



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN PSICOLOGÍA DE LAS ADICCIONES

PREVENCIÓN ESTRUCTURADA DE RECAÍDAS BASADA EN DESTREZAS DE
ENFRENTAMIENTO Y DE ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS) Y ACEPTACIÓN
PARA EL MANTENIMIENTO DEL CAMBIO EN PROBLEMAS DE ADICCIÓN A
SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

T E S I S

QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

LIC. LUIS ANGEL PÉREZ ROMERO

TUTOR

DR. HORACIO QUIROGA ANAYA

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR

DRA. LYDIA BARRAGÁN TORRES.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DR. LEONARDO REYNOSO ERAZO.

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA

DRA. MARIANA GUTIÉRREZ LARA.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DRA. ANA BEATRIZ MORENO COUTIÑO.

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MÉXICO, D. F. MARZO 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



I

*“No te rindas, por favor no cedas,
aunque el frío queme,
aunque el miedo muerda,
aunque el sol se ponga y se calle el viento,
aún hay fuego en tu alma,
aún hay vida en tus sueños
porque cada día es un comienzo nuevo,
porque esta es la hora y el mejor momento;
porque no estás solo, porque yo te quiero.”*

Mario Benedetti



II

*“Cuida tus pensamientos...
... porque se volverán palabras
Cuida tus palabras...
... porque se volverán actos
Cuida tus actos...
... porque se harán costumbre
Cuida tus costumbres...
... porque forjarán tu carácter
Cuida tu carácter...
... porque formará tu destino
Y tu destino será tu vida.”*

Mahatma Gandhi



*“Concédeme la serenidad para aceptar las cosas que no puedo
cambiar, el valor para cambiar las cosas que puedo cambiar y la
sabiduría para conocer la diferencia.”*



III

*“Entre el estímulo y la respuesta hay un espacio. En este
espacio se encuentra nuestro poder de elegir nuestra
respuesta. En nuestra respuesta están nuestro
crecimiento y nuestra libertad”*

Victor Frank

*“Las personas actuan sobre el mundo y lo
cambian, y a su vez ellas mismas cambian como
consecuencia de sus actos”*

B.F. Skinner



IV

*“No creas en algo simplemente porque lo
hayas escuchado. No creas en algo
simplemente porque muchos lo hablan y
rumorean. No creas en algo simplemente
porque se encuentra escrito en tus libros
religiosos. No creas en nada simplemente
por la autoridad de tus maestros y
ancianos. No creas en tradiciones porque
han sido dictadas por muchas
generaciones. Sino después de haberlo
observado y analizado, cuando resulta
que algo está de acuerdo con la razón y
conduce al bien y beneficia a todos y
cada uno, entonces acéptalo y vívelo.”*

Siddhartha Gautama el “Buda”.

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México. Mi alma Mater: mi infinita gratitud y aprecio, así como a quienes han hecho posible su existencia. Gracias, por la oportunidad de pertenecer a ella.

Al Dr., Horacio Quiroga Anaya, por sus observaciones, comentarios y valioso apoyo para la elaboración de este proyecto, sin los cuales no hubiera sido posible concluirlo. Gracias.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología CONACYT por la beca otorgada para cursar los estudios de Posgrado, espero con este trabajo contribuir al objetivo del programa.

Al Programa de Conductas Adictivas, por el apoyo otorgado durante mis estudios de Maestría.

Al Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" de la Facultad de Psicología, por el apoyo proporcionado a través de la utilización de sus instalaciones.

A la Actuaría Ana Paulina, por el apoyo proporcionado para la realización de los análisis estadísticos. Gracias.

A la Mtra. Guadalupe Vital, por sus observaciones, tiempo y valioso apoyo, mi más sincera gratitud y estima personales.

Dedicatorias

A mí madre y hermana: gracias por el tiempo y espacios que me han dedicado, así como por su comprensión para hacer posible este proyecto, mi esfuerzo y trabajo es también el suyo.

A mí madre:

Mi primer “modelo” de: trabajo, compromiso y amor.

“.....tienes toda la razón, me enseñaste a continuar aún y cuando parecía que no había razón para ello, a creer en lo que parecía imposible, en hacer posible lo imposible, a tener esperanza cuando todo parecía perdido, en persistir a pesar de lo duro de las condiciones, a respetar a cada ser vivo, a ser organizado, a cuidar de mí, en conclusión a construir un significado a la vida, un propósito a la existencia, y lo más valioso que todo esto depende de mí.

No se le puede pedir mejor maestro a la vida.....

Gracias”.....Luis Angel P.R.

A mí hermana:

Porque junto podemos comprometernos por un propósito en común y trabajar por él; siempre en busca de una mejor vida. Te Quiero Mucho. Muchas gracias: por estar, por existir, por ser.

“Una familia es un lugar donde las mentes entran en contacto unas con otras. Si estas mentes se aman mutuamente, la casa será tan hermosa como un jardín de flores. Pero si estas mentes abandonan la armonía mutua es como una tormenta que causa estragos en el jardín.”.....Buda

A mí abuela:

El mejor maestro de paciencia, que puede haber.

A mis amigos y compañeros de la maestría: Ingrid, Carlos, Mario, Miriam, Omar, Angélica, Maricarmen y Georgina. Gracias chicos, por todo el tiempo que convivimos fue uno de los mejores. En especial a Norma y Adriana: ustedes se ganaron un lugar muy especial en mi corazón y en mi vida, gracias.

A Mariana, gracias por tu apoyo, colaboración y amistad. El destino siempre nos hace conocer a las personas adecuadas.

A cada uno de mis pacientes, sin los cuales no hubiera sido posible la elaboración de este trabajo, ni tampoco el haber desarrollado mis habilidades, son el mejor maestro que se puede tener para ser un terapeuta.

A todos aquellos que lidian con el dolor y sufrimiento de otros y con el propio, porque puedan encontrar en estas líneas una guía, una luz, un descanso en su duro camino.

A todos ustedes y a aquellos que he encontrado en mi camino y no he mencionado, mi más sincera gratitud y aprecio, desde lo más profundo de mi corazón y de mi ser, forman parte de mi historia, de mi contexto, son parte de mi vida, de lo que soy.

Luis Ángel

Invierno, 2013

Nota: a todos aquellos, que por una u otra razón tienen este material en sus manos les pido que no caigan en la literalidad y frialdad del lenguaje aquí escrito, sean flexibles y creativos para interpretarlo.

Índice

Agradecimientos	ii
Dedicatorias	iii
Resumen	3
Introducción	5

Epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas a nivel internacional y nacional

Epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas legales en México.....	7
Epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas ilegales en México.....	10
El abordaje de la adicción a sustancias psicoactivas en México.....	11

Eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones y tratamientos Cognitivo-Conductuales y Motivacionales, en la atención del abuso y dependencia de sustancias psicoactivas

Eficacia, efectividad y eficiencia.....	15
Tratamientos con evidencia empírica; contexto mundial.....	16
Tratamientos empleados en el contexto nacional.....	21
Limitaciones de las Intervenciones conductuales, cognitivas, motivacionales, cognitivo-conductuales y cognitivo-conductuales-motivacionales en el tratamiento de las conductas adictivas.....	26

Terapias conductuales de tercera generación en el tratamiento de conductas adictivas: Atención plena (Mindfulness)

Evolución, conceptos y principios de la “terapia conductual”: Tres generaciones.....	34
Definiendo el concepto de atención plena.....	59
Terapias de tercera generación.....	66
Terapias de tercera generación en el tratamiento de la conducta adictiva.....	74
Mecanismos de acción de las terapias de tercera generación en el contexto del tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas.....	85

Planteamiento del problema	95
Objetivos de la investigación.....	97
Preguntas de investigación.....	98
Hipótesis de investigación.....	98
Método	99
Participantes.....	99
Escenario.....	101
Materiales/Instrumentos.....	101
Diseño.....	109
Variables.....	110
Procedimiento.....	114
Resultados	120
Discusión y conclusiones	154
Referencias	163
Anexos	174
Anexo 1.....	175
Anexo 2.....	183
Apéndice A	233
Apéndice B	263

Resumen

Las intervenciones y tratamientos conductuales, cognitivo-conductuales y cognitivo-conductuales-motivacionales para el abordaje de la conducta adictiva a sustancias psicoactivas han demostrado ser eficaces (véase a: Carroll & Onken, 2005; Carroll & Rounsaville, 2003; Miller & Wilbourne, 2002; Quiroga, Sánchez, Medina-Mora & Aparicio, 2007). Sin embargo, en su mayoría, siguen manteniendo limitaciones que se reflejan en la elevada tasa de recaídas entre los consumidores de este tipo de sustancias, (Zgierska, Rabago, Chawla, Kushner, Koehler & Marlatt, 2009; Breslin, Zack & McMair, 2002; Miller, Walters & Bennett, 2000). Entre sus principales limitaciones se encuentran, por un lado, el desconocimiento del porqué resultan eficaces lo que, en parte, se encuentra asociado al desconocimiento de las variables mediadoras, moderadoras y mecanismos de cambio y, por otra parte, a que el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento cognitivas, conductuales y motivacionales como único tratamiento, no es lo suficientemente efectivo como cuando se instrumenta en combinación con otros tratamientos efectivos (véase a: Morgenstern & McKay, 2007; Longabaugh, Donovan, Karno, McCrady, Morgenstern & Tonigan, 2005; Morgenstern & Longabaugh, 2000; Longabaugh & Morgenstern, 1999).

Considerando lo anterior y, siguiendo las sugerencias de Longabaugh y Morgenstern (1999), así como el programa de prevención de recaídas basado en la atención plena (Mindfulness) de Bowen, Chawla, Collins, Witkiewits, Hsu, et al. (2009), se agregó el componente de Entrenamiento de Atención Plena y Aceptación (EDAPA) de dicho programa a la Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU; Quiroga & Vital, 2003) con dependencia sustancial a severa al alcohol y otras drogas, que ha demostrado ser eficaz (véase a: Quiroga, 2008; Quiroga, Vital & Cabrera, 2008; Quiroga, Vital & Cabrera, 2009; Quiroga & Vital, 2010; Quiroga, Vital & Cabrera, 2011) y efectiva (véase a: Fernández & Quiroga, 2010; Pérez & Quiroga, 2010; Cabrera, Quiroga & Vital, 2012; Díaz, Vital & Quiroga, 2012; Mondragón, Vital & Quiroga, 2012) en el tratamiento y mantenimiento de conductas adictivas a sustancias psicoactivas, a fin de de mejorar sus resultados, cuidando mantener la coherencia teórica con el paradigma cognitivo conductual motivacional, así como los resultados de la investigación reciente dentro del área (Witkiewitz, Marlatt, Walker, 2005; Bowen, Parks, Coumar & Marlatt, 2006).

Para ello, se seleccionó a tres poliusuarios de diversas drogas (alcohol, cocaína, lsd, metanfetaminas y marihuana) quienes cumplieron con los criterios establecidos por el programa PEREU, empleándose un diseño experimental de caso único con dos replicas directas. De esta manera, la intervención constó de la aplicación del programa PEREU y, en su parte final (mantenimiento del cambio) del componente EDAPA, el cual evaluó la variable “supresión de pensamientos” con tres diferentes instrumentos: el inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB; Wegner & Zanakos, 1994); el cuestionario de cinco factores para evaluar mindfulness (CCFM; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006) y el cuestionario de aceptación y acción (CAA; Hayes, Strosahl, Wilson, Bisset, Pistorello et al. 2004), traducidos, adaptados y validados en población mexicana, los cuales se aplicaron en tres momentos diferentes de la investigación: durante la línea base retrospectiva, al finalizar el programa PEREU y al finalizar el componente EDAPA.

Como resultado de dichas aplicaciones los participantes reportaron, en general: un decremento en la “supresión de pensamientos”; incrementos en la destreza de “atención en el momento presente”, incrementos en la “autoeficacia” y un decremento significativo en el consumo de sustancias psicoactivas, así como en la reducción de los problemas asociados al consumo. Considerando los resultados obtenidos y con el propósito de tener un mejor

entendimiento de los mismos, se realizó una comparación entre población con dependencia y sin dependencia a sustancias psicoactivas con respecto a la variable “supresión de pensamientos” y así, determinar el valor predictivo del craving en población mexicana, dado que la literatura señala que dicha variable se asocia, de forma importante, al nivel de craving y, con ello, a la recaída en algunos participantes (Palfai, Monti, Colby, & Rohsenow, 1997; Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013; Toll, Sobell, Wagner, Ridgeway, & Sobell, 2001; Bowen, Witkiewitz, Dillworth, & Marlatt, 2007; Bowen, Chawla, & Marlatt, 2011). Cabe señalar, en este punto, que se consideró también para el análisis estadístico la variable “tiempo transcurrido desde el último consumo” de sustancia psicoactiva, encontrándose un modelo de regresión lineal múltiple estadísticamente significativo $F(2,25) = 6.51$, $P \leq .05$, quedando expresado dicho modelo de la siguiente forma: $\beta_1 = 0.41293x_1$ y $\beta_2 = -0.18445x_2$, en donde β_1 representa el incremento que experimenta el nivel de craving cuando la variable “supresión de pensamientos” (x_1) aumenta su valor en una unidad, mientras la variable “días” (x_2) se mantiene constante, y β_2 representa el incremento que experimenta la variable “craving” cuando la variable “días” aumenta su valor en una unidad, mientras que la variable “supresión de pensamientos” se mantiene constante. Finalmente, se sugieren estudios futuros que superen las limitaciones metodológicas de la presente investigación (v.g. falta de un grupo control, tamaño de la muestra) con el propósito de evaluar la instrumentación de este tipo de entrenamiento que permita corroborar, sólidamente, los resultados encontrados en el presente estudio.

Descriptores: Prevención de recaídas, destrezas de enfrentamiento, atención plena, mindfulness, adicción a sustancias psicoactivas.

