlos y no reaccionar a los mismos. Así, se disminuye la supresión de pensamientos, se da un incremento de la conciencia de los impulsos de

consumo a lo largo del tiempo, se incrementa la recuperación de la tasa cardíaca ante exposición a señales ambientales, y se mejora la habilidad para inhibir las respuestas apetitivas.

Otra técnica puesta en práctica con el mindfulness consiste en observar el deseo intenso de consumir (craving) para tomar conciencia sobre él y aprender a aceptarlo sin reacción ni juicio. Si entendemos la adicción como un esfuerzo por aferrarse o evitar experiencias cognitivas, afectivas o físicas dolorosas, es importante que seamos conscientes de que ningún estado, ni positivo ni negativo, es duradero. Así, vemos que es, no sólo inútil, sino también doloroso, realizar un esfuerzo por lograr o por quedarnos aferrados a un estado en concreto. Cuanto mayor es nuestro nivel de aceptación de nuestro estado físico y afectivo actual, menor es el grado de aferramiento al deseo por consumir (Breslin et al., 2002).

Además, dado el parecido que puede entereverse entre la impulsividad y la atención plena al aquí y al ahora (mindfulness), es interesante diferenciarlos. Aunque ambos aspectos se centran en el momento presente, la atención plena hace énfasis en su deriva, tomando conciencia de la impermanencia natural de todas las cosas (Marlatt, 2002). Se tienen en cuenta las consecuencias potenciales de una acción y la potencial recompensa y beneficios de no actuar. Todo cambia y los impulsos y los deseos del presente vienen y van.

Quienes no tienden a pensar y a reflexionar en las consecuencias de un acto antes de llevarlo a cabo, tienen más probabilidades de actuar con el “piloto automático” y de dejarse llevar por sus pensamientos y sentimientos. La impulsividad está significativamente asociada al consumo y abuso de alcohol (Murphy y MacKillop, 2012; Magid y Colder 2007; Ruiz et al., 2003).

Una técnica basada en el mindfulness conocida como “urge surfing” puede ser útil para personas que tienden a experimentar fuertes impulsos. Esta técnica enseña a los sujetos a visualizar la urgencia como una ola y a surfearla permitiendo que pase sin dejarse arrasar por ella.

Otras técnicas del mindfulness son el “decentering” o descentración, la capacidad de observar

nuestros pensamientos y sentimientos con conciencia de que son efímeros y no necesariamente importantes o reflejo de la realidad o de nuestra valía (Segal et al., 2002). La conciencia metacognitiva consiste en tener conocimiento sobre la propia conciencia, una conciencia global que controla al mismo tiempo el objeto y los procesos de cognición (Garland, 2007). Y la reevaluación positiva, que consiste en reinterpretar o reformular un suceso estresante o el craving como una fuente u oportunidad para el crecimiento personal (Garland et al., 2011).

La tendencia a no juzgar subjetivamente las experiencias, a no reaccionar a las experiencias internas, y a ser experimentalmente consciente de las mismas, está inversamente relacionada con el abuso del alcohol (Murphy y MacKillop, 2012).

Tratamientos habituales frente a la práctica de mindfulness ante la abstinencia.

Un tratamiento ampliamente aceptado por su eficacia para el tratamiento del consumo de alcohol, cocaína, cannabis y opiáceos (Luengo et al., 2001) es el del modelo de prevención de recaídas de Marlatt y Gordon (1985). Este modelo se basa en los principios de la teoría del aprendizaje social de Bandura. Fue el primer y más integrador modelo cognitivo-conductual que explicaba el fenómeno de la recaída. Este modelo identifica el factor que media entre el estado de abstinencia y la recaída como una situación de alto riesgo que supone una amenaza para el autocontrol personal del mantenimiento de la abstinencia.

Su objetivo principal consiste en identificar los precipitantes situacionales, sociales, afectivos y cognitivos del consumo de sustancias. Y así, poder anticiparlos y hacerles frente con habilidades de afrontamiento. La recaída es una experiencia de aprendizaje entendida como una oportunidad para el desarrollo del autocontrol o la autoeficacia. Y también, una ocasión para la puesta en práctica de las habilidades de afrontamiento.

Para ello, el programa de prevención de recaídas trabaja el entrenamiento en habilidades de afrontamiento cognitivas y conductuales, la reestructuración cognitiva y el reequilibrio del estilo de

vida. Se practican dichas técnicas a través del afrontamiento de situaciones de alto riesgo intrapersonales. Algunas de estas situaciones son los estados emocionales negativos, los estados fisiológicos negativos derivados o no del uso de la sustancia, el deseo de incrementar los estados emocionales positivos y la cesión ante tentaciones o impulsos. Y a través del afrontamiento de situaciones de alto riesgo interpersonales, como los conflictos con otras personas, el incremento de estados emocionales positivos y la presión social.

