

SARAH BOWEN
NEHA CHAWLA
G. ALAN MARLATT

**PREVENCIÓN DE RECAÍDAS
EN CONDUCTAS ADICTIVAS
BASADA EN MINDFULNESS**

Guía clínica

**BIBLIOTECA DE PSICOLOGÍA
DESCLÉE DE BROUWER**

Índice

Sobre los autores.	11
Prefacio	13
Agradecimientos	29
Introducción	31
PARTE I: Dirigiendo la prevención de recaídas basada en <i>mindfulness</i>	35
PARTE II: Guía del Facilitador	65
Sesión 1: Piloto automático y recaídas	69
Sesión 2: Consciencia de desencadenantes y deseos	97
Sesión 3: Mindfulness en la vida cotidiana	131
Sesión 4: Mindfulness en situaciones de alto riesgo	157

Sesión 5: Aceptación y acción eficaz	181
Sesión 6: Ver los pensamientos como pensamientos	205
Sesión 7: Auto-cuidado y estilo de vida equilibrado	227
Sesión 8: Apoyo social y continuación de la práctica	243
Referencias	259
Índice de materias	263

Sobre los autores

Sarah Bowen, PhD, es investigadora y terapeuta en el Centro de Conductas Adictivas de la Universidad de Washington, donde se especializó en la práctica de mindfulness para el tratamiento de conductas adictivas. Su línea de investigación se ha centrado, concretamente, en los mecanismos de cambio incluyendo influencias negativas, supresión del pensamiento y síndrome de abstinencia. La Dra. Bowen está especialmente interesada en la aplicación del trabajo basado en mindfulness sobre poblaciones con diagnóstico dual (enfermedad mental y consumo de drogas). Ha codirigido grupos de prevención de recaídas basados en técnicas de “atención consciente” en numerosos entornos, incluyendo organismos privados y públicos así como el Centro Médico para Veteranos de Seattle. Asimismo, presenta, supervisa y enseña el funcionamiento del tratamiento basado en mindfulness para su aplicación a problemas de drogadicción.

Neha Chawla, PhD, es investigadora de post-doctorado en el Centro de Conductas Adictivas de la Universidad de Washington. Su investigación se centra en el desarrollo y evaluación de tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de drogadicción así como en temas relacionados con el entrenamiento de terapeutas y la difusión

del modelo y en el asesoramiento en habilidades terapéuticas. La Dra. Chawla ha dirigido numerosos grupos sobre prevención de recaídas basados en la práctica de la atención consciente tanto en organismos privados como públicos en Seattle y en la Costa Este y también ha codirigido diversos talleres de entrenamiento de terapeutas.

G. Alan Marlatt, PhD¹, es director del Centro de Investigación sobre Conductas Adictivas, profesor de Psicología y profesor adjunto de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Washington. Su especialidad tanto en investigación como en el trabajo clínico es el ámbito de las conductas adictivas. Aparte de más de 250 artículos en revistas y capítulos de libros, ha publicado varios libros sobre el campo de las drogadicciones, incluyendo *Relapse Prevention* (1985, 2005), *Assessment of Addictive Behaviors* (1985, 2005), *Harm Reduction* (1998) y *Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS): a Harm Reduction Approach* (1999). Durante los últimos tres años, el Dr. Marlatt ha venido recibiendo subvenciones para sus investigaciones procedentes de diversos organismos, incluyendo el “National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism”, “National Institute on Drug Abuse”, “ABMRF/The Foundation for Alcohol Research” y “The Robert Wood Johnson Foundation”. Ha recibido el premio “Jellinek Memorial” por su destacada contribución al conocimiento en el campo de los estudios sobre el alcohol (1990), el premio de la fundación “Robert Wood Johnson” para innovadores en la lucha contra el consumo de sustancias (2001) y el premio como “Investigador Distinguido” de la “Research Society on Alcoholism” (2004). En el año 2010 recibió el premio de la Asociación de Terapia Conductual y Cognitiva como reconocimiento a su trayectoria profesional.

1. Alan Marlatt, alma de este libro, no pudo gozar de la satisfacción de ver esta obra publicada en castellano por DDB. Falleció el 14 de marzo de 2011 a causa de un melanoma. Desde estas líneas, nuestro homenaje a este insigne profesional de la Psicología (N. del T.)