Introducción

El consumo nocivo de sustancias psicoactivas es un problema de salud pública por sus múltiples consecuencias, tanto para el individuo que las consume como para la sociedad, tal y como lo demuestran las diversas mediciones sobre el fenómeno tanto a nivel nacional como internacional (véase ENA, 2011; OMS, 2010). Como consecuencia, se ha desarrollado un amplio número de intervenciones y tratamientos de tipo médico y psicológico. Dentro de estos últimos, se ha confeccionado una amplia gama que cuenta con una cantidad considerable de investigación y datos que sustentan sus resultados, razón por la que son llamados intervenciones y tratamientos con evidencia empírica, destacando los cognitivos-conductuales y motivacionales (véase a: Miller & Wilbourne, 2002; Carroll & Onken, 2005; Carroll & Rounsaville, 2003).

Existen diferentes tipos de intervenciones y tratamientos cognitivo-conductuales y motivacionales con diferentes modalidades: grupales, individuales, de corta o larga duración que, además, comparten características, tales como: considerar los supuestos de la teoría del aprendizaje social, los del aprendizaje clásico y operante, el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento, el uso de contingencias y el empleo de la entrevista motivacional. Sin embargo y, a pesar de la eficacia y efectividad que dichas intervenciones han demostrado, la tasa de recaídas en pacientes que han sido tratados sigue siendo elevada. Al respecto, se ha estimado que dos terceras partes de los usuarios que han recibido tratamiento presentan dicho fenómeno, sin embargo, se debe de considerar el tipo de definición de recaída proporcionada por cada uno de los estudios (Zgierska, Rabago, Chawla, Kushner, Koehler & Marlatt, 2009; Breslin, Zack & McMain, 2002; Miller, Walters & Bennett, 2000).

Una de las formas sugeridas para mejorar el nivel de efectividad de los tratamientos es, agregar componentes efectivos de otras intervenciones en los tratamientos cognitivo-conductuales actuales que, se sabe, son efectivos (Longabaugh & Morgenstern, 1999). Al respecto, uno de estos componentes que ha demostrado efectividad, es el componente basado en la atención plena (mindfulness, por su nombre en inglés) (Bowen, Chawla, Collins, Witkiewitz, Hsu, et al. 2009; Bowen, Chawla & Marlatt; 2011).

Dicho componente, entrena al usuario en habilidades de aceptación y conciencia de la experiencia presente a fin de reducir la automaticidad de la respuesta ante estímulos que disparan el consumo, con lo que el sujeto puede ejecutar otra conducta, en lugar del consumo (Bowen et al. 2011; Bowen et al. 2009). De la misma forma, al tener aceptación de la experiencia poco agradable como el craving, se reduce el riesgo de una recaída pues, se sabe que, la evitación o supresión de eventos encubiertos, tales como el craving y las respuestas asociadas a éste como estrategia para hacerle frente, puede incrementar la intensidad del mismo y con ello conducir a un episodio de recaída. Cabe señalar que dicho entrenamiento, también, ha sido visto como un procedimiento de contracondicionamiento de las respuestas asociadas al craving y a estados del ánimo negativo (Bowen et al. 2011; Bowen et al. 2009).

Resulta importante hacer hincapié, que al contrario de lo que consideran algunos interesados pero poco conocedores a profundidad del tema, dicho componente surgió de las llamadas terapias de tercera generación que son la expansión del paradigma cognitivo-conductual o de segunda generación (Hayes, 2004), por lo que la integración de dicho componente mantiene una coherencia teórica, y no significa una ruptura con el paradigma cognitivo- conductual de la denominada segunda generación.

Considerando lo anterior, el propósito principal de la presente investigación fue el agregar un componente basado en la atención plena (mindfulness, por su nombre en inglés) (Bowen, Chawla, Collins, Witkiewitz, Hsu, et al. 2009; Bowen, Chawla & Marlatt; 2011) a un tratamiento cognitivo-conductual motivacional que ha demostrado ser eficaz (véase a: Quiroga, Sánchez, Medina-Mora & Aparicio, 2007; Quiroga, 2008; Quiroga, Vital & Cabrera, 2008; Quiroga, Vital & Cabrera, 2009; Quiroga & Vital, 2010; Quiroga, Vital & Cabrera, 2011) y efectivo (véase a: Fernández & Quiroga, 2010; Pérez & Quiroga, 2010; Cabrera, Quiroga & Vital, 2012; Díaz, Vital & Quiroga, 2012; Mondragón, Vital & Quiroga, 2012) que permitiera evaluar la eficacia de dicho programa integrado en el tratamiento y mantenimiento de conductas adictivas a sustancias psicoactivas, así como la evaluación de la contribución relativa de dicho componente agregado.

Epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional e internacional

Epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas legales (alcohol) en México

El uso nocivo o perjudicial de sustancias psicoactivas es un fenómeno de interés para la sociedad mexicana, debido a las implicaciones que éste tiene tanto por los problemas directamente relacionados a su uso, abuso y dependencia como por los problemas asociados a dicho consumo: ausentismo laboral, accidentes automovilísticos, desintegración familiar, entre otros.

En el caso específico de las sustancias legales como el alcohol y, de acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011, instrumento de medición que registra el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas en México, a través de las prevalencias de su consumo, en tres momentos, que son: “alguna vez en la vida”, en “el último año” y en “el último mes”, tanto en la población general de 12 a 65 años de edad como en la población adulta de 18 a 65 años de edad), se encontró que, en el primer grupo etario, hubo un incremento en cada una de estas prevalencias del 2002 a 2011. De esta forma, la prevalencia de “alguna vez en la vida” pasó de 64.9% a 71.3%; la prevalencia en “los últimos doce meses” de 46.3% a 51.4% y, en la prevalencia del “último mes” de 19.2% a 31.6%.

En cuanto a diferencias entre sexo, en las mismas prevalencias de 2002 a 2011 se observó que la prevalencia de “alguna vez en la vida”, en los hombres, incrementó de 78.6% a 80.6%, mientras que en las mujeres pasó de 53.6% a 62.6%. En cuanto a la prevalencia del “último año”, en mujeres, está pasó de 34.2% a 40.8%, mientras que está misma prevalencia en los hombres pasó en 2008 y 2011, de 55.9% a 62.7%, finalmente, y la prevalencia del “último mes” aumentó, en hombres, de 33.6% a 44.3% y, en las mujeres, de 7.4% a 19.7%, esto en el mismo periodo de 2002 a 2011.

Por otra parte, en cuanto al patrón de consumo de 2002 a 2011 se encontró, en esta población, que el “consumo diario” decreció de 1.4% a 0.8%, el número de

bebedores consuetudinarios¹ se mantuvo similar de 5.6% a 5.4%, el índice de “consumidores altos” se mantuvo prácticamente estable entre 2008 y 2011 al pasar de 32.0% a 32.8%, respectivamente. En cuanto a las diferencias por sexo, las prevalencias fueron similares, el “consumo consuetudinario” en hombres se mantuvo casi sin variación de 9.7% a 9.6% y en las mujeres disminuyó de 2.3% a 1.4%, mientras que el “consumo diario” también se redujo en ambos sexos, por otro lado, el “consumo alto” de 2008 a 2011 en los hombres aumentó de 45% a 47.2%, a la vez que en las mujeres se mantuvo de 19.9% a 19.3%.

En contraste, estos mismos indicadores para la población de 18 a 65 años de edad del 2002 al 2011 fueron: la prevalencia de “alguna vez en la vida” incrementó de 72% a 77.1%, la prevalencia de los “últimos doce meses” pasó de 51.3% a 55.7% y la del “último mes” ascendió de 22.2% a 35%. Cuando se consideraron estas mismas prevalencias entre hombres y mujeres se encontró que la prevalencia de consumo de “alguna vez” incrementó de 80.8% a 88.1%, así como, la prevalencia de consumo del “último año” que paso de 62.6% a 69.3%, esto sólo en el periodo de 2008 a 2011. De la misma forma, la prevalencia de consumo en “el último mes” entre los hombres de esta población, paso de 39.7% a 50 %, en cuanto al uso que hacen las mujeres del alcohol hubo un aumento en las tres prevalencias, así la prevalencia de consumo de 2002 a 2011 de “alguna vez” pasó de 58.8% a 67%, la del “último año” incrementó de 37.1% a 43.2% y la prevalencia del último mes fue de 8.5% a 21.2%

Por último, el patrón de consumo de esta población de 2002 a 2011 fue: el “consumo diario” se mantuvo igual, “el consuetudinario” fue menor en el 2011, el consumo alto entre 2008 y 2011 se mantuvo sin cambios, por sexo. En lo que respecta al “consumo consuetudinario” se mantuvo estable en los hombres de 11.8% a 11.3% y en las mujeres disminuyó de 2.4% a 1.6%, el “consumo diario” bajó y el “consumo alto” se mantuvo igual entre 2008 y 2011, en ambos sexos.

En cuanto a las bebidas que contienen alcohol y su preferencia entre la población mexicana se halló que: la bebida que ocupó el primer lugar de preferencia

¹ Se define como: aquellas personas que consumen cinco o más “copas estándar” en el caso de los hombres y cuatro o más en el caso de las mujeres, una vez a la semana o con mayor frecuencia (ENA, 2008).

fue la cerveza, en tanto que la consumió más de la mitad de la población masculina 53.6% y una tercera parte de la población femenina 29.3%; el segundo lugar, lo tuvieron los destilados, pues casi una tercera parte (26%) de la población los consumió. Estos fueron los más frecuentemente consumidos por las mujeres, de las que hay 1.4 bebedoras de cerveza por cada una de destilados, mientras que en los hombres la diferencia fue mayor con 1.9 por cada bebedor. El tercer lugar lo tuvieron los vinos de mesa, pues fueron las bebidas de preferencia al ser consumidas por 6.6% de la población, con pocas diferencias entre hombres y mujeres; en cuarto lugar se encontraron las bebidas preparadas con un 4.4%, siendo las diferencias entre hombres y mujeres menores. En último lugar calificaron los fermentados, sin haber mostrado cambios en las tres mediciones analizadas.

Finalmente, en la ENA 2011 se señaló que, aproximadamente, 4.9 millones de mexicanos actualmente tienen un cuadro de dependencia al alcohol, lo que equivale al 6% de la población, esto representó un incremento significativo si se le compara con los casos reportados por la ENA en 2008 que ascendieron a 4 168 063. Específicamente, en la ENA 2011 se indicó que en la población de entre 12 y 65 años de edad hubo un incremento de personas que desarrollaron este problema en los periodos de 2002, 2008 y 2011, pasando de 4.1 % a 5.0% y concluyendo en 2011 con 6.2% de personas dependientes, respectivamente. De acuerdo con la ENA 2011 el 10.8 % de hombres tuvo este trastorno y el 1.8% de mujeres lo padeció. En cuanto a la población de 18 a 65 años de edad se observó un fenómeno similar para las tres mediciones: 2002, 2008 y 2011, de las cuales se desprendieron los siguientes porcentajes de personas con dependencia, 4.6%, 5.6% y 6.6%, respectivamente. Del total de personas que recibieron un diagnóstico de dependencia tan sólo el 6.8% recibió tratamiento, registrándose un aumento en el número de personas que recibieron tratamiento de tipo ambulatorio, al pasar en 2008 de 9.8%, a un 32.6% en el 2011.

Por otra parte y de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2004 murieron 2.5 millones de personas por causas relacionadas al consumo de alcohol, ocupando el tercer lugar entre los factores de riesgo de muerte prematura y discapacidad a nivel mundial, así mismo, estuvo relacionado con el 3.8% de la

mortalidad mundial del 2004, y al 4.5% de la carga mundial de morbilidad que se expresa como la pérdida de años de vida ajustados en función de la discapacidad y se encuentra asociada con factores de riesgo para desarrollar trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles, tales como: las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos tipos de cánceres, así como de algunas enfermedades infecciosas, tales como: el SIDA, la tuberculosis y la neumonía. Cabe señalar, que una parte importante de la carga de morbilidad que se atribuye al uso perjudicial del alcohol la constituyen; los accidentes automovilísticos, la violencia y los suicidios. Por otro lado, entre las consecuencias del consumo frecuente de alcohol se encuentran que éste pone en riesgo el desarrollo individual como social, pues deteriora la vida de quien consume, perjudica a su familia y afecta a la comunidad que le rodea (OMS, 2010).

Epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas ilegales en México

Con respecto al consumo de sustancias ilegales, en México se observan problemas relacionados importantes, tales como: el índice de homicidios asociados con el crimen organizado, en especial con el vinculado a la producción, trasiego y distribución de sustancias ilegales. De acuerdo con la Secretaría Técnica del Consejo de Seguridad Nacional (en el periodo de 2006 – 2012), y en el marco de la presentación de la base de datos de presuntos homicidios relacionados con la delincuencia organizada, cuyo objetivo fue proporcionar información sobre este tipo de muertes desde diciembre de 2006 a diciembre de 2010 y que, actualmente, sigue teniendo dicha función, el número de este tipo de homicidios en 2010 fue de 15 273 y de enero a septiembre de 2011 se calculó en 12 903 asesinatos, cifras que no deben de ser confundidas con las proporcionadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), pues estas contemplan tanto defunciones por muertes violentas como por accidentes que en 2010 fueron de 24 374 y en el 2011 fueron 27 199.

Estas cifras implican la existencia de un mercado de consumidores que demanda estas sustancias. En este sentido para el 2009 en América del Norte, región integrada por: Canadá, Estados Unidos de Norte América y México, se llevó a cabo el 70% de los decomisos de cannabis a nivel mundial; el 70% de las incautaciones totales

de MDMA (éxtasis) y el 44% del de metanfetamina, además de que el 99% de los laboratorios de metanfetamina desmantelados en todo el mundo se encontraban en dicha zona y, para el 2010, tenía el mercado principal de drogas del mundo y niveles elevados de producción, fabricación, tráfico y consumo de las mismas (ONU, 2011).

El consumo de dichas sustancias implica, además, consecuencias para quienes las consumen, tales como: desarrollar trastornos por el uso frecuente de las mismas (abuso y dependencia), así como problemas asociados en diversas áreas de sus vidas (familiares, laborales y sociales), lo que genera una carga económica importante para los gobiernos de los países. Por ejemplo, en el 2011 el National Drug Intelligence Center del Departamento de Justicia de los Estados Unidos de Norteamérica publicó un reporte que evaluó el impacto económico que generaba el uso de sustancias psicoactivas, que fue estimado en 193 000 millones de dólares americanos, esto incluyó; gastos relacionados con justicia penal, costos de atención a la salud, pérdida de competitividad económica y la productividad laboral.