También se desarrolla mayor autocontrol para anticipar y afrontar los problemas de las recaídas. Para ello se utilizan técnicas de discusión de la ambivalencia sobre el trastorno adictivo y la identificación de desencadenantes emocionales y ambientales del craving y del consumo. También se desarrollan estrategias específicas para hacer frente a los factores de estrés internos o externos. Se aprende de los episodios breves de consumo explorando los desencadenantes de la posible recaída. Se desarrollan técnicas eficaces para la intervención precoz. Y, por último, se reduce la exposición a estímulos relacionados con las drogas y se modifican las respuestas a los mismos (Blasco et al., 2008).

Dentro del programa de prevención de recaídas hay un entrenamiento específico (Dimeff y Marlatt, 1995) con el que se informa a la persona de que las recaídas son posibles, se le enseña a diferenciar la recidiva de la recaída y su papel en ellos. Se analizan los factores que han llevado a la recidiva o a la recaída. También se entrena en habilidades específicas de afrontamiento ante situaciones de alto riesgo, en la toma de decisiones hacia el no consumo en situaciones de alto riesgo y en estrategias globales de afrontamiento y de estilo de vida para mantenerse abstinente.

Además del modelo de prevención de recaídas, existen otros programas de tratamiento como el mantenimiento con metadona, la comunidad terapéutica, los centros de día con tratamientos libres de drogas y los programas de desintoxicación ambulatoria (Sells y Simpson, 1979). Pero no existe ningún estudio que indique qué enfoque de tratamiento resulta más efectivo a

la hora de reducir el número de recaídas. Esto puede deberse a problemas metodológicos de los estudios respecto al control y análisis de variables anteriores al tratamiento, la especificación de los tratamientos y la clarificación en las variables de resultados (Luengo et al., 2001). Se observa que la tasa de recaídas en el consumo es alta independientemente de la modalidad de tratamiento empleada. Quizá estos enfoques ya establecidos se centran más en conseguir la abstinencia a corto plazo. En este trabajo se plantea el promover alguna alternativa de terapia que trabaje a largo plazo aspectos de la persona que controlen el riesgo de las recaídas.

La prevención de recaídas es uno de los tratamientos cognitivo-conductuales que inicialmente se diseñó para combinarlo con los tratamientos ya existentes aunque también ha sido utilizado como único tratamiento. Además, ha servido de base para otros numerosos tratamientos cognitivo-conductuales. Con otros tipos de tratamiento como la intervención motivacional breve también se encuentra una alta eficacia impidiendo el deseo durante la abstinencia. Pero los participantes en ese tipo de terapias de mejora de la motivación son propensas a la recaída eventual, de hecho, la recaída es normalmente una parte del proceso de recuperación. La práctica de mindfulness puede solidificar las ganancias del tratamiento pre abstinencia y proporcionar un enfoque a largo plazo efectivo para afrontar los estresores precipitantes de la recaída (Garland et al., 2010).

Un gran cuerpo de investigaciones sugieren que el mindfulness afecta a la cognición implícita y a los procesos atencionales (e.j. Jha et al., 2007; Lutz et al., 2008; Wenk-Sormaz, 2005). Ya que los trastornos por consumo de sustancias envuelven sesgos automáticos y atencionales, el entrenamiento en mindfulness puede ser un tratamiento efectivo para personas dependientes de sustancias haciendo frente al estrés y el malestar.

Así, un nuevo enfoque de tratamiento de los problemas de alcohol y consumo de sustancias fue descrito por Witkiewitz, Marlatt y Walker (2005):

el programa de prevención de recaídas basada en mindfulness (mindfulness-based relapse prevention, MBRP).

Este programa combina técnicas específicas del programa de prevención de recaídas con la práctica regular de "mindfulness". Proporcionando al paciente de un mayor número de recursos o estrategias de afrontamiento de la situación de craving para evitar la recaída. La terapia basada en mindfulness potencia subcomponentes de la atención que facilitan la evitación o supresión de pensamientos relacionados con el consumo. Se entrena en el reconocimiento precoz de las señales de peligro (externas o internas) asociadas al consumo y se adopta una actitud objetiva y de monitorización de las contingencias que las acompañan.

Hallazgos que muestran la validez y eficacia de la práctica de mindfulness en el tratamiento de consumo de sustancias.

Muchos estudios aportan evidencia del valor de incorporar la práctica de mindfulness en el tratamiento de consumo de sustancias (Gifford et al., 2004; Linehan et al., 1999)

El entrenamiento en mindfulness reduce el malestar afectivo en los trastornos del estado de ánimo y mejora el estado de bienestar (Brown y Ryan, 2003; Carlson et al., 2004). También se ha encontrado una asociación entre mindfulness y la disminución de los síntomas depresivos en la recaída (Ma y Teasdale, 2004). Como hemos visto, el estrés y el afecto negativo están asociados al uso de sustancias, de modo que el entrenamiento en mindfulness resultaría útil para reducirlos.