Prefacio

La “prevención de recaídas basada en mindfulness” (MBRP) es un programa que integra prácticas de meditación de “consciencia plena” con la tradicional prevención de recaídas (RP). La RP tradicional es una intervención cognitivo-conductual diseñada para ayudar a prevenir o para controlar las recaídas de clientes que estén siguiendo un tratamiento por problemas de conducta adictiva. De modo semejante, la MBRP está diseñada como programa de postratamiento para consolidar los progresos conseguidos en el tratamiento de pacientes externos así como para favorecer un estilo de vida responsable en los sujetos en recuperación. En este libro presentamos estrategias clínicas para el tratamiento del alcoholismo y otros problemas de drogadicción. Asimismo se discuten métodos para enfrentarse a los impulsos y deseos que podrían ser los desencadenantes de las recaídas en una amplia variedad de conductas adictivas. En este prefacio se establece el marco general del material que se presenta en el libro dando cuenta de cómo las investigaciones y experiencias anteriores dieron lugar al surgimiento de la MBRP.

La mayor parte de la presente investigación se ha inspirado en la búsqueda de lo que se ha dado en llamar el “camino intermedio”; es

decir, un equilibrio entre la permisividad perjudicial y la renuncia estricta así como entre la autodisciplina y la autocompasión. Yo empecé mi carrera con un estudio para evaluar el tratamiento del alcoholismo mediante terapia aversiva con descargas eléctricas. La terapia aversiva consiste en un procedimiento de castigo que se establece para transformar el impulso a consumir en una respuesta de rechazo marcada por la tendencia a evitar o escapar del malestar asociado, con el fin de eliminar la tendencia a beber o a consumir drogas. Como tuvimos ocasión de descubrir, aunque tal enfoque terapéutico resulta eficaz a corto plazo, los sujetos bajo terapia aversiva, a menudo, presentan una mayor posibilidad de recaída a largo plazo.

A medida que se iba desarrollando nuestra investigación, mis colegas y yo nos fuimos desplazando hacia un enfoque más equilibrado. Hemos recorrido un largo camino desde entonces y hemos comprobado que el hecho de incorporar habilidades de mindfulness basadas en los principios de la autocompasión y la aceptación de todas las vivencias, incluyendo los deseos e impulsos, puede tener más éxito que los enfoques aversivos para reducir el riesgo de recaídas. La práctica de la “percepción consciente” proporciona medios eficaces y adecuados para lograr un cambio rápido e intencional al tiempo que subraya la amabilidad y la flexibilidad.

La adicción se considera por muchas personas (incluyendo a quienes se identifican a sí mismos como “adictos”) como un problema moral que merece castigo. En la “guerra contra las drogas” los consumidores de drogas ilegales son enviados a prisión como castigo a su conducta inmoral e ilegal, lo cual no es sino una prolongación del enfoque aversivo. Los adictos son considerados, a menudo, los responsables de su “habito nocivo” de consumo continuado de drogas. Generalmente, sienten una gran culpabilidad y vergüenza por su consumo de alcohol y de otras sustancias y no es muy probable que busquen tratamiento de forma voluntaria debido a su miedo a ser rechazados y castigados. Al final, muchos de estos sujetos terminan o bien forzados a buscarse un tratamiento, por regla general como consecuencia de una “intervención” polémica por parte de familiares y compañeros, o encarcelados como consecuencia de algún deli-

to relacionado con las drogas. Tales consecuencias no hacen sino aumentar su propio estigma y vergüenza.

Mi búsqueda de un camino intermedio me llevó a pensar si no habría otra perspectiva, quizás mas positiva, en relación a la naturaleza y origen de la adicción. La psicología budista proporciona una prometedora ruta de recuperación que ofrece medios alternativos y quizás complementarios de superar las conductas adictivas. Según las “Cuatro Nobles Verdades” subrayadas por Buda, la vida está repleta de sufrimiento (primera Verdad) y tal sufrimiento está causado por los apegos y deseos que pueden adoptar diferentes formas tales como el deseo de placer sensual, el querer convertirse en alguien diferente o tratar de alcanzar lo que ha de venir más tarde. También puede tomar la forma de aversión o de lucha contra “lo que es” (segunda Verdad). La buena noticia es que existe un camino para salir de este sufrimiento (tercera Verdad) que es el que proporciona el “noble camino óctuple” (cuarta Verdad).

El camino óctuple proporciona un listado de las ocho conductas deseables (o lo que en Budismo se llama conductas “correctas”) así como de los estados mentales asociados, incluyendo la “correcta consciencia” basada en el principio de la meditación (los otros pasos en esta senda concuerdan con muchos objetivos de los tratamientos cognitivo-conductuales, incluyendo las “correctas” visión, intención, palabra, acción, sustento, esfuerzo y concentración). La senda óctuple de la psicología budista, a grandes rasgos, se encarga, en buena medida, de los mismos temas que tan a menudo surgen en el tratamiento de las adicciones por lo que no solo nos puede proporcionar una base desde la que podamos entender las conductas adictivas sino que también ofrece formas concretas de intervención que se dirigen a los problemas que parecen situarse más lejos de toda posibilidad de recuperación.