Específicamente, en México, el gobierno estimó un presupuesto para 2012 de 10 700 millones de dólares americanos, tan sólo para gastos en el rubro de seguridad y ha realizado una inversión de 6 mil millones de pesos para facilitar la instrumentación de acciones preventivas y de tratamiento de las adicciones.

El abordaje de la Adicción a Sustancias Psicoactivas en México

Considerando la magnitud y las implicaciones que el fenómeno del uso nocivo de sustancias psicoactivas tiene y, que se ha expuesto con anterioridad, se hace evidente la necesidad de desarrollar nuevas políticas públicas, así como de mejorar las existentes con el propósito de impactar el desarrollo de dicho fenómeno, en especial en la prevención universal y en la atención de aquellas personas que padecen los efectos crónicos del uso perjudicial de sustancias psicoactivas, sean éstas de carácter legal o ilegal, y que consideren la dinámica del propio proceso de la adicción que, generalmente, implica la recaída después de haber recibido algún tipo de tratamiento, sea éste del tipo que sea.

Con respecto a la atención a personas que presentan uso perjudicial de sustancias psicoactivas, el gobierno mexicano ha instrumentado intervenciones y tratamientos psicológicos, los cuales han sido integrados en el marco del desarrollo de la estrategia nacional para la prevención y el tratamiento de las adicciones (2006-2012) la cual tiene, como eje fundamental, la apertura de 335 centros de atención denominados “Nueva Vida” dirigidos a personas consumidoras de sustancias psicoactivas que, en conjunto con otras instituciones, tales como los Centros de Integración Juvenil (CIJ) forman parte del sistema integral de atención a las adicciones.

Los Centros Nueva Vida o Unidades de Especialidad Médica: Centros de Atención Primaria de Adicciones (UNEMES-CAPA) prestan sus acciones de tratamiento en el primer nivel de salud, pues representa el primer contacto que hacen los individuos y las familias con la comunidad del sistema nacional de salud y, también, a que gran parte de los problemas relacionados con el uso de sustancias psicoactivas pueden prevenirse, si se tratan de manera temprana, por lo que la atención en este nivel del sector de salud pública, es un momento adecuado para intervenir e impedir que el problema evolucione a uno más grave, que requiera de tratamientos más intensivos e intrusivos.

Los programas a través de los que prestan atención las UNEMES-CAPA están basados, en su mayoría, en intervenciones y tratamientos de tipo cognitivo-conductual y motivacional que han sido desarrollados por investigadores de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Cabe señalar que estos programas reportan ser costo-efectivos y de corta duración, tales como: el Programa de Intervención Breve para Adolescentes: que inician el consumo de alcohol y otras drogas (PIBA; Martínez, Pedroza, Vacio Jiménez & Salazar, 2008; Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala, 2008), el Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema (PIBB; Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell, 1998; Lozano, Sobell & Ayala, 2002), el Tratamiento Breve para Usuarios de Cocaína (TBUC; Tena, Medina-Mora, Sánchez, 2007) el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC; Barragán, González, Medina & Ayala, 2005; Barragán, Flores, Medina & Ayala, 2007), la Intervención Breve

Motivacional para Fumadores (IBMF; Lira-Mandujano, González-Betanzos, Carrascoza & Cruz-Morales, 2009) y el Programa de Prevención de Recaídas (PPR).

Todos estos programas comparten las siguientes características: son estructurados (son manualizados y tienen un número de sesiones programadas, así como la duración de las mismas), están dirigidos a poblaciones con características específicas (consideran el tipo de dependencia y se trata a adultos o adolescentes), son de tipo ambulatorio, combinan procedimientos cognitivos y conductuales y utilizan los principios de la entrevista motivacional y son derivados de intervenciones y tratamientos que tienen evidencia empírica, además de que llevan a cabo una evaluación al inicio y al final de la intervención.

Una de las características fundamentales que hace que estos programas sean utilizados en el marco de la atención a población con problemas de sustancias psicoactivas, es el hecho de que son adaptaciones de intervenciones y tratamientos cognitivo-conductuales y motivacionales que poseen evidencia empírica, característica principal para desarrollar intervenciones y tratamientos psicológicos que abordan la dependencia y el abuso de sustancias psicoactivas y que, además, es recomendada por la OMS. Ejemplo de éste tipo de programas son: el Programa de Intervención Breve para Bebedores Problema (PIBBP; Ayala et al. 1998; Lozano et al. 2002), que se deriva del Programa de Autocambio Dirigido, desarrollado originalmente por Sobell y Sobell (Sobell & Sobell, 2005) y el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC; Barragán et al. 2005; Barragán et al. 2007); adaptado y modificado del modelo de Community Reinforcement Approach, propuesto por Azrin (1971).

Adicionalmente a estas intervenciones, también existen otras de corte cognitivo-conductual-motivacional con evidencia científica, tales como: La Detección e Intervención Breve de Alcohol para Estudiantes Universitarios con consumo excesivo, abuso o dependencia leve (DIBAEU; Quiroga & Cabrera, 2003) traducida, adaptada y modificada, a partir del Brief Alcohol Screening and Intervention for College Students (BASICS; Dimeff, Baer, Kivlaha, & Marlatt, 1999), el Tratamiento de Autocambio Guiado para Estudiantes Universitarios bebedores problema con dependencia moderada al alcohol (TAGEU; Quiroga & Montes, 2003), traducido, adaptado y

modificado, a partir del Guided Self-Change Treatment para bebedores problema (GSC; Sobell & Sobell, 1993); y la Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con dependencia sustancial a severa al alcohol y otras drogas (PEREU; Quiroga & Vital, 2003), traducida, adaptada y modificada para población universitaria a partir del Structure Relapse Prevention. An Outpatient counselling approach (SRP; Annis, Herie & Watkin-Merek, 1996).

Específicamente, el DIBAEU es una atención preventiva selectiva/indicada fundamentada en las teorías del aprendizaje social y en la psicología motivacional que cuenta con tres elementos que la distinguen: el entrenamiento en destrezas cognitivo-conductuales, la terapia de incremento motivacional y los principios de la reducción del daño. El TAGEU, es un Tratamiento breve de consulta externa, fundamentado en la teoría del aprendizaje social y en la entrevista motivacional que emplea un modelo específico de autocontrol y solución de problemas para el enfrentamiento de situaciones de riesgo para el consumo problemático. Por su parte, el PEREU es una modalidad de consejo breve, fundamentada en la teoría del aprendizaje social, con especial énfasis en el constructo de autoeficacia y en la psicología motivacional. Tiene un enfoque de amplio espectro y de reducción del daño; se caracteriza porque es uno de los pocos programas en el que sus fases se encuentran estructuradas con base en el modelo transteórico de etapas de cambio de Prochaska y Diclemente (1982). Por otro lado, ayuda a que los estudiantes identifiquen situaciones de alto riesgo para el consumo de alcohol y, también, los capacita en destrezas de enfrentamiento para iniciar y mantener el cambio de la conducta de beber excesivamente alcohol y otras drogas.

Es importante mencionar que el concepto de evidencia empírica incluye, a su vez, los de efectividad y eficacia (véase a: Pascual, Frías & Monterde, 2004).

Eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones y tratamientos Cognitivo-Conductuales y Motivacionales en la atención del abuso y dependencia a sustancias psicoactivas

Eficacia, efectividad y eficiencia

La eficacia se refiere a la capacidad que tiene una intervención o tratamiento psicológico para producir cambios de tipo conductual o de otro tipo, en la dirección esperada, además de que éstos resulten ser significativamente superiores al ser comparados con un grupo sin tratamiento, grupo placebo o contra algún otro tratamiento estándar disponible. Por otro lado, la efectividad de un tratamiento responde a la pregunta de si los resultados encontrados en un tratamiento eficaz son generalizables a otras poblaciones y a otras circunstancias que no son controladas, es decir, si los tratamientos tienen resultados en el mundo clínico real (véase a: Fernández & Pérez, 2001; Seligman, 1995).

Al respecto, Seligman (1995) ha señalado que la eficacia se relaciona con la validez interna, mientras que la efectividad se encuentra relacionada con la validez externa, por lo que se proponen ciertos criterios con los que deben de contar aquellos estudios que tienen como propósito probar eficacia y, que son, los de un Ensayo Clínico Aleatorizado (ECA). Entre los criterios que un estudio de este tipo debe de tener, se encuentran los siguientes: a) asignación aleatoria de los participantes a las condiciones de tratamiento y control; b) utilización de métodos de ciego y doble ciego; c) las intervenciones deben de ser manualizadas y aplicadas por terapeutas capacitados en ellas; d) que los pacientes reciban un número fijo de sesiones; e) que los pacientes cuenten con sólo un trastorno diagnóstico; y f) debe haber un periodo de seguimiento (véase a: Pascual, Frías & Monterde, 2004; Fernández & Pérez, 2001; Seligman, 1995).

En cuanto a los estudios que buscan probar efectividad, estos son más flexibles que los que buscan probar eficacia, lo que hace que su validez interna sea menor, esto debido a que; los participantes suelen tener una sintomatología con mayor variabilidad, estos pueden elegir el tipo de tratamiento que deseen, reciben dosis diferentes del

tratamiento en función del criterio del terapeuta y no hay forma de eliminar efectos deseables, dado que el terapeuta sabe el tipo de tratamiento que administra y los resultados deseados, sin embargo; estos criterios no son contrarios, pues se esperaría que las intervenciones tengan tanto un buen nivel de validez interna, así como un nivel adecuado de validez externa.

Por último, la eficiencia es también otro término importante que se debe mencionar y especificar cuando se habla de intervenciones basadas en evidencia, este concepto señala que tan viable es una intervención en términos del costo/beneficio, el cual es calculado en tres niveles, el primero, es el costo que tiene para el paciente o la institución que preste la atención psicológica, el segundo, es el costo que tiene para la comunidad y, el tercero, es el costo que involucra para la sociedad (Ferro & Vives,2004).

Tratamientos con evidencia empírica: contexto mundial

Como se señaló previamente, varias de las intervenciones y tratamientos instrumentados en México se encuentran desarrollados bajo la directriz de otras intervenciones y tratamientos cognitivo-conductuales y motivacionales que cumplen los criterios de eficacia y la metodología indicada para probarla, por lo que a continuación se revisan los estudios que les confieren dichas características, así como algunas de las características de este tipo de intervenciones.

Uno de los modelos que ha servido para desarrollar y probar tratamientos con evidencia empírica, tales como los cognitivo-conductuales motivacionales, es el modelo de etapas de investigación de terapias conductuales, desarrollado por el Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de Norte América. Éste conceptúa la transición desde el desarrollo de nuevos tratamientos hasta su utilización en la comunidad, está conformado por tres fases, la primera corresponde a ensayos piloto o de factibilidad que prueban la viabilidad de nuevos tratamientos no probados, la segunda, tiene por objetivo conducir pruebas de eficacia para evaluar los tratamientos que están completamente desarrollados y que

han probado eficacia, o parecen tenerla en estudios anteriores y, por último, la etapa tres, tiene el objetivo de evaluar si estos tratamientos se pueden llevar a diferentes escenarios aplicados y en comunidades diversas (véase a Carroll & Onken, 2005; Carroll & Rounsaville, 2003).

De acuerdo con este modelo, entre las terapias de conducta que se encuentran en la fase dos están: la terapia cognitivo-conductual, la terapia de manejo de contingencias, la entrevista motivacional y las terapias de pareja y familia. Lo anterior concuerda con la División 12 “The clinical Psychologist” de la American Psychological Association (APA) que publicó, en 1995, una lista de intervenciones y tratamientos de diversas orientaciones que cuentan con apoyo empírico, entre las cuales se encuentran: los conductuales, los cognitivos, los interpersonales y los familiares, siendo los más frecuentes, como en el caso anterior, las de tipo: cognitivo-conductual y conductual.

Por otra parte, Miller y Wilbourne (2002) condujeron un metaanálisis que comprendió la revisión de 361 estudios realizados entre los años de 1955 y 2002, y que formó parte del proyecto llamado “Gran Mesa”, el cual tuvo por objetivo revisar la efectividad de los tratamientos desarrollados para el abuso de alcohol, reportados en la literatura. Los principales criterios que se consideraron para su inclusión fueron: 1) tener una calidad metodológica adecuada; 2) que evaluaran por lo menos un tratamiento para los desordenes por uso de alcohol; 3) que incluyeran una condición de comparación, por ejemplo: un grupo control, grupo placebo u otro tratamiento alternativo; 4) que los participantes fueran asignados de manera aleatoria a las situaciones experimentales; y 5) que por lo menos consideraran una medida de las consecuencias relacionadas con el beber alcohol. Los resultados encontrados mostraron evidencia de la eficacia de las intervenciones breves, el entrenamiento en destrezas, las aproximaciones de reforzamiento comunitario y la terapia conductual de pareja, todas de carácter psicológico.

Los resultados del análisis anterior concuerdan con el llevado a cabo por Bien, Miller y Tonigan (1993), el cual estuvo basado en una revisión de una docena de ensayos

clínicos aleatorizados y de 32 estudios controlados de intervenciones breves, conformando una muestra de 600 bebedores problema. Los resultados mostraron que este tipo de intervenciones son efectivas, en comparación al no tener ningún tipo de intervención y, en algunos casos, son igual de efectivas que tratamientos más intensivos. Todos éstos tienen en común seis elementos; 1) retroalimentación personalizada sobre los riesgos del beber; 2) enfatizan la responsabilidad personal para el cambio; 3) proporcionan consejo para el cambio; 4) ofrecen un menú de opciones de cambio; 5) mantienen un estilo terapéutico empático; y 6) incrementan la autoeficacia del paciente, así como ser instrumentables en un corto periodo y ser efectivas en reducir el consumo de alcohol o lograr la remisión del mismo (Miller & Wilbourne, 2002; Bien et al.1993).