Por otro lado, Bowen y colaboradores (2006), estudiaron los efectos de un curso de 10 días de meditación mindfulness vipassana en el consumo de sustancias con personas encarceladas. Los resultados mostraron reducciones significativas en el consumo en contraste con los que recibieron el tratamiento habitual. Y además, estas reducciones en el consumo se comprobó que tuvieron una duración de hasta 3 meses después de haber salido de la cárcel.

Así mismo, realizaron un nuevo estudio con

personas encarceladas con trastorno de estrés postraumático y consumo de sustancias (Simpson et al., 2007). Encontrando que independientemente de los niveles de severidad del TEPT, la participación en el curso de meditación vipassana resultó en grandes reducciones significativas en el consumo de sustancias.

También aplicaron el curso de 10 días de meditación vipassana con personas que consumían alcohol para medir el rol de la supresión de pensamientos en el consumo (Bowen et al., 2007). Los resultados mostraron mayores disminuciones en los intentos por evitar pensamientos indeseados en comparación con las personas que no participaron en el curso. Es interesante observar que a través de la meditación, no se modificó la frecuencia de los pensamientos intrusivos sino la forma en la que las personas les hacían frente.

En el estudio piloto de Davis et al., (2007) se utilizó el programa de reducción del estrés basado en mindfulness (MBSR) a una muestra de fumadores. Se encontró una relativa alta tasa de abstinencia (56%) en el grupo MBSR para dejar de fumar en contraste con otros tratamientos anteriores (33%). El cumplimiento de la práctica de la meditación parece estar asociada a la abstinencia en el consumo del tabaco, ya que se encontró una abstinencia del 100% de los participantes que cumplieron con las prácticas de meditación durante 6 semanas. Presentar un alto malestar afectivo antes del programa resultaba en un mayor nivel de abstinencia. Esto puede deberse a que cuanto mayor es el nivel de malestar afectivo mayores beneficios se obtienen de la práctica del mindfulness. Además de que están más motivados a practicarla.

Se encontraron disminuciones substanciales en informes de estrés y malestar afectivo y la consecución de una abstinencia del 100%. Sugiriendo que la práctica de mindfulness tiene un efecto potencial en la reducción del estrés o del malestar afectivo. También se encontró que los sujetos que cumplieron de forma constante las prácticas de meditación durante las 6 semanas del curso tenían una disminución en los resultados del test SCL-90-

R. Este test se utiliza “como medida de cribado o bien para valorar los cambios sintomáticos debidos al tratamiento” (Derogatis, 1975), Por lo que, mostraron mayores cambios en los síntomas en comparación con los que no cumplieron con la práctica de la meditación.

Otro estudio (Dabbaghi et al., 2008) comprobó que la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) es más efectiva que el tratamiento farmacológico con naltrexona. Tanto en la prevención de recaídas como en el cumplimiento y la continuidad del tratamiento. Disminuyendo la cantidad de consumo, los síntomas somáticos, la ansiedad, la disfunción social y mejorando la salud.

En cuanto al programa de prevención de recaídas basado en mindfulness (MBRP), el primer estudio que se realizó para valorar su eficacia fue el de Bowen and cols. (2009). En este estudio hallaron respaldo preliminar para la viabilidad, aceptación y eficacia del programa MBRP para consumo de sustancias. Encontraron que sujetos que recibieron MBRP mostraron niveles significativamente menores de craving tras el tratamiento en comparación al grupo control que recibió el tratamiento habitual.

En otro estudio de Witkiewitz y Bowen (2009), los sujetos del grupo MBRP que mostraron más síntomas depresivos usaron sustancias menos días que los que pertenecían al grupo de tratamiento habitual. Además, los sujetos del grupo MBRP que siguieron con la práctica de la meditación continuaron la abstinencia durante los 4 meses siguientes a la intervención, a pesar de los síntomas depresivos. Sin embargo, no se concluye que exista una relación causal entre la práctica de mindfulness y el menor riesgo de recaída, pero sí que existe una asociación.

Ese mismo año, Douglas (2009) publicó un estudio experimental que determinaba si existía una diferencia significativa en los resultados en el programa de prevención de recaídas basado en mindfulness (MBRP) combinado con el modelo Matrix. Este modelo es un programa estándar y con eficacia probada utilizado desde los años 80. Consiste en una intervención multicomponente enfocada al manejo de contingencias. Los resul-

tados indicaron que añadir el programa MBRP tenía mejoras estadísticamente significativas en la adherencia al tratamiento y la abstinencia del consumo.

En relación a los aspectos neurobiológicos, Bowen et al. (2009), encontraron resultados consistentes entre la práctica de mindfulness y cambios en las regiones del cerebro que intervienen en la modulación del arousal y la regulación emocional. Más tarde, Westbrook et al. (2011), observaron que la práctica de meditación en mindfulness producía una reducción a nivel neural de los aspectos de craving. Las regiones cerebrales que están típicamente activadas durante el craving (p.ej. el córtex cingulado anterior subgenual) mostraron una menor actividad durante la atención plena a imágenes relacionadas con el tabaco en personas consumidoras. Además, durante la atención plena hubo una conectividad funcional significativamente inferior entre el córtex cingulado anterior subgenual y otras regiones asociadas al craving, incluyendo el cuerpo estriado y la ínsula.