Pero, ¿qué es lo que ofrece, en concreto, el mindfulness en el ámbito de las conductas adictivas? Según lo definió Jon Kabat-Zinn, mindfulness es “una forma de prestar atención, de manera intencionada, al momento presente, sin emitir ningún tipo de juicio” (p. 4). Nuestro objetivo al aplicar la “atención consciente” en el ámbito clí-

nico es ayudar a los sujetos con conductas adictivas a que vean las cosas “tal como son” en lugar de centrarse en el futuro para buscarse el “próximo apaño”. La psicología budista pone especial énfasis en reconocer, sentir y aceptar el malestar cuando éste surja y en entender la experiencia en toda su profundidad en lugar de intentar librarse de ella continuamente. Es, por lo tanto, un enfoque compasivo, que enfatiza la aceptación y el mostrarse abierto más que la culpabilidad, la censura y la vergüenza por la propia conducta. La práctica mindfulness también favorece el darse cuenta de la naturaleza cambiante de las cosas: nuestras mentes, cuerpos y entornos se encuentran en un estado de cambio constante. Por ejemplo: piensa en el fumador que no es capaz de imaginar pasarse 45 minutos sin un cigarrillo pero que no se da cuenta de que sus deseos, aparentemente incontrolables, podrían ser atenuados si llegara a ser capaz de sobre llevarlos. Mindfulness puede proporcionar medios eficaces de enfrentarse a los impulsos y deseos, lo cual implica el observarlos sin resultar aniquilado ni devorado por ellos. Incluso aunque el fumador pueda sentir que su deseo de fumar va a aumentar a menos que ceda ante él y encienda un cigarrillo, esas mismas ansias y tendencias del fumador podrían cambiar por sí mismas si él o ella se diera un cierto tiempo.

Además, la práctica de mindfulness proporciona un estado de consciencia metacognitiva en la que uno puede ver el “cuadro total” en vez de conformarse con el del acostumbrado comportamiento propio de siempre. Este tipo de consciencia brinda un mayor sentido de libertad y capacidad de elección. Como decía Viktor Frankl (1946): “Entre el estímulo y la respuesta, hay un espacio; en ese espacio reside nuestra capacidad de elegir una respuesta; en nuestra respuesta radica nuestra madurez y libertad”. Las prácticas de mindfulness aumentan la consciencia de ese espacio y brindan la oportunidad de responder eficazmente en lugar de reaccionar de modo automático y rutinario. Así, cuando uno se enfrenta a un desencadenante del comportamiento de consumo de drogas, puede hacer una elección consciente, lo cual va a disminuir la probabilidad de recaídas. Por último, el enfoque de la atención consciente puede reducir la tendencia que

muestra la mente a exacerbar los estados emocionales negativos al conseguir disminuir el estigma, la vergüenza, los reproches y culpabilidad que normalmente experimenta la gente que está luchando con conductas adictivas.

Cuando considero mi viaje personal desde la práctica de la terapia aversiva al enfoque de la consciencia plena, veo que son muchas las sendas que me han llevado a tal coyuntura. La primera de ellas fue mi propio esfuerzo por tratar de descubrir lo que llevaba a la gente a una recaída. Uno de mis primeros pacientes clínicos fue un hombre de mediana edad que había sido diagnosticado con una dependencia del alcohol. Mi supervisor clínico en el Napa State Hospital, donde me encontraba realizando mi internado predoctoral, sugería un enfoque basado en el desarrollo del “insight”, claramente diseñado para ayudar a mi paciente a que comprendiera por qué había llegado a convertirse en un bebedor con problemas¹, por qué debería marcarse una meta de total abstinencia de alcohol para el resto de su vida, por qué debería acudir a Alcohólicos Anónimos y por qué debería integrarse en un programa hospitalario para su tratamiento. Tras haber trabajado con él para ayudarlo a que comprendiera por qué debería dejar la bebida para siempre, confiaba en que su nivel de motivación para la recuperación habría quedado perfectamente consolidado al final del programa. El día de su alta, lo despedí al pie del autobús de la “Greyhound”, camino de San Francisco, su lugar de residencia.