Dentro de este contexto, se puede ubicar el tratamiento de auto cambio guiado, desarrollado por Sobell y Sobell, el cual se conceptúa como una intervención breve de corte cognitivo-conductual motivacional (Sobell & Sobell, 2005), que comparte varias características con otras intervenciones breves cognitivo-conductuales motivacionales, sin embargo, tiene sus particularidades tales como; un estilo motivacional de la terapia, retroalimentación personalizada, asignación de breves lecturas y tareas (balance decisional, solución de problemas), el automonitoreo del uso de la sustancia, selección de la meta de tratamiento por parte del paciente y la prevención de recaídas en sus elementos cognitivos (Sobell & Sobell, 2005).

El desarrollo de esta intervención estuvo influenciada por varias líneas de investigación, entre las que se encuentran: el modelo transteórico del cambio de las conductas adictivas, propuesto por DiClemente y Prochaska (1982) y su contribución de mayor importancia radica en considerar a la motivación como un estado y no como un rasgo. La entrevista motivacional fue introducida por Miller (1983) y emplea un estilo de terapia no confrontativo que utiliza la retroalimentación personalizada como estrategia para incrementar la motivación al cambio. Los supuestos de la teoría del aprendizaje social propuesta por Bandura (1986) plantea la idea de que las personas se comprometen con metas que establecen ellas mismas y considera los elementos del modelo de prevención de recaídas propuesto por Marlatt (1984), en especial los

cognitivos, tales como; pensar en la recaída como una experiencia de aprendizaje y proporcionar al usuario información sobre el efecto de violación de la meta (Sobell & Sobell, 2003).

Otro de los modelos que ha demostrado ser eficaz y que ha sido señalado en los estudios anteriores (Carroll & Onken, 2005; Carroll & Rounsaville, 2003; Miller & Wilbourne, 2002), es el de manejo de contingencias, en específico, la aproximación de reforzamiento comunitario (The Community Reinforcement Approach, [CRA], por sus siglas en inglés). Éste es un tratamiento conductual de amplio espectro para tratar desordenes por uso de sustancias, desarrollado por Azrin (1971), y se considera uno de los tratamientos disponibles más eficaces en el tratamiento del uso del alcohol. Se fundamenta en la teoría del condicionamiento operante y supone que las contingencias del medio pueden jugar un rol poderoso en mantener o detener la conducta de beber alcohol o consumir drogas. De esta forma, al alterar el medio en que la persona vive, esta puede recibir suficiente reforzamiento, por parte de la comunidad, incluida su familia, amigos y en su trabajo, al mantener una conducta de sobriedad. Por ello, el programa enfatiza el ayudar al paciente a descubrir actividades nuevas y placenteras que no se relacionen con el uso del alcohol, además de enseñar a los pacientes las destrezas necesarias para participar en ellas (véase a: Smith, Meyers & Miller, 2001; Meyers, Roozen & Smith, 2011).

Dentro de los principales procedimientos que el CRA involucra en su tratamiento se encuentran los siguientes; a) un análisis funcional de la conducta de consumo, b) una muestra de abstinencia que se negocia con el paciente, c) selección de áreas de vida donde el paciente se siente poco satisfecho, d) entrenamiento en tres destrezas básicas que son; solución de problemas, de comunicación, de rechazo de alcohol y drogas, e) entrenamiento para conseguir empleo, f) asesoramiento en actividades recreacionales y sociales, g) prevención de la recaída y h) un componente de consejo de pareja (Meyers et al. 2011).

Una más de las intervenciones Cognitivo-Conductuales en el tratamiento de conductas adictivas es la prevención de recaídas (PR), derivada del modelo

desarrollado y propuesto por Marlatt y Gordon en 1985 (Bowen, Parks, Coumar & Marlatt, 2006). Este describe el proceso de la recaída y sugiere que dicho proceso se inicia con la respuesta que un sujeto tiene ante una situación de alto riesgo, es decir, aquellas que disparan el consumo de alcohol u otra droga y que de acuerdo con Marlatt (1985) se pueden clasificar en ocho situaciones que se caracterizan por una interacción particular entre estrategias de enfrentamiento, expectativas de resultado y factores ambientales, tales como, la influencia social, la disponibilidad de la sustancia y la exposición a señales ambientales relacionadas al consumo. De esta forma, si un sujeto carece de una estrategia de enfrentamiento efectiva o de la autoconfianza suficiente para hacerle frente a dicha situación, probablemente pueda iniciar el consumo de alguna sustancia psicoactiva, así, la decisión de usar o no usar la sustancia, es también mediada, por las expectativas de resultado de los efectos iniciales de usar la sustancia, que tiene el paciente (véase a: Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005; Witkiewitz & Marlatt, 2004; Larimer, Palmer & Marlatt, 1999).

Las personas que deciden consumir pueden ser vulnerables a experimentar el efecto violatorio de la abstinencia (EVA), que es el sentimiento de culpabilidad, malestar, y percepción de pérdida del control que los individuos experimentan, después de violar reglas autoestablecidas, lo que propiciaría pasar de una caída a una completa recaída. Si un individuo ve la caída como un error mínimo, o como una oportunidad de aprendizaje, entonces será más probable que regrese a su meta original, o a su meta precaída, sin embargo, si un individuo ve la caída como incontrolable y como una señal interna de falla, entonces será más probable que progrese al uso continuado de la sustancia, una recaída.

La instrumentación de este modelo ha demostrado ser eficaz y efectivo en el tratamiento de las conductas adictivas. Al respecto, Carroll (1994) llevó a cabo un ensayo aleatorio controlado con grupo placebo que tenía dos objetivos principales: comparar la efectividad de la terapia basada en el uso de disulfiram (TD) en la reducción de uso de cocaína, con un grupo control, y la efectividad de dos terapias: la terapia cognitivo conductual (TCC) que se basó en el modelo de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (1985) y la terapia interpersonal (TI) en la

reducción del uso de cocaína. En el estudio participaron 121 sujetos asignados, aleatoriamente, a 4 condiciones experimentales. Los resultados mostraron que los sujetos asignados a la condición TD redujeron el uso de cocaína en comparación al grupo control. En cuanto a las terapias, los pacientes que recibieron la TCC redujeron su uso de cocaína, en comparación a aquellos que recibieron la TI. Adicionalmente, el estudio encontró que la combinación de TD más TCC incrementó en menor medida los beneficios del tratamiento (Carroll & Onken, 2005; Carroll, Fenton, Ball, Nich, Frankforter, Shi & Rounsaville, 2004).

En este mismo sentido, Irving, Bowers, Dunn & Wang (1999) llevaron a cabo un metaanálisis que tuvo como propósito comprobar la efectividad y la eficacia de este modelo, para ello, revisaron 26 estudios que representaron una muestra de 9 504 individuos y un total de 70 hipótesis a probar. Los resultados mostraron que el modelo de PR es eficaz, en específico, en el tratamiento de trastornos relacionados con el consumo de alcohol, poliusuarios (personas que consumen más de una sustancia a la vez), consumidores de cocaína y tabaco. Estos resultados concuerdan con los de otro estudio realizado por Carroll (1996) quien llevó a cabo una revisión de 24 estudios, y que tuvo como objetivo identificar la efectividad de los tratamientos basados en el modelo de PR. Dicha autora encontró que los tratamientos basados en éste modelo son efectivos cuando se les compara contra un grupo control, también que es igual de efectivo que otros tratamientos activos. Al comparar la PR con grupos control que recibieron atención y discusión no hubo resultados concluyentes y, por último, la efectividad de PR no varió con la clase de trastorno por uso de sustancias (Witkiewitz & Marlatt, 2004; Irving, et al. 1999).

Tratamientos empleados en el contexto nacional

Con respecto a las intervenciones y tratamientos cognitivo-conductuales y motivacionales instrumentados en México, se cuenta con evidencia que indica que éstos producen cambios en la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. En la tabla 1, se muestran algunos de los estudios realizados en México, que indican los resultados de la instrumentación de éste tipo de intervenciones y tratamientos en

población mexicana, así como sus características principales. Sin embargo, tal y como lo señalan Rojas, Real, Garcia-Silberman y Medina-Mora (2011) quienes realizaron una revisión sistemática sobre los tratamientos de adicciones en México, estos estudios en su mayoría cuentan con una serie de limitaciones metodológicas, ya que no precisan ampliamente las intervenciones que realizan, no especifican sus hipótesis, no precisan la forma en que se determinó el tamaño de la muestra, no detallan los métodos para la aleatorización (en los casos en que se asignó aleatoriamente a diversos tratamientos), no se reportan los resultados en números absolutos, no mencionan el tamaño del efecto estimado, no mencionan los efectos adversos o colaterales de los grupos de intervención y, por último, la generalización de los resultados es de corto alcance debido a que los tamaños de las muestras son muy pequeñas, lo que limitan su efectividad.

Entre los estudios que comprendieron la búsqueda realizada por Rojas, Real, Garcia-Silberman y Medina-Mora (2011) se encuentran algunos de los mencionados en la tabla 1 y se adicionaron otros, de los cuales algunos se muestran en la tabla 2. Esta búsqueda se hizo mediante la técnica de análisis bibliométrico, en bases de datos internacionales y nacionales (acervos institucionales y bases locales) y con base a los criterios propuestos por Moher D, Schulz KF y Altman D., a partir del CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials/Estándares Consolidados de Reporte de Ensayos), estos criterios se consideran fundamentales para reportar los ensayos clínicos (Rojas, et al. 2011).

Características del estudio					
Año	1998	2005	2007	2008	2008
Autores	Ayala, Echeverría, Sobell & Sobell.	Barragán, Gonzales, Medina-Mora, Ayala	Oropeza, Sánchez, Medina-Mora	Lira – Mandujano, Gonzales-Betanzos, Carrascoza, Ayala & Cruz-Morales	Martínez, Salazar, Pedroza, Ruiz & Ayala
Participantes	177 sujetos, 85.9% hombres, 14.1% mujeres.	15 sujetos al inicio	35 sujetos al inicio	10 sujetos	25 adolescentes de entre 14 y 18 años de edad
Diagnostico	Niveles bajos y medios de dependencia	Dependencia media y severa al alcohol, y sustancial y severa a otras drogas	Dependencia a la cocaína	Dependencia baja y grave a la nicotina.	Consumo de alcohol u otra droga en exceso, sin cubrir síntomas físicos de dependencia
Tipo de intervención	Cognitivo-conductual / autocontrol dirigido	Cognitivo-conductual, adaptación del modelo community reinforcement approach, bases en las Teorías del condicionamiento clásico, operante, aprendizaje social y economía conductual	Cognitivo-conductual, basado en el modelo de prevención de recaídas	Cognitivo-conductual, su base es la teoría cognitivo-social, la entrevista motivacional, prevención de recaídas y técnicas de autocontrol.	Cognitivo-conductual, basado en la teoría del aprendizaje social y la entrevista motivacional
Características del tratamiento	1 sesión de evaluación y cuatro de tratamiento de aproximadamente 45 minutos Sesión 1: Balance desicional, establecimiento de meta (abstinencia, moderación). Sesión 2: identificación de situaciones de consumo, análisis funcional de la conducta de consumo, explicación de recaída. Sesión 3: se presenta un esquema de solución de problemas. Sesión 4: segundo restablecimiento de metas.	De 15 a 24 sesiones, sesiones de 1 ½ 2 veces a la semana: Admisión; evaluar criterios de inclusión, aplicación, EDA, CAD, LIBARE Evaluación; aplicación del ISCA, ISCD y LIBARE Análisis funcional Muestra de no consumo Metas de vida Comunicación: Solución de problemas Rehusarse al consumo Consejo marital Búsqueda de empleo Sociales y recreativas Prevención de recaídas Post evaluación, seguimientos; evaluar patrón de consumo.	Consta de 10 sesiones más una de seguimiento, sesiones de una hora y media, una vez a la semana. 1° Sesión de evaluación 2° Sesión de evaluación: aplicación de la entrevista. 1° Balance desicional y establecimiento de metas 2° Manejo del consumo de cocaína 3° Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína 4° Identificación y manejo de pensamientos sobre cocaína 5° Habilidades Asertivas de rechazo 6° Desiciones aparentemente irrelevantes 7° Solución de Problemas 8° Restablecimiento de metas y planes de acción.	Consta de 1 sesión de admisión, 1 de evaluación, y 4 cuatro de tratamiento. Admisión: Evaluación de criterios de inclusión Evaluación: Evaluar patrón de consumo y Autoeficacia Sesión 1: entrega de resultados, aplicación del Balance desicional Sesión 2: análisis funcional Sesión 3: realización de planes de acción a situaciones de consumo: modelo de prevención de recaídas Sesión 4: revisión de los planes de acción.	Consta de seis fases. Detección de casos Sesión de evaluación Sesión de inducción Tratamiento: consta de cuatro sesiones de tratamiento En la primera; se discuten los costos y beneficios del consumo, se establece una meta. En la segunda: se identifican situaciones de consumo y se planea como enfrentarlas En la tercera; se evalúa el consumo el impacto del consumo en las metas de vida En la cuarta; se evalúa el progreso con respecto a la meta establecida