Otro ensayo piloto aleatorizado de la prevención de recaída basada en mindfulness (MBRP) se realizó para evaluar la viabilidad y establecer la eficacia inicial del protocolo de tratamiento MBRP. Encontraron una disminución en el consumo tras los 2 y 4 meses siguientes al tratamiento. También se observó una disminución significativamente mayor del craving a lo largo de los 4 meses del período de seguimiento en los pacientes MBRP en comparación con los del grupo de tratamiento habitual. Además, se dieron incrementos significativos en el factor “aceptación” medido con el cuestionario “acceptance and action questionnaire” (Hayes et al., 2004) en MBRP en comparación con los participantes del tratamiento habitual.

Los sujetos que recibieron MBRP tenían menor probabilidad de experimentar craving en respuesta a estados de ánimo deprimidos y una menor reactividad a estos estados. La reducción del craving predecía menores días de uso de sustancias en aquellos que recibieron MBRP. Se extrae de este estudio que el programa de prevención de recaídas basada en mindfulness (MBRP) produce menores niveles de la respuesta

habitual al deseo intenso de consumo durante los períodos de estado de ánimo negativo. Esto se consigue a través de la toma de conciencia de los actos, la aceptación de la experiencia y una actitud no enjuiciosa o crítica de la experiencia interna.

En consumidores de alcohol, Fernández et al. (2010), encontraron que algunos factores de mindfulness están negativamente relacionados con el comportamiento adictivo. Un factor era “actuar con conciencia”, como habilidad para centrar la atención en el momento presente en vez de atender a otras cosas. El otro factor era “describir la experiencia”, como habilidad para describir o etiquetar las emociones. Tener un mayor grado de atención plena o conciencia sobre los actos, predice una detención del acto impulsivo de beber en los consumidores de alcohol y por lo tanto un menor consumo.

Otro estudio piloto aleatorizado con una intervención en mindfulness fue llevado a cabo por Garland et al. (2010). La intervención estaba diseñada para interrumpir los mecanismos de riesgo cognitivos, afectivos y fisiológicos implicados en la precipitación de la recaída en el consumo de alcohol a causa del estrés. Encontraron que el entrenamiento en mindfulness redujo significativamente el estrés y la supresión de pensamientos. También incrementó la recuperación fisiológica ante las señales ambientales asociadas a la dependencia del alcohol. De manera que el entrenamiento en mindfulness parece ser una posible alternativa de tratamiento para la recaída precipitada por el estrés entre las personas vulnerables. Evitándose a través del desarrollo de la regulación emocional ante señales ambientales relacionadas con la sustancia. Así como con el distanciamiento de los pensamientos y deseos de consumo que suscitan.

En 2010 también se realizó un ensayo sobre la depresión, el craving y el consumo de sustancias empleando el programa de prevención de recaídas basada en mindfulness (MBRP) (Witkiewitz y Bowen, 2010). Según los resultados, el programa MBRP parece influir en las respuestas cognitivas y de comportamiento a los síntomas depresivos. Explicando de forma parcial las reducciones que se

encontraron en el consumo de sustancias después de la intervención. Este estudio aporta evidencia del valor de incorporar la práctica de mindfulness en los tratamientos del abuso de sustancias e identifica un mecanismo potencial de cambio tras la intervención.

Para concluir este apartado, es interesante mencionar una de las últimas investigaciones de Bowen et al. (2014) sobre la efectividad del programa de prevención de recaídas basada en mindfulness (MBRP). Evaluaron la eficacia a largo plazo del programa durante un periodo de seguimiento de 12 meses comparándolo con el programa habitual de los 12 pasos y el de prevención de recaídas. Los participantes del MBRP informaron de un significativo menor riesgo de recaída durante los 12 meses. Así, vemos que la práctica de mindfulness apoya los resultados a largo plazo mediante el fortalecimiento de la capacidad de monitorear y afrontar habilidosamente el malestar asociado con el craving o el afecto negativo.

Un acercamiento al programa de prevención de recaídas basado en mindfulness (MBRP, Mindfulness-Based Relapse Prevention Program; Bowen, Chawla y Marlatt, 2010; Witkiewitz, Marlatt, & Walker, 2005).

Este programa combina el modelo de prevención de recaídas cognitivo-conductual de Marlatt (Marlatt y Gordon, 1985) con la práctica de atención plena adaptada del programa de Mindfulness basado en la reducción del estrés (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR, Kabat-Zinn, 1985) y la terapia cognitiva basada en mindfulness (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT, Teasdale, J.; Segal, Z.; y Williams, M., 2003).