Menos de tres días después, regresó al Hospital de Napa, en un estado de profunda embriaguez, y fue readmitido en la unidad de desintoxicación. Cuando le pregunté qué había ocurrido tras haber sido dado de alta, él me dijo que su autobús había hecho la primera parada en el distrito de Tenderloin, en San Francisco, justo delante de un bar que él había frecuentado habitualmente. Dijo que le pareció que uno de sus mejores amigos podía estar dentro, por lo que

1. El concepto de “bebedor con problemas” se refiere a la categoría concreta de bebedores que conservan una cierta capacidad de control para romper con la bebida en caso de que ésta tenga efectos demasiado negativos para ellos. Constituyen, por lo tanto, una categoría intermedia entre los “bebedores sociales” de bajo riesgo y los “alcohólicos” totalmente dependientes de la bebida. (N. del T.)

bajó del autobús y entró en el bar. El amigo no estaba, pero el barman lo reconoció y lo invitó a un whisky doble para celebrar su regreso. Luego, describió una “perdida de control” durante la hora siguiente en la que siguió bebiendo hasta perder el conocimiento. Un amigo lo había recogido al día siguiente. Después de contarme su historia, este hombre me dijo: “Dr. Marlatt, usted fue muy convincente para ayudarme a entender *por qué* me había convertido en alcohólico y *por qué* debería dejar de beber y *por qué* la abstinencia de alcohol es la única salida que tengo para la recuperación. Pero usted nunca me dijo ni una dichosa vez *cómo* se supone que podría alcanzar yo esos objetivos”.

Después de esa entrevista, me acerqué al director del Centro de Tratamiento de Alcoholismo de Napa y le pregunté por qué, dada la alta tasa de recaída de los pacientes tratados en el programa, no les dábamos a los pacientes alguna información sobre cómo enfrentarse a las recaídas. Él me miró con recelo y me contestó: “De ningún modo vamos a hablar de recaídas porque, si lo hiciéramos, les estaríamos dando permiso para que recayeran”. Yo le repliqué preguntando que para qué necesitábamos hacer simulacros de incendio; esos ejercicios no estaban pensados para darle permiso a la gente para que encendiera fuegos sino para mantenerla a salvo y con vida en el caso de que se produjera uno. Él me contestó que el tema de las recaídas era un asunto muy delicado que no debía ser fomentado de ninguna manera. Fue en ese momento cuando vi el modelo moral en acción y me di cuenta de que no estaba funcionando. Pero ¿qué alternativa podíamos ofrecer? Me sentí motivado a examinar con mayor detenimiento qué era lo que causaba las recaídas. Además, dado que mi formación de doctorado se centraba en la terapia de conducta, empecé a interesarme por examinar una diversidad de intervenciones conductuales que podían servir de ayuda para desarrollar un programa cognitivo-conductual de prevención de recaídas.

Después de mi etapa como interno en el Napa State Hospital y tras una breve estancia en la universidad British Columbia, acepté una plaza como profesor ayudante en la Universidad de Wisconsin. Empecé a hacer trabajo clínico con pacientes en la planta de tratamiento de alco-

holismo del Hospital Estatal de Mendota. A finales de los años sesenta, la literatura sobre métodos de terapia de conducta para el tratamiento del alcoholismo defendía el tratamiento aversivo por encima de cualquier otro tipo de intervención. Como se indicó anteriormente, su objetivo consiste en transformar la necesidad y la tendencia a beber en una respuesta aversiva que evite nuevos consumos. Se basa en los principios del condicionamiento clásico y está diseñado para provocar una respuesta condicionada cuando el paciente es expuesto a bebidas alcohólicas así como a las claves asociadas con la bebida.

Para estudiar con mayor detalle la terapia aversiva, con vistas a su aplicación al tratamiento de adicciones, obtuve permiso para instalar un pequeño bar en el sótano del hospital en donde los pacientes, de modo voluntario, después de un tratamiento normal de un mes de duración, eran asignados al azar bien para recibir la terapia de aversión o para seguir con el tratamiento acostumbrado, como grupo de control. Todos los pacientes del estudio eran varones, la mayoría con dilatados historiales de dependencia alcohólica. Para el procedimiento de aversión eléctrica, cada paciente elegía un nivel de descarga que le resultaba dolorosa pero sin que entrañara ningún peligro físico. Durante las sesiones de dos semanas en el bar (que el personal del hospital terminó llamando “El bar de Matt, ‘PARRILLA’”), se les presentaba a los pacientes su bebida alcohólica preferida y se les pedía que cogieran el vaso y que observaran y olieran la bebida, pero que no consumieran lo más mínimo. En ese momento, se les administraba una breve descarga para crear una aversión condicionada a la bebida alcohólica (Okulitch & Marlatt, 1972).