Grupo de comparación	Sin grupo de comparación	Sin grupo de comparación	Sin grupo de comparación	Sin grupo de comparación	Sin grupo de comparación
Seguimientos	A los 6 y 12 meses	A l 1, 3, 6 y 12 meses	A los 6 meses	A los 6 meses	A los 180 días
Retención al final de Tratamiento	No se especifica	9 sujetos (7 hombres, 2mujeres)	19 sujetos (18 hombres, 1mujer)	No se especifica	No se especifica
Medias al finalizar el tratamiento	Se compararon los siguientes indicadores en tres fases pre-tratamiento, en tratamiento y el seguimiento, a los 6 y 12 meses: patrón de consumo; el porcentaje de abstinencia, número de copas por ocasión, además de comparaciones en nivel de problemática asociada al consumo, auto percepción de mejoría, nivel de autoeficacia, satisfacción con su calidad de vida.	Cambios en precipitadores, autoeficacia, satisfacción de vida cotidiana y patrón de consumo.	Retención del tratamiento, disminución de la cantidad de cocaína consumida y de las semanas de abstinencia (durante y después del consumo)	Se compararon los siguientes indicadores en tres fases pre, tratamiento, en tratamiento y el seguimiento, a los 6 meses: patrón de consumo y nivel de autoeficacia.	Se observaron los efectos del programa sobre el patrón de consumo, se compararon los días de consumo moderado y excesivo, y los días de abstinencia en fases de línea base y seguimientos.
Resultados	Mayor número de días de abstinencia, consumo moderado de bajo riesgo, que se mantuvo a los 12 meses, aumento en la autoeficacia, reducción del número de problemas a enfrentar, mayor sensación de bienestar	Hubo un decremento en el patrón de consumo durante y al año después de terminar el tratamiento, incremento en el nivel de satisfacción cotidiana y en el nivel de autoeficacia después del tratamiento y en el seguimiento disminución de los precipitadores al consumo después del tratamiento y en seguimientos.	Terminaron el tratamiento 19 sujetos, el consumo de cocaína se redujo: antes del tratamiento era de: 2.24 gr, durante el tratamiento fue de: .44 gr, y en el seguimiento de .08 gr, la frecuencia de semanas de consumo que se observó antes del tratamiento fue de 69.75%, durante el tratamiento 19% y durante los seguimientos 5.3%, 9 sujetos siguieron el consumo de forma menor y 10 lograron la abstinencia.	Los sujetos con dependencia grave presentaron una línea base estable, disminuciones abruptas en los primeros 30 días del tratamiento, un aumento al final del mismo y luego un patrón de consumo estable, excepto para un sujeto, los sujetos sin dependencia alta tuvieron un patrón de consumo variable en la línea base, un decremento inmediato durante la fase de tratamiento alcanzándose la abstinencia, que se mantiene en la fase de tratamiento y seguimiento.	Hubo una disminución en las medidas de consumo entre las fases de línea base y tratamiento, y entre las fases de línea base y seguimiento, el cambio se mantuvo hasta los seis meses después del tratamiento, se observó también un aumento de la autoeficacia y reducción de los problemas asociados.
Efectos adversos	No se mencionan	No se mencionan	No se mencionan	No se mencionan	No se mencionan

Tabla 1. Características de estudios de terapias cognitivo-conductuales para el tratamiento de desordenes adictivos en México

- ❖ La familia enseñante. Evaluación del modelo en México en términos de reincidencia en su aplicación a una muestra de niños inhaladores de solventes industriales (Ayala, H., Quiroga, H, Mata, A., & Chism S.K., 1981).
- ❖ Evaluación de un modelo cognitivo-conductual motivacional de atención escalonada para estudiantes universitarios con problemas de alcohol (Quiroga, A.H., Sánchez, S.J., Medina-Mora, I.M. & Aparicio, N.C. 2007)
- ❖ Resultados iniciales de un programa de autocontrol para bebedores problema en México (Ayala H., Cárdenas G., Echeverría L. & Gutiérrez M, 1995).
- ❖ Modelo integral de satisfacción cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas (Barragán L., Flores M., Medina-Mora, ME. & Ayala H., 2007).
- ❖ La intervención eficaz del médico general en el tratamiento de bebedores cuyo hábito alcohólico representa un riesgo para su salud o ya les ha ocasionado algún daño (Resultados preliminares de un ensayo clínico doble ciego y prospectivo (Campillo C., Díaz R, Romero M, Cerrud J, Villatoro J., 1992).
- ❖ Comparación del éxito para dejar de fumar a largo plazo en sujetos con EPOC y sin EPOC (Flores-Trujillo F, Ramírez A, Hernández R, Méndez M, Sansores R. 2009).
- ❖ Evaluación de resultados de la clínica para dejar de fumar. Centros de Integración Juvenil, A. C. Dirección de Investigación y Enseñanza (Jiménez-Silvestre K, Castillo-Vite NL, Castillo NL. 2004).
- ❖ Desarrollo y evaluación de un Programa de Intervención Breve para adolescentes que se inician en el consumo de alcohol y otras drogas (Martínez KI., 2003).
- ❖ Tratamiento integral pre-abstinencia contra el tabaquismo para fumadores con sintomatología depresiva (Moreno-Coutiño, Hernández-Delgado et al. 2011).

Tabla 2.- Revisión de tratamientos de dependencia y abuso a sustancias psicoactivas en México

Aunque como se ha evidenciado con los estudios anteriores, las terapias cognitivas-conductuales (TCC) y motivacionales, han demostrado producir cambios en la conducta de consumo de sustancias psicoactivas, tanto en el ámbito internacional como nacional, éstas tienen importantes limitaciones que afectan su efectividad, fenómeno que puede ser constatado al revisar las elevadas tasas de recaída, evento muy común entre los usuarios de sustancias psicoactivas, en especial entre aquellos que han recibido algún tipo de tratamiento incluidos los cognitivos conductuales; que

son superiores al 60%, además de que son consistentes a través del uso de diferentes tipos de sustancias de abuso (Zgierska et al. 2009).

En este mismo sentido, aproximadamente un 80% a 90% de los pacientes que han recibido tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas recaen en el año siguiente a concluir su tratamiento, esto cuando se define la recaída como el consumo de una sola bebida con alcohol, lo mismo ocurre con otras sustancias como los opioides y la nicotina (Breslin, Zack & McMain, 2002). Por otro lado, cuando se ha determinado qué tan efectivos son los tratamientos desarrollados para atender el consumo perjudicial del alcohol en los EUA se ha encontrado que, aproximadamente, una tercera parte de los pacientes permanecen asintomáticos durante el año siguiente al tratamiento y, las dos terceras partes restantes, muestran un decremento en el consumo de alcohol y en los problemas relacionados (Miller, Walters & Bennett, 2000).

Limitaciones de las intervenciones conductuales, cognitivas, motivacionales, cognitivo-conductuales y cognitivo-conductuales-motivacionales en el abordaje de la adicción a sustancias psicoactivas.

Una de las principales limitaciones de las intervenciones conductuales, cognitivas, motivacionales, cognitivo-conductuales y cognitivo-conductuales-motivacionales en el abordaje del uso perjudicial de sustancias psicoactivas, es el desconocimiento del por qué resultan exitosas, lo anterior debido a que se desconocen las variables mediadoras, moderadoras y mecanismos de cambio.

De acuerdo con el National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA, pos sus siglas en ingles), la importancia de identificar éstas variables (mediadoras, moderadoras y mecanismo de cambio) radica en tres aspectos: primero, permitiría conocer las principales características de las terapias de comportamiento que explican las mejoras en los resultados de los pacientes, en segundo lugar, ayudaría a mejorar la práctica clínica a través de la identificación de los aspectos claves de la terapia que deben estar presentes en cualquier intervención, para obtener los mejores resultados, y en tercer lugar, la delimitación de los mecanismos de acción de los tratamientos conductuales proporcionaría una nueva forma de abordar las interacciones paciente-

tratamiento-contexto, lo que ayudaría a proporcionar un tratamiento individualizado y a que, posteriormente, los hallazgos de estas investigaciones sirvieran de base para estudios sobre cuestiones más amplias (recuperado de <http://grants.nih.gov/grants/guide/rfa-files/RFA-AA-07-005.html>, el 29 de diciembre de 2012).

Según Kazdin (2007), un mediador se define como: una variable interviniente que es estadísticamente significativa y, además, puede explicar la relación entre la variable independiente y la variable dependiente, también un mediador podría ser una guía que apunte a un posible mecanismo de cambio, pero no es necesariamente uno. Por otro lado, un moderador se entiende como: alguna característica que influye la dirección o magnitud de la relación entre la variable independiente y la variable dependiente, por ejemplo: si los resultados del tratamiento varían en función de alguna característica del paciente como su sexo o su grupo étnico, éstas se consideran como moderadoras. En cuanto a un mecanismo de cambio, éste se refiere a los pasos o procesos a través de los cuales la terapia (o variable independiente) opera y produce el cambio, es decir, los mecanismos de cambio explican cómo la intervención se traduce en eventos que conducen a los resultados (Kazdin, 2007; Kazdin & Nock, 2003).

Estos constructos se han tratado de determinar y, de estudiar, por medio de la instrumentación de diseños específicos: los ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y los procedimientos estadísticos, tales como la regresión múltiple y el modelo de ecuaciones estructurales, aunque los más comunes son los análisis de regresión múltiple. En cuanto a los ECA, son el principal método para demostrar las relaciones causales entre el tratamiento y el cambio terapéutico. Éstos se conceptúan como: un experimento controlado en humanos en el que se comparan, por lo menos, dos condiciones de tratamiento: un grupo control y un grupo experimental (Kazdin, 2007; Lazcano-Ponce, Salazar-Martínez, Gutiérrez-Castrellón, Ángeles-LLerenas, Hernández-Corduño & Viramontes, 2004; Kazdin & Nock, 2003).

Dentro de las intervenciones y tratamientos cognitivo-conductuales que tratan la adicción a sustancias psicoactivas, uno de los principales mediadores del cambio que

se ha postulado como responsable de su eficacia y al que la mayor parte de las intervenciones y tratamientos cognitivos-conductuales se adhieren es: el déficit en destrezas de enfrentamiento tanto cognitivas como conductuales. Esta variable mediadora se deriva de la teoría del aprendizaje cognitivo-social formulada por Bandura (1986), a la cual la mayoría de las intervenciones y tratamientos cognitivo-conductuales se adhieren y, cuyos principios, dan un papel central al enfrentamiento cognitivo y conductual y a la autoeficacia, que aplicados al estudio de la conducta adictiva, dieron lugar a un marco conceptual y a un modelo cognitivo-conductual para explicar y tratar dicha conducta (Longabaugh, Donovan, Karno, McCrady, Morgenstern & Tonigan, 2005; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005; Morgenstern & Longabaugh, 2000).

De acuerdo con este modelo, los individuos que tienen problemas con el alcohol tienen un déficit en destrezas de enfrentamiento, dicho déficit provoca que los sujetos no puedan hacer frente a situaciones estresantes y difíciles de manera satisfactoria y que, conforme el tiempo transcurra, el individuo comience a experimentar una sensación de autoeficacia baja, o la percepción de que no pueden manejar dicha situación adecuadamente, además, de que esta percepción de autoeficacia baja se pueda generalizar a un rango amplio de situaciones. En ausencia de dichas destrezas y con una autoeficacia baja el individuo recurre al alcohol o de alguna otra sustancia, como una forma de hacer frente a dichas situaciones.

Adicionalmente, este proceso se ve influido por un conjunto de expectativas que el individuo aprende a través de la observación de modelos significativos, tales como: los padres, miembros de la familia o compañeros, varias de las cuales llevan al sujeto a anticipar efectos positivos del consumo de sustancias y que, a su vez, son reforzadas por los efectos iniciales positivos del consumo de alcohol u otra sustancia. De la misma manera, a través del tiempo, las señales emocionales y contextuales son asociadas con la conducta de consumo de sustancias psicoactivas por medio del condicionamiento clásico y son capaces de provocar el craving o un deseo intenso por consumir estas sustancias psicoactivas (Longabaugh et al. 2005).

Dado que las intervenciones y tratamientos cognitivo-conductuales sostienen esta explicación del fenómeno del uso perjudicial de sustancias psicoactivas, emplean alguna forma de entrenamiento en destrezas de enfrentamiento cognitivas y conductuales para corregir dicho déficit, que incluyen: la identificación de situaciones específicas donde no existe una respuesta adaptativa al medio, el uso de instrucciones, el modelado, el juego de roles, los ensayos conductuales, así como el facilitar la exposición gradual a situaciones de riesgo para el consumo, y lograr una adecuada ejecución de las destrezas. Dichas técnicas permiten incrementar tanto el enfrentamiento cognitivo como el conductual, sin embargo, muy pocos estudios han demostrado que esta variable mediadora del cambio, en específico, sea la responsable de la efectividad de las terapias cognitivas-conductuales en el tratamiento de la conducta adictiva (Longabaugh et al. 2005; Morgenstern & Longabaugh, 2000).

Entre estos estudios se encuentra el que llevó a cabo Morgenstern y Longabaugh (2000), quienes realizaron una revisión de la evidencia empírica que apoya a esta variable mediadora del cambio. La revisión estuvo basada en la búsqueda de artículos científicos que tuvieran este propósito, como resultado de ello, se encontraron diez artículos, los cuales cumplieron con los siguientes criterios: a) que tuvieran medidas de los efectos del tratamiento sobre alguna de las siguientes variables: autoeficacia o adquisición de destrezas de enfrentamiento; b) que incluyeran explícitamente entrenamiento en destrezas de enfrentamiento cognitivas y conductuales. En específico, que se entrenara al paciente en destrezas para hacer frente a situaciones de alto riesgo, o bien, entrenamiento en destrezas generales, o una combinación de ambas y que, además, hicieran uso de estas para manejar situaciones estresantes y de alto riesgo para consumir alcohol; y c) que los participantes del estudio cubrieran los criterios de dependencia del DSM IV, razón por la que se incluyeron tratamientos etiquetados como prevención de recaídas, entrenamiento en destrezas sociales y aproximaciones cognitivo conductuales.

Otros criterios de inclusión fueron: que los estudios incluyeran asignación aleatoria de los pacientes a una condición de tratamiento: cognitivo conductual y de comparación, que tuvieran, por lo menos, una evaluación al inicio y al final del

tratamiento de las variables relacionadas al consumo de alcohol, que incluyeran medidas de un indicador de una destreza de enfrentamiento cognitiva o conductual y, por último, que los análisis estadísticos que se realizaran para probar el rol mediador de esta variable hipotetizada estuvieran apegados a cuatro criterios empleados para probar dicho rol; el primero, que el tratamiento experimental debería reducir más síntomas que el alterno, el segundo, que el tratamiento experimental debería producir cambios significativos en la variable mediadora del cambio, el tercero, que esta variable debería covariar con el cambio en los síntomas y, el cuarto, la inclusión de la variable hipotetizada como covariante debería reducir el efecto del tratamiento sobre el cambio en los síntomas.