El programa integra el entrenamiento de habilidades cognitivo-conductuales para la prevención de recaídas: se identifican situaciones de alto riesgo y se desarrollan habilidades de afrontamiento efectivas que promuevan la autoeficacia y el autocontrol. Esto se realiza con la práctica de meditación formal y la discusión. Aumentando la conciencia discriminativa sobre las señales o desencadenantes emocionales, cognitivos y ambientales que habían sido

asociados con el consumo de la sustancia. Usando un enfoque no crítico y de aceptación de los estados afectivos negativos. Con un análisis de sus componentes emocionales, físicos y cognitivos se detiene la habitual reacción automática de evitación o escape.

Se trabajan temas como el “piloto automático” y su relación con la recaída, el reconocimiento de los pensamientos y emociones relacionados con los desencadenantes, el rol de los pensamientos en la recaída, la integración de las prácticas de mindfulness en el día a día y la exposición a situaciones de alto riesgo para la práctica de las habilidades adquiridas.

La exposición repetida a situaciones de alto riesgo haciendo uso de la atención plena sin caer en la tentación lleva a un incremento en la percepción de autoeficacia. Además, produce un contracondicionamiento de los reforzamientos positivos y negativos anteriormente asociados con los efectos de una sustancia adictiva (Witkiewitz et al., 2005).

Entender los episodios de craving durante la abstinencia desde un enfoque de aceptación, no reactividad y no juicio, alivia las emociones negativas asociadas con la autocrítica, como la vergüenza, la culpa (Soutullo, McElroy, y Goldsmith, 1998) o la frustración. Esto también proporciona una mayor sensación de autocontrol, lo que disminuye la probabilidad de recaída.

Aunque existen otros tratamientos basados en mindfulness o algunos componentes relacionados que han sido utilizados para tratar el consumo de sustancias, el programa de prevención de recaídas basado en mindfulness está específicamente diseñado para los consumidores de sustancias.

El programa consta de 8 sesiones de dos horas con práctica formal de mindfulness junto con ejercicios y habilidades diseñadas para llevar a cabo esta práctica en el día a día. Especialmente en situaciones en las que un sujeto se encuentra en alto riesgo de recaer.

Las primeras tres sesiones se centran en aumentar la conciencia sobre los desencadenantes ambientales, y las reacciones físicas, afectivas

y cognitivas que les siguen. También realizan la práctica informal de mindfulness basada en la meditación. En la sesión dos se comienzan ejercicios diseñados para elicitarse el deseo y afrontar el craving. A través de una exposición graduada en imaginación a los estados de craving siguiendo unas instrucciones para “permanecer en” la experiencia sin exacerbarla, abandonarse en ella o tratar de eliminarla. De esta manera se practica la no-reactividad a los desencadenantes del consumo que los ponen en riesgo de recaída. Asimismo, se enseña una respuesta alternativa, competitiva con la de craving. Se toma conciencia de los patrones cognitivos o comportamentales habituales que tienden a intensificar el deseo de consumo y no se participa en ellos.

Se mantiene una práctica continuada de la meditación formal y de los ejercicios diseñados para incrementar la conciencia sobre los desencadenantes y las reacciones a estos. Adquiriendo la capacidad de sobrellevar el malestar y evitándose así la vuelta al consumo para tratar de aliviarlo. Las dos últimas sesiones se centran en los factores sociales y ambientales, tanto en los que apoyan como en los que entorpecen el mantenimiento de las ganancias del tratamiento, y en una práctica continuada de mindfulness. Asegurando de esta manera que tras el programa se siga aplicando la atención plena en el día a día y sus efectos se mantengan a largo plazo.

CONCLUSIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

A lo largo de este artículo hemos podido observar como la práctica de mindfulness y, en concreto, el programa de prevención de recaídas basado en mindfulness (MBRP), resulta un tratamiento efectivo para evitar las recaídas y para la consecución de la abstinencia a largo plazo.

En los trastornos por consumo de sustancias puede resultar útil el empleo de los tratamientos habituales para el cese del consumo, como el programa de 12 pasos o el modelo Matrix, combinado con el programa de prevención de recaídas basado en mindfulness (MBRP) en el período de abstinencia. Resultando en un mayor éxito tera-

peútico y en menores tasas de recaídas, ya que el tratamiento de MBRP induce tras la finalización del programa, a continuar con la práctica cotidiana de mindfulness.

Así, las habilidades y herramientas adquiridas durante el tratamiento se mantienen a largo plazo. Como hemos estudiado, actuar siendo conscientes y aceptando los estados negativos físicos, cognitivos y/o emocionales, respondiendo de forma habilidosa a ellos en vez de reaccionar de forma automática, o la disminución de la autocrítica y el craving, evitan las recaídas en situaciones de alto riesgo. Ya que con la práctica de mindfulness se disminuye la necesidad de aliviar el malestar con el consumo.