Una vez que los pacientes eran dados de alta, llevábamos a cabo valoraciones de seguimiento a los tres meses del tratamiento y, de nuevo, un año más tarde (a los quince meses del tratamiento). En el seguimiento a tres meses, los pacientes que habían completado el tratamiento aversivo presentaban tasas más elevadas de abstinencia y tasas significativamente más bajas de bebida que aquellos que habían formado parte del grupo control. A pesar de los prometedores resultados iniciales, un año más tarde, los pacientes del grupo de aversión mostraban un fuerte efecto de rebote y estaban bebiendo

significativamente más que los pacientes del grupo control. Los efectos aversivos no solo se habían debilitado con el tiempo sino que, además, los participantes terminaban bebiendo incluso más que los pacientes que habían seguido el programa habitual del hospital.

La literatura sobre los efectos a corto y a largo plazo del castigo y del condicionamiento aversivo confirmaban esos resultados: la investigación sugería que el castigo tiende a dar como resultado una supresión temporal del comportamiento diana pero, con el paso del tiempo, ante la falta de aprendizaje de una respuesta conductual alternativa, las conductas suprimidas tienden a reaparecer. Nos dimos cuenta de que necesitábamos enseñar respuestas de afrontamiento alternativas. Cuanto más pensaba sobre todo el proceso, más importante me parecía la necesidad de tener en cuenta la situación que había precipitado la primera recaída del paciente tras el período inicial de abstinencia. ¿Cuáles eran los desencadenantes asociados a tomar el primer trago? ¿Qué había ocurrido el día que el paciente “se cayó del carro”²? Si tuviéramos más información sobre las circunstancias desencadenantes, tal vez fuéramos capaces de entrenar al paciente para que desarrollara habilidades de afrontamiento nuevas y más eficaces, que pudieran ayudarlo a prevenir las recaídas.

Con mi estudio sobre la terapia aversiva, yo quería averiguar si los pacientes con recaídas tomaban su primer trago en una situación que difería de la del entorno de tratamiento (nuestro bar simulado). El tratamiento aversivo solo tendría una aplicación limitada si sus efectos se quedaban reducidos a la bebida específica y al ambiente que se habían utilizado en el tratamiento inicial. Como resultado, obtuvimos algunos relatos detallados de episodios de recaída de los pacientes en las entrevistas de seguimiento. Los pacientes que recaían eran entrevistados a los pocos días para obtener información sobre el desliz inicial incluyendo la localización física, la presencia o no de otras personas, cualquier acontecimiento externo o vivencia interna que hubiera tenido lugar previamente al desliz así como cualquier emoción o sentimiento que hubieran podido experi-

2. “Fell off the wagon” es una expresión de slang para referirse a romper la abstinencia, en este caso, volver a la bebida (N. del T.)

mentar. Todas las descripciones de los episodios de desliz se codificaron y fueron asignadas a categorías definidas operativamente.

Sorprendentemente, la mayoría de los fallos pudieron ser asignados a solo unas cuantas categorías. Las dos primeras, que englobaban más de la mitad de los casos, estaban relacionadas con un encuentro con otras personas. Casi la tercera parte de las situaciones implicaban algún episodio en que el paciente resultaba frustrado en alguna actividad orientada hacia un objetivo y entrañaba sentimientos de enfado: Más que expresar su enfado de manera constructiva, los pacientes terminaban por echar un trago. La segunda categoría implicaba influencias sociales; aquí, los pacientes informaron de su falta de habilidad para resistir la presión social directa o indirecta para ir a beber algo. Las restantes categorías podían ser descritas como intrapersonales, incluyendo el rendirse ante el impulso o el deseo, a menudo suscitados por estímulos del entorno (como fue el caso de mi paciente del Hospital Estatal de Napa que se rindió ante la tendencia a beber una vez que hubo entrado en el ambiente del bar). En posteriores estudios, encontramos pautas semejantes de situaciones de alto riesgo asociadas a episodios de recaída en otras conductas adictivas que incluían el consumo de tabaco y de heroína. En todos los casos, parecía existir un entramado común a través de tales situaciones que las convertía en potentes desencadenantes de la recaída: la necesidad de “automedicarse” cuando se están experimentando estados emocionales fuertemente negativos entre los que se incluye el enfado, ansiedad, depresión y conflictos interpersonales.