En contraste, se excluyeron aquellos tratamientos que, además del entrenamiento en destrezas de enfrentamiento, incluían otros tipos de componentes terapéuticos, dado que éstas podrían operar debido a otra serie de posibles mecanismos, entre éstos se encuentran: la aproximación de refuerzo comunitario (ARC), la terapia conductual de pareja (TCP) y el entrenamiento en autocontrol (EA); específicamente, tanto la ARC como la TCP involucran a otro significativo y la ARC ofrece a los pacientes, de forma directa, reforzadores. En cuanto al EA, se excluyó por dos razones, la primera es que se le ofrece a los pacientes la opción de elegir su meta de tratamiento, mientras que en la mayoría de las intervenciones que emplean el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento la meta estándar es la abstinencia, adicionalmente, el EA es un programa para pacientes que no presentan dependencia a la sustancia (Morgenstern & Longabaugh, 2000).

Como resultado de la revisión se encontró que, aunque estos estudios realizan varios análisis estadísticos que tratan de establecer el rol mediador de esta variable, no son suficientes para poder probar dicha característica, este hallazgo es interesante dada la gran cantidad de estudios controlados que demuestran la eficacia de los tratamientos e intervenciones cognitivo-conductuales para la conducta adictiva a sustancias psicoactivas, lo que implica un desconocimiento de cómo el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento produce sus efectos. En este mismo sentido Donovan (2005) realizó una revisión de los mecanismos de cambio en las intervenciones

cognitivas-conductuales para el tratamiento de los individuos con desordenes por el uso de alcohol.

De acuerdo con la revisión de Donovan (2005), las variables mediadoras del cambio responsables de las mejoras observadas al final de este tipo de tratamiento, están relacionadas a los cambios de actitudes, de creencias y de conductas, lo que está de acuerdo con la teoría que sustenta el tratamiento, además, dichos cambios son el resultado de que el paciente se involucre en éste y pueden ser cognitivas y conductuales. Entre las cognitivas se pueden ubicar: el incremento de la autoeficacia para mantener la abstinencia en situaciones de alto riesgo, el decremento de las expectativas positivas del consumo de alcohol, el incremento de las expectativas que trae el dejar o reducir el consumo de alcohol. En los conductuales están: las destrezas para evitar consumir en las situaciones que previamente han sido asociadas con el consumo, además de métodos generales para afrontar situaciones estresantes, sin embargo, y en congruencia con el estudio previo (Morgenstern & Longabaugh, 2000), la investigación no muestra que estos mecanismos tengan el sustento empírico suficiente que los apoye, en especial, el uso del entrenamiento en destrezas de enfrentamiento.

Resultados de otras investigaciones que indagan sobre otros posibles mecanismos de acción de la TCC, como los realizados por Brown (2002) y citados por Donovan (2005) señalan que la autoeficacia puede ser otra variable mediadora de los resultados observados en la TCC, dado que se observó que los pacientes que tuvieron un incremento en esta variable decrementaron el uso de alcohol y droga después del tratamiento. También, existen indicadores de que el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento es efectivo sólo para aquellos que tienen dicho déficit y no es tan efectivo para quienes no lo tienen, lo que señala la existencia de otras variables mediadoras tales como la motivación. De esta forma, el simple hecho de entrar en cualquier tipo de tratamiento podría ser suficiente para movilizar los esfuerzos del paciente para hacer frente a situaciones de alto riesgo y a los efectos no específicos del tratamiento, tales como: la preparación para el cambio, el involucramiento general en el tratamiento y la alianza terapéutica.

Por otra parte y, de acuerdo con la revisión realizada por Longabaugh y Morgenstern (1999), el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento cognitivas y conductuales (EDCC) no difiere en efectividad cuando se le compara con otras aproximaciones de tratamiento. Lo mismo ocurre cuando se observa la efectividad del EDCC como un programa pos-tratamiento, sin embargo, cuando el EDCC se incluyó como un componente de alguna otra forma de tratamiento, resultó ser más efectivo que el tratamiento de comparación, también se observó que puede ser una aproximación efectiva para ciertos subgrupos de la población como pacientes con un grado mayor de sociopatía o desorden de personalidad antisocial durante ciertas fases del tratamiento.

De acuerdo con Longabaugh y Morgenstern (1999), una forma de poder incrementar la efectividad del EDCC, es a través de incorporar componentes de otras terapias eficaces, para lo cual, proponen cinco estrategias: a) Incluir la entrevista motivacional como una estrategia para incrementar la motivación del paciente por un cambio; b) Involucrar a los pacientes en grupos de auto ayuda; c) Incorporar a una persona significativa para el paciente en el proceso terapéutico; d) Incluir estrategias basadas en procedimientos de condicionamiento clásico como el de exposición a señales relacionadas al consumo; e) Incluir un entrenamiento en destrezas de enfrentamiento, amplio y general, que le permita responder a las demandas de la vida cotidiana: y d) agregar tratamiento farmacológico.

A manera de resumen, dentro de las principales limitaciones de las intervenciones cognitivas-conductuales en el tratamiento de las conductas adictivas a sustancias psicoactivas se encuentran, por un lado: el desconocimiento de cómo éstas funcionan, es decir, el desconocimiento de las variables mediadoras responsables de los cambios observados al final del tratamiento, lo que es de relevancia, dada la gran cantidad de estudios controlados que refieren su eficacia y, por otro lado, que el entrenamiento en destrezas de enfrentamiento cognitivas y conductuales (variable central a la que la mayoría de las intervenciones cognitivo-conductuales en el tratamiento de la adicción a sustancias psicoactivas se adhieren) no parece ser efectivo, cuando se emplea como única forma de tratamiento, mejorándose cuando éste se combina con otros tratamientos.

Con la finalidad de poder superar dichas limitaciones se han propuesto diversas formas, entre ellas: realizar estudios controlados diseñados para identificar variables mediadoras, moderadoras y mecanismos de cambio, los cuales se encuentran relacionados a la eficacia de los tratamientos e intervenciones y, por otra parte, a mejorar los resultados de los tratamientos actuales, a través de estrategias como las sugeridas por Longabaugh y Morgenstern (1999), que, básicamente, proponen incorporar componentes de otras terapias efectivas a los tratamientos estándar empleados en el tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas.

Cabe señalar que, al integrar un nuevo componente, debe de garantizarse que este mantenga coherencia con el tratamiento al que se está agregando, de lo contrario y, como lo señalan Longabauh y Morganstern (1999), podría existir una contradicción entre ambos, afectando el resultado del tratamiento o intervención. Por ejemplo, en algunos casos la inclusión de grupos de autoayuda, tales como: Alcohólicos Anónimos (AA) a los tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) pues, mientras los grupos de AA suponen la influencia de un poder superior en el proceso de recuperación, los TCC suponen que el individuo es el responsable de mantener el cambio y fomentan la autoeficacia.

Por otro lado, para conseguir dicha integración y mantener una coherencia entre los tratamientos existentes y los componentes que se integran, se debe de considerar su origen teórico, así como los avances recientes en áreas de la psicología, en especial en el de la psicología de la conducta adictiva a sustancias psicoactivas, además de considerar que las intervenciones y tratamientos cognitivo-conductuales carecen de un marco conceptual teórico suficientemente articulado y general que integre y explique la diversidad de enfoques agrupados bajo la categoría cognitiva conductual y que especifique, de forma a priori, los mecanismos a probar, o los que se hipotetizan como responsables del cambio, dicha deficiencia se encuentra muy vinculada con el propio proceso de desarrollo de la terapia cognitiva-conductual como aproximación clínica y teórica.

Terapias conductuales de tercera generación en el tratamiento de conductas adictivas: atención plena (Mindfulness)

Evolución, conceptos y principios de la “Terapia Conductual”: tres generaciones

Una de las razones del desconocimiento del por qué la terapia cognitiva-conductual funciona radica en que, a partir de las décadas de 1950 y 1960, se decidió cambiar el tipo de abordaje en el tratamiento de los problemas de salud de una intervención o tratamiento basado en una teoría específica que explicara una enfermedad, a tecnologías específicas que pudieran solucionarla, lo cual tuvo mayor auge en los años ochenta, con la creación por parte de la Food and Drug Administration (FDA, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos de América, de un “modelo de desarrollo de tecnología” utilizado, principalmente, en el campo de la farmacología y que, rápidamente, se adaptó en el área de las intervenciones psicológicas a finales de 1970. A esto siguió, de forma natural, la generación de tratamientos manualizados, entrenamiento terapéutico, medidas de adherencia a éstos, y otras características propias del modelo tecnológico como los ensayos clínicos aleatorizados de estas técnicas (Hayes, 2002; Hayes & Shenk, 2004).

Como resultado de la instrumentación de este modelo en psicología, se ha producido un gran avance, en especial en la psicología clínica, pues ahora se cuenta con un número de tratamientos con evidencia empírica como ya se ha hecho evidente que, incluso, pueden ser comparados, en efectividad, contra tratamientos probados como los médicos, sin embargo, dicho modelo tiene sus limitaciones y repercusiones.

Por ejemplo, en los EUA, donde la mayor parte de las intervenciones son desarrolladas, existen más posibilidades para acceder a recursos económicos para probar nuevas tecnologías que para probar nuevas aproximaciones que podrían tener resultados inesperados, pero incluso, este proceso para acceder al financiamiento para probar nuevas tecnologías es restrictivo, lo que lleva a los investigadores a proponer nuevas intervenciones que son probadas a través de ensayos clínicos aleatorizados que contienen los mismos procedimientos que ya han sido probados, lo que resulta en propuestas nuevas que combinan los procedimientos ya existentes, pero con nuevos nombres, además de que los propios investigadores crean nuevos tratamientos con

diferentes nombres para poner un sello distintivo en éstos, lo que los hace ser diferentes de los desarrollados por otros investigadores (Hayes, 2002; Hayes & Shenk, 2004; Álvarez, Fernández & Fernández, 2001).

Producto de este proceso, existe una gran cantidad de tratamientos manualizados que tienen evidencia empírica, que se podrían reducir a unos cuantos procedimientos. Es importante mencionar, que para que la ciencia mantenga un grado de avance y de dirección coherente, es necesario que cuente con explicaciones teóricas que respalden los hallazgos e innovaciones tecnológicas, que de otra forma, se podría generar confusión. Esto es, así como una psicología basada sólo en investigación de resultados y en un uso excesivo de tecnología puede producir resultados engañosos (a pesar que dentro de este modelo tecnológico no se pugna por esto), dado que actualmente una tecnología no necesita de una explicación que dé cuenta de los mecanismos por los que funciona, si no sólo de la evidencia empírica, para ser considerada una técnica o tratamiento con dicha característica, ha traído como consecuencia que las investigaciones arrojen resultados que no concuerdan. Por otro lado, este modelo tampoco específica, de forma satisfactoria, de donde provienen estas aproximaciones de tratamiento y, no asegura, la generación de nuevas ideas y tecnologías.

Una forma de producir estas ideas y no quedar atrapado dentro de esta homogenización de tratamientos que se podría ver como un círculo que se retroalimenta, es recurrir a la investigación básica y a la teoría como fuentes de innovación tecnológica y científica, aplicado esto dentro de los tratamientos psicológicos y, en específico dentro de los cognitivo-conductuales y motivacionales y, en particular, a los aplicados a la adicción. De esta forma se conceptuaría, primero, comprendiendo la teoría que sustenta a los tratamientos cognitivos-conductuales y motivacionales y los principios que se derivan de ésta, lo que llevaría a aclarar los mecanismos que producen los efectos observados o mejoras en los pacientes. Segundo, llevaría a integrar los datos provenientes de la investigación básica como los realizados en las áreas de la cognición y de la conducta verbal del ser humano dentro de las explicaciones actuales proporcionadas desde este marco de terapia y, tercero, a

largo plazo, y con suficiente investigación, proporcionaría una concepción más amplia y actualizada de cómo operan los fenómenos psicológicos y, con ello, un avance tanto en la psicología científica como en la profesional.

Lo anterior, conlleva a hacer una revisión de la teoría y principios que sustentan las terapias cognitivas-conductuales y motivacionales, lo que conduce a otra de sus limitaciones: la falta de una teoría lo suficientemente articulada que provea un marco conceptual adecuado para proporcionar explicaciones satisfactorias, lo que ha generado que a este tipo de terapia se le considere un mero conjunto de técnicas. El hecho de que dicha deficiencia exista se debe, en parte, a la manera en cómo la terapia cognitivo conductual ha evolucionado, lo que ha contribuido a que los resultados de la investigación en psicoterapia se dividan en dos puntos de vista, por un lado, la postura que señala que no existen diferencias significativas entre los diferentes tipos de psicoterapia existentes, incluidas las cognitivas-conductuales y motivacionales, a lo que se ha denominado la “paradoja del pájaro dodo” y, por el otro, el que señala que existen diferencias en cuanto a su eficacia y según el tipo de trastorno (Morgenstern & McKay, 2007; Barlow, 2002; Luborsky, Rosenthal, Diguer, Andrusyna, Berman, et al. 2002; Chambless, 2002).

Tomando como referencia lo antes mencionado, es claro que la “Terapia Conductual” (término genérico en el que se incluye en un solo rubro a las terapias conductuales, a las terapias cognitivas, a las terapias cognitivo-conductuales, a las terapias cognitivo-conductuales-motivacionales y a las terapias basadas en la atención plena y la aceptación) cuenta con una teoría particular sobre el comportamiento humano y sus problemáticas psicológicas, además de tener una serie de principios básicos que la sustentan y que parecen ser responsables de los resultados, aunque como se ha evidenciado, éstos suelen no explicar sus resultados de manera satisfactoria, al no indicar, de manera explícita, los mecanismos de acción o la naturaleza de sus resultados lo que se debe, en parte, al origen de la explicación de dichos fenómenos. Cabe mencionar que este tipo de intervenciones surgió a finales de los años 60, como una respuesta al conductismo radical propuesto por Skinner, a las cuales se les podría considerar como la segunda generación de terapias conductuales,

de acuerdo con la clasificación realizada por Steven Hayes (2004). En esta clasificación se distinguen tres periodos o generaciones de terapias de conducta, la primera derivada de los principios del aprendizaje, la segunda que es la cognitivo conductual motivacional, que integra la cognición y la motivación al paradigma anterior y, la más reciente, la que se podría definir como contextual.