Sin embargo, se necesitan más estudios aleatorizados para poder valorar la eficacia de los distintos componentes utilizados en el tratamiento de prevención de recaídas basado en mindfulness. Por ejemplo, sería interesante determinar los mecanismos de acción que ayudan a los pacientes a hacer frente de manera más eficiente el malestar durante la abstinencia. Así como comprobar la eficacia de los componentes para las distintas sustancias adictivas y para las diferentes subpoblaciones de drogodependientes. Igualmente, realizar investigaciones que incluyan un seguimiento de más de 12 meses después del tratamiento, nos permitiría poder generalizar las conclusiones y resultados aportados por los estudios comentados anteriormente con mayor seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

- Bandura, A. (1981). Self-referent thought: A developmental analysis of self-efficacy. In J. H. Flavell & L. Ross (Eds.), *Social cognitive development: Frontiers and possible futures*. Cambridge: Cambridge University Press, 200-239.
- Blasco, J.; Martínez-Raga, J.; Carrasco, E.; y Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Addicciones*, 20(4): 365-376.
- Breslin, F.C.; Zack, M.; McMMain, S. (2002). An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clin Psychol-Science Pr*, 9(3): 275-299.
- Bowen, S.; Chawla, N.; Collins, S.E.; Witkiewitz, K.; Hsu, S.; Grow, J.; Clifasefi, S.; Garner, M.; Douglass, A.; Larimer, M.E.; y Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Subst Abus*, 30(4): 295-305.
- Bowen, S.; Witkiewitz, K.; Dillworth, T.M.; y Marlatt, G.A. (2007). The role of thought suppression in the relation between mindfulness meditation and alcohol use. *Addict behav*, 32 (10): 2324-2328.
- Bowen, S.; Witkiewitz, K.; Dillworth, T. M.; Chawla, N.; Simpson, T. L.; Ostafin, B. D.; Larimer, M. E.; Blume, A. W.; Parks, G. A.; y Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviours*, 20(3): 343-347.
- Bowen, S., PhD; Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, G., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., y Larimer, M. E. (2014) Relative Efficacy of Mindfulness- Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders: A Randomized JAMA Psychiatry. Advanced online copy.
- Brown K.W. y Ryan R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol*, 84:822-848.
- Carlson, L.E.; Speca, M.; Patel, K.D.; y Goodey, E. (2004). Mindfulness-based stress reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, 29:448-474.
- Carson, J.W.; Carson, K.M.; Gil, K.M.; y Baucom, D.H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, 35:471-494.
- Chan-OB, T.; y Boonyanaruthee, V. (1999). Meditation in association with psychosis. *J Med Assoc*

Thai; 82: 925-30.

Connors, G. J., Maisto, S. A. y Donovan, D. M. (1996). Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91: 5-14.

Cox, W.M.; y Klinger, E. (2002). Motivational structure. Relationships with substance use and processes of change. *Addict Behav*, 27(6):925-940.

Cox, W. M.; y Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 168-180.

Dabbaghi, P.; Asharnejad, A.; Kazem, M.; y Bolharic, J. (2008). Effectiveness of Group Cognitive Therapy Based on Mindfulness and Spiritual Schema Activation in the Prevention of Opioid Abuse Relapse. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13(4): 366-375.

Davis, J.M.; Fleming, M.F.; Bonus, K.A.; y Baker T.B. (2007). A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 7:2.

Deikman, A.J. (1966). Deautomatization and the mystic experience. *Psychiatry*, 29:324-388.

Derogatis, L. (1975) Brief Symptom Inventory. Baltimore. Clinical Psychometric Research.

Dimeff, L.A.; Marlatt, G.A. Relapse prevention. In: Hester RK, Miller WR, editors. *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives*. 2nd. Boston: Allyn and Bacon; 1995. pp. 176-194.

Douglas, J. U. (2009). Mindfulness Based Relapse Prevention and the matrix model in substance abuse relapse prevention. Minneapolis: Walden University.

Fazio, R. H. (1990). Multiple processes by which attitudes guide behavior: the MODE model as an integrative framework. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 23 (pp. 75-109). New York: Academic Press.

Fernández, A.C.; Wood, M.D.; Stein, L.A.R.; y Rossi, J.S. (2010). Measuring mindfulness and examining its relationship with alcohol use and negative consequences. *Psychol Addict Behav*,

24(4):608- 616.

García, R.; Monterrey, A.L.; y González de Rivera, J.R. (1992). Meditación y psicosis. *Psiquis*, 13: 39-43.

Garland, E.L.; Gaylord, S.A.; Boettiger, C.A.; y Howard, M.O. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol dependence: Results from a randomized controlled pilot trial. *Journal of Psychoactive Drugs*, 42(2), 177-192.

Garland, E.L.; Schwarz, N.; Kelly, A.; Whitt, A.; y Howard, M.O. (2012). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement for alcohol dependence: Therapeutic mechanisms and intervention acceptability. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 12, 242-263.

Garland, E.L. (2007). The meaning of mindfulness: A second-order cybernetics of stress, meta-cognition, and coping. *Complementary Health Practice Review*, 12(1):15-30.

Gaylord, S.A.; Palsson, O.; Garland, E.L.; Faurot, K.; Coble, R.; Frey, W.; Mann, D.J.; y Whitehead, W. Mindfulness training reduces the severity of irritable bowel syndrome in women: Results of a randomized controlled trial. *American Journal of Gastroenterology*.