En nuestro empeño por identificar situaciones de alto riesgo, averiguamos que, aunque puede haber implicada una amplia variedad de factores mediadores subyacentes, lo que resulta más importante es la percepción subjetiva del “riesgo” por parte del propio sujeto. Como tal, una situación de alto riesgo se define, en términos generales, como aquella que supone una amenaza al sentido de la percepción del propio control (autoeficacia) y aumenta el riesgo de una posible recaída. En la medida en que (con anterioridad al propio compromiso de abstinencia) se hayan producido comportamientos de abuso de la bebida, de tabaco o de consumo de otras sustancias en situaciones semejan-

tes, la mayoría de los consumidores habrán desarrollado fuertes expectativas positivas (deseo) en relación al consumo de la droga como estrategia de afrontamiento. Los consumidores terminan por creer que no pueden hacer frente a determinadas situaciones de estrés, tales como sentir enfado, relacionarse con compañeros de consumo o soportar la amenaza de ser valorados negativamente, a menos que puedan apoyarse en la conducta adictiva como en una muleta.

El factor más destacado que sirve para disminuir el riesgo de recaída en lo que, de otra manera, sería una situación de alto riesgo y que constituye el núcleo esencial del modelo RP es la disponibilidad de una respuesta alternativa de afrontamiento. Si el sujeto había desarrollado nuevas formas de hacer frente a situaciones de estrés, entonces, nuestra hipótesis era que su auto-eficacia se vería fortalecida y las probabilidades de recaída disminuirían. La RP se centra en identificar las situaciones de alto riesgo para enseñar habilidades de afrontamiento mediante las cuales se pueda incrementar la auto-eficacia y, de esa manera, disminuir la probabilidad de recaída. Después de la publicación de *Relapse Prevention* (Marlatt & Gordon, 1985), se llevó a cabo una gran cantidad de estudios sobre resultados de diversos tratamientos evaluando la eficacia de la RP, muchos de los cuales fueron resumidos en la segunda edición (Marlatt & Donovan, 2005). El resultado global muestra que aunque la RP no conlleva tasas de abstinencia más elevadas tras el tratamiento, sí que reduce, en cambio, la frecuencia e intensidad de los episodios de recaída al ayudar a la gente a “recuperar el paso” más rápidamente en el caso de que “se caigan del carro”.

En el último cuarto de siglo, hemos procurado incluir habilidades de afrontamiento seguras y asequibles en nuestro programa de RP. Por supuesto, uno de los mecanismos de afrontamiento más sólido y más rápidamente asequible del que disponemos es la meditación en la “consciencia plena”. En la primera edición de *Relapse Prevention*, el capítulo sobre “Modificación del Estilo de Vida” incluía la meditación como una estrategia de afrontamiento cognitiva que podía contribuir a que los sujetos en riesgo de recaída por un estilo de vida estresada consiguieran alcanzar un equilibrio:

Uno de los efectos más significativos de la práctica regular de meditación es el desarrollo del “mindfulness”: la capacidad de observar el desarrollo del proceso de la propia experiencia sin quedar “atrapado” al mismo tiempo o sin tener que identificarse con el contenido de cada pensamiento, sentimiento o imagen. Mindfulness es una habilidad cognitiva especialmente eficaz para la práctica de la RP. Si los clientes consiguen desarrollar esta capacidad mediante la práctica sistemática de la meditación, pueden conseguir “desprenderse” a sí mismos del señuelo de las tendencias, deseos o racionalizaciones cognitivas que, de otro modo, podrían llevarlos a una recaída. (Marlatt & Gordon, 1985, p. 319).

Mi propio interés en la meditación empezó a comienzos de los años setenta, después de que me hubiera trasladado a la Universidad de Washington, en Seattle. En aquel momento, yo estaba sufriendo el estrés asociado a las demandas de “publicar o perecer” tan propias de la vida académica y mi presión arterial era alta. El médico me sugirió la meditación como una manera de relajarme. Le repliqué, a la defensiva, explicándole que, como terapeuta comportamental, no tenía el menor interés en participar en prácticas “orientales” relacionadas con el Hinduismo o el Budismo. Él me tendió un artículo que mostraba que la práctica sistemática de la meditación trascendental (TM) disminuía la presión sistólica de los pacientes tratados de hipertensión. “Como eres un investigador –me dijo– pensé que te llamarían la atención estos resultados”. Me aconsejó que me apuntara para practicar TM y me dio un plazo de tres meses advirtiéndome que, de no conseguir bajar mi presión arterial, tendría que prescribirme medicación. “Puedes tomarte la tensión todos los días e ir elaborando una gráfica con los resultados –tanto si funciona como si no–; de esa manera, estarás llevando a cabo una investigación personal”. Di mi conformidad y me apunté a un grupo de entrenamiento en TM.