La primera generación de terapias de conducta surgió como una respuesta a la inconformidad con el psicoanálisis de principios del siglo XIX y a la dificultad para probar, empíricamente, varios de sus planteamientos, a las inconsistencias dentro de su propia teoría y procedimientos y la negación de la influencia de la cultura y la sociedad sobre la conducta. En este sentido, el surgimiento de esta primera generación de terapias de conducta tuvo, como propósito, hacer un estudio lo más científico y objetivo posible del comportamiento humano, es decir, se buscó subsanar las deficiencias de los enfoques que le antecedían, en especial los intrapsíquicos, creando así una teoría y aproximación clínica que se fundamentaban en los principios y leyes del aprendizaje (el condicionamiento clásico y el operante), de esta forma, no se necesitaba buscar o indagar en conflictos internos o complejos como el de Edipo, o en alguna otra estructura interna e hipotética, si no en la conducta observable y en el medio en que ésta ocurría (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012; Kazdin, 1996).

Uno de los principios de las terapias de conducta de primera generación, es el condicionamiento clásico y, aún lo es, dentro de las terapias de conducta modernas (terapias de tercera generación). El condicionamiento clásico hace referencia al proceso por el cual, nuevos estímulos, obtienen el poder de producir conducta respondiente, es decir, existen clases de éstos que producen respuestas reflejas a las que se les llama respondientes o respuestas incondicionadas, este tipo de respuestas no se encuentran bajo el control voluntario del individuo, por ejemplo, la contracción de la pupila a una luz brillante, la conexión entre un estímulo incondicionado y la respuesta es automática. Sin embargo, la conducta refleja se puede producir, algunas veces, ante estímulos que no la producen de forma automática, esto es posible mediante un procedimiento de condicionamiento clásico en donde un estímulo neutro (un estímulo que no produce la respuesta refleja de forma natural) puede producir la respuesta

refleja, para ello, se presenta el estímulo neutro con el estímulo que produce la respuesta (estímulo incondicionado) de forma consistente y durante varios ensayos de tal forma, que al final del procedimiento, el estímulo neutro se vuelve condicionado y puede provocar la respuesta incondicionada (Kazdin, 1996; Chance, 2001).

Otro principio en que se fundamenta esta primera generación y, que sigue de igual forma presente, en las concepciones de la terapia de conducta moderna, es el del condicionamiento operante, el cual se refiere al proceso de aprendizaje de conductas operantes, es decir, varias de las conductas que los organismos emiten se encuentran bajo el control de sus consecuencias, estas conductas reciben el nombre de operantes debido a que operan o influyen de alguna manera sobre el ambiente, de esta forma, las operantes incrementan o decrementan de acuerdo a los eventos que les siguen. La mayor parte de la conducta que los seres humanos ejecutan es operante, de esta relación se derivaron planteamientos generales entre la conducta y los eventos ambientales, tales como: a) el reforzamiento: presentación o ausencia de un evento después de emitir una respuesta, que incrementa la frecuencia de la misma, b) el castigo: presentación o retiro de un evento después de una respuesta que decrementan su frecuencia, c) la extinción; no se presenta el reforzador después de emitir una respuesta previamente reforzada, lo que decrementa su frecuencia y d) el control de estímulos; se refuerza la conducta ante un estímulo pero no ante otro.

Estos principios fueron el resultado de la investigación y la experimentación básica en modelos animales y de numerosos trabajos, a lo largo de varios años, que fueron corrigiendo y agregando datos a las observaciones previamente realizadas. Los principios del condicionamiento clásico fueron estudiados por primera vez por Iván Pavlov en 1927, aunque las bases para su estudio ya habían sido mencionadas por Sechenov quien fue maestro de Pavlov y Bechterev, este último creador de la reflexología. También destacan los trabajos de Eroféeva alumna de Pavlov quien describió los procedimientos de contracondicionamiento y los de Shenger-Krestovnikova sobre la neurosis experimental. Estos principios, posteriormente, fueron trasladados al ámbito clínico, por ejemplo Wolpe en 1958 creó con base en este

principio, el primero de los tratamientos con evidencia empírica: la desensibilización sistemática, basada en la inhibición recíproca.

Por otra parte, el principio del condicionamiento operante fue, también, el resultado de una amplia investigación, que fue iniciada por Thorndike, quien propuso la ley del efecto, que enunciaba que las respuestas seguidas de satisfacción quedaban firmemente asociadas a la situación, de tal forma, que incrementaba la probabilidad de su ocurrencia, lo contrario ocurría, si la situación era seguida de displacer, entonces su vinculación con la situación se debilitaba, a esto siguieron los trabajos de John B. Watson fundador del conductismo y, en especial, los trabajos de Burrhus F. Skinner, quien partió de los paradigmas de Thorndike y Pavlov y clasificó el tipo de aprendizaje en función de sus respuestas respondientes y operantes.

Skinner dió un papel central a la conducta observable como objeto de estudio de la psicología, estableció los principios básicos del condicionamiento operante y desarrolló una metodología para el estudio de la conducta, el análisis experimental de la conducta y de su filosofía el conductismo radical, así como la aplicación de estos principios en el área clínica, lo que resultó en la creación del análisis conductual aplicado, que se define como la aplicación de los procedimientos derivados de los principios del aprendizaje operante para mejorar conductas importantes en la sociedad, en un nivel significativo, teniendo importantes aplicaciones en diversos ámbitos: escolar, familiar y de salud (Cooper, Heron, & Heward, 1987; Kazdin, 1996). Estos principios, junto con los del condicionamiento clásico, se encuentran presentes dentro de las intervenciones cognitivas-conductuales y motivacionales actuales

Sin embargo, a pesar de los avances generados por esta primera generación, sus procedimientos no fueron eficaces para abordar determinados problemas psicológicos, además de no explicar, de manera satisfactoria, eventos como el lenguaje y la cognición humana, lo que provocó que se buscaran mejores explicaciones dentro de otros modelos, como los cognitivos, lo que dio origen a la segunda generación de terapias de conducta o “cognitivas-conductuales” en la década de 1970, cambiando de esta forma el foco de atención de la conducta observable a la cognición, se consideraba que el aprendizaje no era un fenómeno automático, si no mediado por

variables cognitivas como la conciencia, la atención, las expectativas o las atribuciones, de esta forma, se consideró a la cognición como un elemento determinante de la conducta humana y, por consecuencia, de los trastornos psicológicos, con lo cual, se introdujo el cambio de los pensamientos o las cogniciones como elemento central de dichas terapias, aunque conservaron los cambios de primer orden (ejemplo: manejo de contingencias) heredados de la primera generación (Mañas, 2007; Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Dentro de esta segunda generación de terapias cognitivas-conductuales, destacan trabajos fundamentales como los de Bandura, quien propuso una forma diferente de aprendizaje, que difiere de las propuestas por el condicionamiento clásico y el operante: el aprendizaje vicario o por observación, lo que permitió la participación de variables cognitivas en la explicación de la conducta humana. Desde esta perspectiva, se conceptúa el aprendizaje como una manera de procesamiento de la información. De esta forma, un “modelo” es el input y la conducta que se observa es el output, fenómeno que se encuentra mediado por procesos cognitivos como la atención, la retención, la producción y la motivación. Para Bandura, la mayor parte del comportamiento humano no se aprende de forma directa o a través del condicionamiento operante, si no de forma vicaria. Este autor propuso el determinismo recíproco, es decir, una influencia mutua entre la conducta del individuo y el medio ambiente, mediada por procesos cognitivos. Uno de los conceptos principales propuestos por Bandura es el de autoeficacia, considerada actualmente como una de las variables responsables del cambio terapéutico, que se define como la creencia de un sujeto de poder llevar a cabo una conducta de forma satisfactoria. Adicionalmente de los principios del aprendizaje vicario se derivaron técnicas como las de modelado (Ruíz, Díaz & Villalobos, 2012)

En este mismo periodo surgieron las terapias cognitivas estándar actuales que son las más utilizadas; la terapia cognitiva de Beck para la depresión, la terapia racional emotiva de Ellis, el entrenamiento en inoculación del estrés y de autoinstrucciones de Meichenbaum y la terapia de solución de problemas de D’zurilla y Golfried, así como, una variedad de tratamientos o paquetes cognitivos-conductuales,

que integran varios elementos de estas terapias con otros de la primera generación, manteniendo la perspectiva de que la cognición es un factor importante en el tratamiento de la psicopatología, empleando técnicas conductuales que modifiquen creencias, actitudes o ideas. Desde la perspectiva de la terapia cognitiva para la depresión propuesta por Beck y, en específico, desde el modelo cognitivo desarrollado por esta terapia “todas las perturbaciones psicológicas tienen en común una distorsión del pensamiento que influye en el estado de ánimo y en la conducta de los pacientes. Una evaluación realista y la consiguiente modificación del pensamiento, producen una mejoría en esos estados de ánimo y comportamientos. Esta mejoría permanente resulta de la modificación de las creencias disfuncionales subyacentes” (Beck, 2000, p.17).

De acuerdo con este modelo, existen diversos niveles de creencias o pensamientos, siendo los más fáciles de identificar los llamados pensamientos automáticos, estos se desprenden de otras creencias intermedias que son: actitudes reglas y presunciones, que a su vez, se derivan de creencias nucleares o básicas, siendo el nivel más esencial, son rígidas, globales y generalizables, que parecen tener su origen en la infancia, de esta forma, la percepción de una persona se ve influida por estas creencias subyacentes, que se expresan a través de los pensamientos automáticos, que afectan las emociones y la conducta de la persona, así como, sus reacciones fisiológicas (Beck, 2000).

Por su parte, desde la terapia racional emotivo conductual (TREC) propuesta por Albert Ellis en 1955, se conceptúa que la interpretación de los eventos es la responsable de los trastornos emocionales que afectan a la persona, así como de la conducta de ésta, “.....la TREC sostiene que cuando las persona tiene consecuencias emocionales (C) después de una experiencia activante (A), esta última contribuye, pero no directamente en causar (C). Su sistema de creencias o “Beliefs” (B) conduce a C en gran parte y más específicamente. Así pues, si se sienten deprimidas en C después de verse rechazadas por alguien en A, el rechazo no las hace deprimidas, si no que sus creencias acerca de este rechazo conducen a sus sentimientos de rechazo” (Ellis & Abrahms, 1978, p. 46).

De acuerdo con esta explicación, las personas tienen un primer conjunto de creencias racionales que provienen de un sistema básico de valores que se pueden llamar creencias racionales (Cr) pero también existe un conjunto de ideas irracionales que surgen simultáneamente (Cir) que son dogmáticas y rígidas, de esta forma, la tarea de los terapeutas es confrontar y debatir estas ideas o creencias creadoras del trastorno de la persona (D) lo que conduce a la persona a actuar de forma distinta sobre la base de las nuevas interpretaciones y sentimientos (Ec), lo que se puede llamar proceso cognitivo A-B-C-D-E.

Por otra parte, Donald Meichenbaum (1977), junto con un grupo de colaboradores, propuso una nueva estrategia de intervención psicológica llamada inoculación del estrés, que se puede conceptualizar como una técnica para controlar el estrés, la ansiedad, la ira o el dolor, a través de un entrenamiento de habilidades. De acuerdo con esta visión, se trata de crear anticuerpos psicológicos, es decir, habilidades de enfrentamiento, lo que se logra a través de exponer al sujeto a estímulos lo suficientemente intensos que generen estos, pero que no le sobrepasen, con lo que se refuerza la resistencia, "así, el individuo puede desarrollar una cierta sensación de poseer recursos suficientes para hacer frente a las situaciones problemáticas o estresantes ya que se ha enfrentado, con éxito, a unos niveles plausibles de estrés, y, hacerse de esta forma de unas habilidades y expectativas positivas que le ayudaran en las situaciones más difíciles" (Muñoz & Bermejo, pág. 8).

Como puede apreciarse, este modelo da un papel destacado a las variables cognitivas y a las conductas para hacer frente a situaciones desafiantes, sus fundamentos parten de dos enfoques de los modelos de enfrentamiento del estrés y de los modelos de autoinstrucciones. Uno de los modelos que influyó a este procedimiento fue el modelo de enfrentamiento de Lazarus y Folkman (1984), que fue uno de los más influyentes en los años ochentas y noventas. Este autor conceptúa al enfrentamiento como los esfuerzos de tipo cognitivo y conductual, que constantemente cambian y que se desarrollan para cubrir las demandas específicas, externas e internas, que son evaluadas como desbordantes respecto a los recursos con los que cuenta el sujeto. Con lo que respecta al entrenamiento en autoinstrucciones, también creado por

Michenbaum para trabajar con niños con el propósito de enseñar a éstos a controlar su dialogo interno, ante situaciones relacionadas a la ansiedad. Cabe señalar que aunque este procedimiento fue desarrollado paralelamente a la Inoculación del estrés, se introdujo de forma rápida dentro de éste, cambiando el control del dialogo interno a situaciones estresantes.

Otro más de los enfoques desarrollados dentro de esta segunda generación de terapias cognitivas-conductuales fue el de solución de problemas, originalmente propuesto por D'Zurilla & Goldfried (1971). La solución de problemas se conceptúa como un proceso de aprendizaje que facilita generar alternativas y tomar decisiones, es un proceso metacognitivo, a través del cual, los sujetos entienden los problemas de la vida y hacen esfuerzos por cambiar los siguientes aspectos: a) la situación problemática en sí misma, b) su reacción a ésta o c) ambas cosas a la vez. De acuerdo con este modelo, se debe de considerar la orientación que tiene el paciente del problema. Esto es, la tendencia cognitiva y conductual que el paciente experimenta cuando tiene un problema y que engloba una serie de atribuciones, creencias y valoraciones, con lo que se pretende que la persona reconceptúe estas creencias sobre los problemas; que sean vistos como algo normal en la vida y desarrolle una actitud que permita definir los problemas en soluciones apropiadas, además de llevar a cabo un proceso racional de solución de problemas, fue desarrollado por Nezu y colaboradores, y consta de los siguientes componentes: a) definir y formular el problema, b) búsqueda de alternativas, c) toma de decisiones y d) instrumentación de la decisión y evaluación de los resultados.