Gifford, E.V.; Kohlenberg, B.S.; Hayes, S.C.; Antonuccio, D.O.; Piasecki, M.M.; Rasmussen-Hall, M.L. (2004). Acceptance-Based Treatment for Smoking Cessation. *Behavior Therapy*, 35:689-705.

Grau-López, L.; Roncero, C.; Daigre, C.; Gonzalvo, B.; Bachiller, D.; Rodríguez-Cintas, L.; Egido, A.; y Casas, M. (2012). Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones*, 24(2): 115-122.

Guirado, V.; Freixa, M.; Guardia, J.; Salafranca, Ll.; y Turbanny, J. (1994). Predicción del riesgo de recaída en tratamientos de drogodependientes. *Adicciones*, 6, 453-463.

Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.

- Himmelstein, S. (2011). Mindfulness-Based Substance Abuse Treatment for Incarcerated Youth: A Mixed Method Pilot Study. *The International Journal of Transpersonal Studies*, 30(1-2): 1-10.
- Jha, A.; Krompinger, J.; Baime, M. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective, and Behavioral Neuroscience*, 7(2):109–119.
- Kabat-Zinn, J. (2003) Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol*, 10: 144-56.
- Kavanagh, D.J.; Sitharthan, G.; Young, R.M.; Sitharthan, T.; Saunders, J.B.; Shockley, N.; y Gianopoulos, V. (2006). Addition of cue exposure to cognitive-behaviour therapy for alcohol misuse: a randomized trial with dysphoric drinkers. *Addiction*, 101:1106–1116.
- Kjaer, T.; Nowak, M.; y Lou, H. (2002). Reflective Self-Awareness and Conscious States: PET Evidence for a Common Midline Parietofrontal Core. *NeuroImage*, 17(2): 1080.
- Klein, A.A. (2007). Suppression-induced hyperaccessibility of thoughts in abstinent alcoholics: A preliminary investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1):169–177.
- Kliegel, M., y Jäger, T. (2006). The influence of negative emotions on prospective memory: a review and new data. *International Journal of Computational Cognition*, 4: 1–17.
- Lambert, M. (2006). The Contributing Factors of Change in Therapeutic Process. *Contemp Fam Ther*, 28: 201-210.
- Lazarus, A.A. (1976). Psychiatric problems precipitated by Transcendental Meditation. *Psychol Rep*, 39: 601-2.
- Leshner, Al. (1999). Science-based views of drug addiction and its treatment, *JAMA*, 282 (14): 1314-6.
- Luengo, M A.; Gómez-Fraguela, J.A.; Villar, P.; y Romero, E. (2004). Análisis de factores de prevención de recaídas y evaluación de los tratamientos de drogodependencias. *Proyecto Hombre: revista de la Asociación Proyecto Hombre*, 52: 13-16.
- Luengo, M. A.; Romero, E.; y Gómez-Fraguela, J.A. (2001). Análisis de la eficacia y prevención de recaídas en el consumo de drogas.. *Proyecto Hombre*. Editorial Compostela S.A.: Universidad de Santiago.
- Linehan, M.M.; Schmidt, H.; Dimeff, L.A.; Craft, J.C.; Kanter, J.; y Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal on Addictions*, 8(4):279–292.
- Lutz, A.; Slagter, H.A.; Dunne, J.D.; y Davidson, R.J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4):163–169.
- Ma, S.H. y Teasdale, J.D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol*, 72:31-40.
- Magid, V. y Colder, C.R. (2007). The UPPS Impulsive Behavior Scale: Factor structure and associations with college drinking. *Pers Individ Differ*, 43:1927–1937.
- Marlatt, G.A.; y George, W.H. (1984) Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model. *Brithis Journal of Addiction*, 79: 261-273.
- Martínez, J.M.; y Verdejo A. (2011) Creencias básicas adictivas y craving. *Adicciones*, 23 (1): 339 -352.
- Milkman, H.; Weiner, S. E.; y Sunderwirth, S. (1984). Addiction relapse. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 3, 119-134.
- Murphy, C.; y MacKillop, J. (2012). Living in the Here and Now: Interrelationships between Impulsivity, Mindfulness, and Alcohol Misuse. *Psychopharmacology (Berl)*, 219 (2).
- Ostafin, B.D.; Marlatt, G.A.; y Greenwald, A.G. (2008). Drinking without thinking: An implicit measure of alcohol motivation predicts failure to control use. *Behaviour Research and Therapy*, 46: 1210-1219.
- Otis, S.L. (1974) The facts on transcendental meditation: III. If well-integrated but anxious, try MT. *Psychol Today*, 7: 45-6.

Palfai, T.P.; Monti, P.M.; Colby, S.M.; y Rohsenow, D.J. (1997). Effects of suppressing the urge to drink on the accessibility of alcohol outcome expectancies. *Behavior Research and Therapy*, 35(1):59–65.