La meditación trascendental es conocida como una técnica de “meditación concentrativa” en la que el practicante se centra en una sola palabra (un mismo mantra que el instructor de TM da a cada estudiante neófito). Las instrucciones consisten en sentarse en silen-

cio, con los ojos cerrados, durante períodos de 20 minutos cada día, repitiendo el mantra con cada inspiración y espiración. Cada vez que yo me distraía con otros pensamientos o imágenes, se me pedía amablemente que volviera a dirigir la atención al mantra y que me mantuviera sentado, en silencio.

Tras un considerable escepticismo inicial, una vez empecé la práctica, la encontré muy relajante. Me sentaba cada mañana, antes de ir a trabajar y, de nuevo, después del trabajo, al final de la tarde. Para mi satisfacción, mi tensión diastólica manifestó una bajada significativa después de las dos primeras semanas de práctica diaria. Mi médico también se mostró muy complacido y me animó a que continuara practicando TM a más largo plazo. Él recomendaba también el libro *The Relaxation Response* del médico Herbert Benson (1975). Benson incluía una práctica elemental de meditación para facilitar la relajación muscular y reducir la tensión. Estaba claro que había evidencias médicas que avalaban los beneficios de la meditación como práctica de reducción de la tensión. Dado que tanto el propio comportamiento de consumo como el riesgo de recaída aumentan a medida que se incrementan la tensión y el estrés, tanto a nivel fisiológico como psíquico, parecía claro que la meditación podía constituir una estrategia eficaz de afrontamiento para el tratamiento de las adicciones.

Como resultado de mi experiencia personal y profesional en el ámbito de la meditación, mis colegas y yo decidimos llevar a cabo un análisis de resultados para ver de qué manera la práctica de la meditación, el entrenamiento en relajación y el ejercicio podían influir en el comportamiento de bebedores sociales de género masculino con un hábito fuertemente establecido. Escogimos bebedores sociales en vez de pacientes con “dependencia alcohólica” porque queríamos determinar si su práctica diaria (de meditación, relajación muscular o ejercicio, según su grupo de asignación aleatoria) afectaría a la cantidad de alcohol que consumían. No incluimos bebedores con dependencia alcohólica porque su tratamiento, normalmente, les exige la abstinencia total como único objetivo aceptable. Los resultados mostraron que los tres tipos de práctica diaria habían tenido un

impacto significativo en la reducción de sus tasas de consumo en comparación con el grupo control, a lo largo de las 16 semanas que duró el período de intervención. Como promedio, las tasas de consumo descendieron un 50% en relación a las tasas de bebida previas a la intervención (Marlatt & Marques, 1977; Marlatt, Pagano, Rose & Marques, 1984). Además, los participantes continuaron la práctica por voluntad propia durante el período de seguimiento: un 62% del grupo de ejercicio aeróbico (práctica de carreras) y un 57% de los sujetos del grupo de meditación continuaron practicando sus técnicas con regularidad.

Mi interés en TM era limitado en la medida en que existía muy poca literatura teórica que explicara cómo funcionaba la TM en términos de cambio del funcionamiento cognitivo y de los niveles personales de estrés. A comienzos de los años 80, mi interés en la meditación evolucionó hasta incluir el estudio de la psicología budista (Marlatt, 2002). La literatura budista resultaba muy similar, en muchos sentidos, a la terapia cognitivo-conductual y yo empecé a realizar retiros de meditación con varios profesores budistas, incluyendo a S.N. Goenka, el renombrado profesor de *vipassana* (un término del sánscrito que significa: “ver las cosas tal como son”). Al final de un retiro de diez días, le pregunté cuál podía ser la definición budista de adicción. Después de explicarle que los mayores expertos de los Estados Unidos definían la adicción como una “enfermedad del cerebro”, le planteé la siguiente pregunta: “¿Cómo define el budismo la adicción?” Él me respondió: “Sí, la adicción es una enfermedad; es una enfermedad de la *mente*”. En ese momento, me di cuenta de que la meditación mindfulness podía ser útil para la gente con comportamientos adictivos en cuanto les posibilitaba hacer frente a los impulsos y deseos, si su objetivo era una meta de moderación o abstinencia.

Algunos años más tarde, recibí la llamada de una psicóloga de un centro de internamiento en Seattle, en relación a un retiro de meditación de 10 días basado en las enseñanzas de Goenka, en las propias dependencias del centro, para los internos que estuvieran dispuestos a participar. Comenzando con el primer curso de 1997, la prisión

continuó ofreciendo cursos de vipassana de diez días para los internos que quisieran participar voluntariamente. Como suele ser tradicional en estos cursos, se desarrollaban en silencio, excepto las instrucciones de meditación por parte de los profesores, las preguntas de los participantes y una “charla dharma” diaria para explicar los principios budistas de la “consciencia plena” y la meditación.