Palfai, T. P., y Ostafin, B. D. (2003). Alcohol-related motivational schema among hazardous drinkers: assessing implicit response tendencies using the modified- IAT. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1149–1162.

Quesada, M.; Carreras, J.M.; y Sánchez, L. (2002). Recaída en el abandono del consumo de tabaco: una revisión. *Adicciones*, 14(1): 65-78.

Rassin, E. (2003). The White Bear Suppression Inventory (WBSI) focuses on failing suppression attempts. *European Journal of Personality*, 17:285–298.

Robinson, T.E.; y Berridge, K.C. (1993). The neural basis of drug craving: an incentivesensitization theory of addiction. *Brain Res Rev*, 18: 247-91.

Rosenzweig, S.; Greeson, J.M.; Reibel, D.K.; Green, J.S.; Jasser, S.A.; y Beasley D. (2010). Mindfulness-based stress reduction for chronic pain conditions: Variation in treatment outcomes and role of home meditation practice. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(1):29–36.

Rohsenow, D.J.; Monti, P.M.; Rubonis, A.V.; Sirota, A.D.; Niaura, R.S.; y Colby, S.M. (1994). Cue reactivity as a predictor of drinking among male alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(3):620–626.

Ruiz, M.A.; Pincus, A.L.; y Dickinson, K.A. (2003). NEO PI-R predictors of alcohol use and alcohol-related problems. *J Pers Assess*, 81:226–236.

Sánchez, L.; Díaz-Morán, S.; Grau-López, L.; Moreno, A.; Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C., Casas, M. (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitiva conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23, 107-113.

Santos, P.; Palomares, J. V.; y Pastor, M. A. (2000). Variables predictoras de evolución en una unidad de deshabitación residencial. *Adicciones*, 12, 487-491.

Secades, R. y Fernández, J. R. (2000). Cómo mejorar las tasas de retención en los tratamientos de drogodependencias. *Adicciones*, 12, 353-363.

Segal, Z.V.; Williams, J.M.G.; y Teasdale, J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guildford, 2002.

Sethi, S. y Bhargava, S.C. (2003). Relationship of meditation and psychosis: case studies. *Aust N Z J Psychiatry*, 37: 382.

Shiffrin, R. M., y Schneider, W. (1977). Controlled and automatic human information processing: II. Perceptual learning, automatic attending and general theory. *Psychological Review*, 84, 127–190.

Simpson, T.L.; Kaysen, D.; Bowen, S.; MacPherson, L.M.; Chawla, N.; Blume, A.; Marlatt, G.A.; y Larimer, M. (2007). PTSD symptoms, substance use, and vipassana meditation among incarcerated individuals. *Journal of Traumatic Stress*, 20 (3): 239-249.

Skinner, M.D. y Aubin, H.J. (2010). Craving's place in addiction theory: contributions of the major models. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 34, 606-623.

Smith, B. P.; Barry, J.; Keenon, E.; y Dukray, K. (2010). Lapse and relapse following inpatient treatment of opiate dependence. *Irish Medical Journal*, 103, 176-179.

Swett, C. y Noones, J. (1989). Factors associated with premature termination from outpatient treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 947-951.

Teasdale, J.; Segal, Z.; y Williams, M. (2003). Mindfulness Training and Problem Formulation. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10 (2): 157-160.

Tiffany, S.A. (1990). Cognitive model of drug urges and drug-use behavior: role of automatic and nonautomatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.

Walsh, R. y Roche, L. (1979). Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *Am J*

Psychiatry, 136: 1085-6.

Wegner, D.M.; Schneider, D.J.; Carter, S.; y White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53:5-13.

Wenk-Sormaz H. (2005). Meditation can reduce habitual responding. *Alternative Therapies: Health and Medicine*, 11(2):42-58.

Wexler, H. K. y De Leon, G. (1977). The Therapeutic Community: Multivariate Prediction of Retention. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 4, 145-151.

Wiers, R. W.; Van de Luitgaarden, J.; Van den Wildenberg, E.; y Smulders, F. T. Y. (2005). Challenging implicit and explicit alcohol-related cognitions in young heavy drinkers. *Addiction*, 100, 806-819.

Witkiewitz, K. y Bowen, S. (2010). Depression, Craving and Substance Use Following a Randomized Trial of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *J Consult Clin Psychol*, 78(3): 362- 374.

Witkiewitz, K.; Bowen, S.; Douglas, H.; y Hsu, S.H.: (2013). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Craving. *Addict Behav*, 38 (2): 1563-1571.

Witkiewitz, K.; Marlatt, G.A.; y Walker D. (2005) Mindfulness-Based Relapse Prevention for Alcohol and Substance Use Disorders, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19 (3), 211-228

Xie, H.; McHugo, G. J.; Fox, M. B.; y Drake, R. E. (2005). Substance abuse relapse in a ten-year prospective follow-up of clients with mental and substance use disorders. *Psychiatric Services*, 56, 1282-1287.