La psicóloga que me había llamado me dijo que una revisión de historiales de la prisión ponía de manifiesto que los internos que habían participado en los retiros vipassana, mostraban una reducción significativa de reincidencias en comparación con los internos que no habían seguido el curso. Me preguntaba si no estaría interesado en dirigir un estudio de resultados clínicos para evaluar los efectos del curso vipassana dirigido al consumo de alcohol y drogas y en relación al riesgo de reincidencias. Obtuvimos una beca de la Fundación Robert Wood Johnson para realizar un seguimiento de los internos que habían participado en el retiro y comparar sus resultados con los de aquellos que no habían tomado parte en el curso. Los resultados obtenidos tres meses después de la puesta en libertad de los participantes mostraron una reducción estadísticamente significativa en el consumo de alcohol (y de los daños relacionados con el alcohol), cocaína y marihuana y una mejoría de los síntomas psiquiátricos así como un aumento del optimismo en comparación con el grupo de control (Bowen et al. 2006).

¿Cómo podríamos ampliar esta experiencia a un enfoque de tratamiento más general? Aunque la asistencia a un retiro vipassana de diez días puede tener un efecto beneficioso para la gente que sufre problemas tanto de salud mental como de conductas adictivas, sabemos que a muchos individuos podría parecerles demasiado duro un retiro en silencio de tan larga duración. Del mismo modo, sabíamos que algunos podrían poner inconvenientes a participar en un curso basado en enseñanzas budistas. Todos estos temas fueron tratados en el desarrollo de los programas de tratamiento basados en mindfulness para otros trastornos entre los que se incluían el dolor crónico y la angustia (reducción del estrés basada en mindfulness [MBSR], desarrollada originalmente hace unos treinta años por Jon Kabat-Zinn, de

la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts; Kabat-Zinn, 1990) así como las recidivas depresivas (terapia cognitiva basada en mindfulness [MBCT], desarrollada por Zindel Segal en la Universidad de Toronto; Segal, Williams & Teasdale, 2002). Tanto el programa MBSR como el MBCT se realizan según un formato de terapia que consiste en ocho sesiones semanales en régimen externo. Ambos programas entrenan a los pacientes a través de prácticas seculares de meditación de “consciencia plena” y de habilidades de afrontamiento metacognitivas que les ayudan a enfrentarse a las sensaciones desagradables asociadas a la ansiedad (MBSR) o a los desencadenantes que podrían precipitar una recaída depresiva después de un tratamiento inicial (MBCT). Se ha comprobado que tanto MBSR como MBCT fueron eficaces en una serie de análisis de resultados (p. ej.: Kabat-Zinn et al., 1992; Roth & Creaser, 1997; Teasdale et al., 2000).

Basándonos en la estructura y en el formato tanto de MBSR como de MBCT, decidimos desarrollar un programa paralelo de tratamiento de las conductas adictivas: MBRP, descrito originalmente por Witkiewitz, Marlatt y Walker (2005). Tal como se detalla en esta guía de tratamiento, MBRP se lleva a cabo en ocho sesiones semanales, desarrolladas en un formato de terapia de grupo, que integran habilidades cognitivo conductuales de prevención de recaídas junto con prácticas de atención consciente. El propósito de estas prácticas es incrementar la consciencia de los desencadenantes así como de las reacciones habituales, desarrollar una nueva relación con tales vivencias y aprender habilidades concretas que se puedan utilizar en situaciones de alto riesgo.

En un claro contraste con la terapia aversiva, que está diseñada para castigar el deseo personal, la práctica mindfulness puede favorecer la exploración y la aceptación de deseos e impulsos. En lugar de ceder al antojo de una gratificación inmediata, la práctica mindfulness proporciona una oportunidad de observar el encrespamiento de la ola del deseo sin ser “arrastrado” por ella. Como apuntaba una de mis clientes, las palabras *adicción* y *dictado* provienen de la misma raíz latina: *dicere* (“imponer o dar órdenes con o como autoridad”). Ella observaba: “Creo que todavía siento un fuerte deseo de

beber cuando caigo en la depresión; pero desde que he terminado el curso de meditación, ya no tengo que seguir recibiendo órdenes de mis pensamientos. Los acepto y dejo que sigan su curso”. El desplazarse desde la aversión a la aceptación como manera de enfrentarse al deseo, favorece la recuperación en función de un nuevo enfoque compasivo que es lo que esperamos ofrecer en el programa MBRP.

G. ALAN MARLATT