Con respecto a los tratamientos o “paquetes” estandarizados bajo la categoría cognitivo-conductual, estos integran varias de las técnicas específicas desarrolladas dentro de algunos de los enfoques de terapias antes mencionadas (cambio de pensamientos, solución de problemas, auto afirmaciones positivas) y los combinan con técnicas de la primera generación (tiempo fuera, reforzamiento positivo, castigo), aunque algunos de estos elementos también se encuentran presentes en las terapias cognitivas estándar. Un ejemplo de este tipo de tratamientos estandarizados, son los cognitivo-conductuales para el manejo de la conducta adictiva, de los cuales la mayoría

son desarrollados bajo la perspectiva del aprendizaje social y, otra parte, bajo una visión de manejo de contingencias o del condicionamiento operante, aunque incluyen el entrenamiento en destrezas como la de comunicación o la de solución de problemas, por lo que se les considera de la segunda generación de terapias cognitivas-conductuales, un ejemplo de estas intervenciones es la aproximación de reforzamiento comunitario y, en México, el Programa de Satisfactores Cotidianos (PSC), ya antes mencionado (Barragán et al. 2005)

El PSC es la adaptación de la aproximación de refuerzo comunitario planteado originalmente por Azrin (1972) a población mexicana. Es un tratamiento desarrollado dentro del marco conceptual del análisis conductual aplicado. Este programa busca restablecer y mejorar la calidad de los reforzadores recreativos, sociales y familiares que rodean a los usuarios de droga. En este sentido los objetivos son que los reforzadores sean operacionales y de calidad cuando el usuario no utilice drogas, además de ser retirados si el individuo consume y hacer que un estilo de vida sin drogas sea más probable a través de enseñar al usuario las destrezas necesarias para crear éste, pues al no desarrollar éstas y tener que hacer frente a problemas el usuario recurría inevitablemente al uso de sustancias (Barragán et al. 2005).

El PSC se integra de 12 componentes que fueron el resultado de la adaptación, en un primer momento, de la Aproximación de Refuerzo Comunitario, en este punto se incluyeron los siguientes cambios: 1) inclusión de otras habilidades de comunicación, 2) evaluación de variables predictivas de recaídas: auto-eficacia y precipitadores y 3) se agregaron destrezas para rehusarse al consumo. Posteriormente, al primer estudio piloto y una vez evaluada la eficacia de este modelo en 20 usuarios, se añadieron los componentes de autocontrol emocional, negarse al consumo y comunicación y, por último, se añadió como criterio de inclusión tener un nivel de funcionamiento cognitivo adecuado.

Dentro de los componentes que conforman este programa, se utilizan técnicas tanto conductuales como cognitivas, por ejemplo; dentro del componente de control de emociones para el manejo del enojo, se utilizan técnicas como: distracción del pensamiento, autoinstrucciones positivas y tiempo fuera; para manejar la tristeza se

instrumentan: el cambio de pensamientos equivocados, ejercicios del menú de reestructuración cognitiva, realizar actividades agradables, buscar lo positivo de la situación, para manejar la ansiedad son: la respiración profunda, la relajación muscular progresiva o por imaginación guiada, por último, para el manejo de los celos se incluyen técnicas tales como: el cambio de conducta, el cambio de pensamientos y la distracción haciendo otra conducta (Barragán et al. 2005; Barragán et al. 2007; Flores & Barragán, 2010).

Un componente más que se utiliza, es la técnica de análisis funcional de la conducta de consumo, donde se identifican los antecedentes y consecuencias positivas responsables de mantener la conducta de consumir droga, así como su función y las consecuencias, a largo plazo, de continuar con esta conducta. Otro componente de éste, es rehusarse al consumo, aquí se entrena al usuario en como rechazar, asertivamente, el uso de alcohol o drogas, que incluye: dar explicaciones alternativas, o confrontar al otro, así como modificar los pensamientos negativos que llevan al consumo. Enseguida está el componente de entrenamiento en habilidades de comunicación. Por último, está el componente de solución de problemas que se basa en los siguientes pasos: a) definir el problema; b) generar alternativas; c) analizar las ventajas y desventajas de cada una de las opciones; d) elegir la solución; e) controlar la situación; y f) aplicar y evaluar la solución en el escenario natural.

Al analizar todos los componentes y sus diversas técnicas se puede aseverar que, aunque este programa fue desarrollado dentro del marco del análisis conductual aplicado y desde una perspectiva del manejo de contingencias del ARC, integra varios elementos que consideran los tratamientos cognitivos-conductuales más clásicos como son: la autoeficacia como variable predictiva del éxito o recaída del paciente, la integración de técnicas que buscan modificar pensamientos negativos o llamadas también de reestructuración cognitiva, estrategias de solución de problemas, entrenamiento en habilidades de comunicación e interacción interpersonal, por lo que se podría considerar que este programa es un entrenamiento en habilidades de enfrentamiento clásico, con componentes adicionales como el uso del disulfiram, el

empleo de búsqueda de actividades recreativas, un periodo de abstinencia convenido con el paciente y el de manejo de la relación marital.

Como se puede apreciar, existen numerosas intervenciones y enfoques que han surgido de esta segunda generación de terapias de conducta o cognitivas-conductuales durante los últimos treinta años y que, además, han demostrado ser efectivas, pero de igual forma como sucedió con las terapias de primera generación, los datos y contradicciones comenzaron a surgir y, con esto, el surgimiento de una tercera generación de terapias de conducta. Entre estas contradicciones se encuentran: a) resultados de investigaciones que indican que el control, reducción o eliminación de los eventos privados o eventos cognitivos, producen efectos contrarios a los que se buscan. Se debe recordar, que uno de los principales objetivos de las terapias de segunda generación, es la modificación, la evitación y la supresión de este tipo de eventos, con el propósito de conseguir un mejor ajuste emocional, lo que resulta de gran interés dado que proporciona evidencia en contra de uno de los principales supuestos de este tipo de terapias; b) el hecho de que agregar componentes cognitivos a tratamientos con procedimientos conductuales parece no tener un gran impacto o ser casi nulo cuando se les compara de forma separada; c) resultados de investigación que indican la poca probabilidad de constructos que se hipotetizaban como responsables del cambio y la recaída en padecimientos, como la depresión; d) el hecho de que varias de las terapias cognitivas estándar no tengan un vínculo directo con investigación de laboratorio que justifique sus técnicas e intervenciones; y e) la existencia de explicaciones derivadas de investigación básica en lenguaje y cognición que pueden explicar la naturaleza de estas variables y que han demostrado su eficacia en el ámbito clínico.

Con respecto a los intentos por evitar, suprimir o modificar eventos privados o cogniciones foco central de las terapias de segunda generación (Beck, 2000; Ellis & Abrahams, 1978), estos producen efectos contrarios. Este fenómeno ha sido estudiado por Wegner y Schneider desde 1987, los cuales condujeron un primer experimento donde se pedía a los participantes que no pensarán acerca de algo, en este caso, un oso blanco, como resultado, se encontró que los sujetos eran incapaces de poder

suprimir este pensamiento. Esta investigación, junto con estudios posteriores (Wegner & Schneider, 1987; Wegner & Zanakos, 1994; Wegner, 1997; Sullivan, Rouse, Bishop & Johnston, 1997; Wenzlaff & Wegner, 2000; Bowen et al. 2007; Wegner, 2011) demostraron que además de no poderse suprimir los pensamientos, en especial aquellos negativos tales como: pensamientos depresivos, socialmente inapropiados o generadores de ansiedad, se produjeron efectos contrarios como fue un incremento de los pensamientos que se trataban de suprimir o su reaparición de manera espontánea.

De la misma forma, Jacobson y Dobson (1996) condujeron un estudio con el propósito de probar la teoría del cambio propuesta por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) que explicara satisfactoriamente la eficacia de la terapia cognitiva-conductual en el tratamiento de la depresión (TCCD), debido a que se conocía poco sobre los ingredientes activos o los mecanismos responsables del cambio de esta terapia que explicarían la eficacia, ampliamente probada de ésta y el de las técnicas empleadas. De acuerdo con dicha teoría, los individuos con depresión tienen esquemas cognitivos estables, que son una serie de creencias subyacentes o creencias fundamentales, que se desarrollan como consecuencia del aprendizaje temprano. Estos esquemas predisponen o influyen en la interpretación que las personas hacen de los eventos, lo que lleva a la persona a realizar conductas características de la depresión. Por lo que la TCCD se ocupa, en un primer momento, en modificar la conducta de la persona deprimida, después, en corregir los errores al momento de interpretar los eventos como los pensamientos automáticos o las distorsiones cognitivas y, finalmente, se centra en identificar y modificar las estructuras más internas o esquemas depresivos, sin embargo, dado que el tratamiento es multifacético, es decir, que integra varias estrategias, podría ser que el mecanismo hipotetizado no sea el responsable del cambio y sea alguna otra variable o grupo de ellas.

Dicho estudio tuvo, como muestra, 150 pacientes asignados aleatoriamente a 3 condiciones de tratamiento, todos diagnosticados con depresión mayor, con el fin de probar dos hipótesis: la hipótesis de activación (HA) y la hipótesis de habilidades de enfrentamiento (HHA). De acuerdo con la primera (HA), los cambios observados en la

TCCD se dan a través de la activación de los pacientes, es decir, instigando a los pacientes a volverse más activos y ponerse en contacto con fuentes de reforzamiento disponibles, lo que concuerda con observaciones anteriores donde las mejoras en los pacientes se dan en las primeras semanas del tratamiento, momento en que se instrumentan dichas estrategias. Por otro lado, la segunda hipótesis (HHA) considera que los pacientes aprenden formas de enfrentar los eventos y pensamientos depresogénicos, es decir, los sujetos no alteran una serie de creencias subyacentes o de ideas centrales, si no que aprenden estrategias efectivas para hacer frente a los eventos estresantes de la vida y, de igual forma, a los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas asociados a estos.

Se conformaron tres tratamientos para probar dichas hipótesis: el primero sólo recibió el tratamiento de activación conductual (AC), otro que incluía la activación conductual y un entrenamiento sólo para modificar pensamientos automáticos disfuncionales en situaciones específicas (ACEMP) y, un tercero, que fue el tratamiento estándar para tratar la depresión (TE). Todos los tratamientos estuvieron basados en la versión estándar para tratar la depresión desarrollada por Beck y colaboradores, aunque cada uno con sus respectivas modificaciones, los grupos fueron balanceados. Los terapeutas responsables de instrumentar el tratamiento tenían el entrenamiento adecuado y su ejecución fue supervisada a través de cintas de video seleccionadas al azar, con el fin de asegurar un apego al protocolo de investigación. Dados los supuestos teóricos, se esperaba encontrar que los resultados del TE fueran superiores al ACEMP y que éste fuera mejor que la AC. Los resultados se midieron al final de la intervención y se realizó un seguimiento a seis meses a través de las siguientes escalas; escala de Hamilton para evaluar la depresión de 17 reactivos (1967) y del inventario de Beck (1979).

Como resultado de la intervención se encontró que, el TE no produjo mejores resultados ni al finalizar, el tratamiento ni en los seis siguientes meses, y que las dos condiciones de tratamiento alternas AC y ACEMP fueron igual de efectivas que el TE en alterar el pensamiento negativo, así como de los estilos atribucionales negativos, resultados que tienen importantes implicaciones teóricas y prácticas (Jacobson,

Dobson, Truax, Addis, Koerner, Gollan, Gorthner & Prince, 1996). Estudios posteriores han confirmado dichos resultados (Dobson, Hollon, Sona, Schmalings, Kohlenberg, Gallop, Rizvi, Gollan, Dunner & Jacobson, 2008).

Adicionalmente, existe evidencia que indica la eficacia de la terapia cognitiva a largo plazo (Blackburn, Eunson & Bishop, 1986, Butler, Chapman, Forman & Beck, 2006), sin embargo, se conoce poco sobre los efectos profilácticos de la terapia cognitiva. De acuerdo con la teoría propuesta por Beck, los sujetos sometidos a terapia cognitiva modifican sus actitudes o sus esquemas, lo que previene que en ocasiones futuras exista una recaída, sin embargo, los datos empíricos no apoyan dicha hipótesis. En este sentido, Teasdale (2002) ha propuesto que la recaída, después de un tratamiento sobreviene por la reactivación de patrones de pensamiento negativo, autodevaluativos y desesperanzadores asociados al estado de ánimo depresivo durante un episodio depresivo mayor. De acuerdo con esta propuesta, los pacientes que se encuentran en recuperación de la depresión difirieron de los que nunca han experimentado un episodio depresivo en el patrón de pensamientos que es activado por cambios mínimos en el estado de ánimo, esto es: en pacientes que se recuperan de la depresión, el pensamiento activado por pequeños cambios en el estado de ánimo mostraron similitudes a los patrones de pensamiento presentados durante el episodio depresivo. Esta reactivación de patrones de pensamiento actúan manteniendo e intensificando el cambio de estado de ánimo, escalando hasta un círculo autoperpetuador rumiativo cognitivo-afectivo, a esto se le ha llamado “hipótesis de la activación diferencial” (Teasdale, Segal & Williams, 1995; Lau, Segal & Williams, 2004; Teasdale, Segal, Williams, Rideway, Soulsby & Lau, 2000; Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Lo anterior supone una reconceptuación de los mecanismos propuestos por los que la terapia cognitiva actúa, a largo plazo, considerando la investigación en psicología cognitiva y no debe interpretarse como una ruptura o alejamiento de dicha terapia, si no todo lo contrario y, considerar que la relación propuesta por este tipo de terapias, donde las cogniciones tienen un papel determinante sobre las emociones puede ser, también, en un sentido inverso y no tener un papel secundario o mínimo, es

decir, debería de considerarse el efecto del estado de ánimo sobre los pensamientos (Vázquez, 2007, Lau, Segal & Williams, 2004; Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Por su parte, Burns y Spangler (2001) condujeron un estudio para probar si los cambios en actitudes disfuncionales mediaban los cambios en la terapia cognitivo-conductual para la depresión y la ansiedad, para ello, utilizaron una muestra de 521 sujetos diagnosticados con depresión o ansiedad, todos recibieron terapia cognitiva estándar, los resultados fueron analizados con un modelo de ecuaciones estructurales y se probaron cuatro hipótesis: a) los cambios en actitudes disfuncionales, (AD) llevan a cambios en la depresión y ansiedad durante el tratamiento, b) cambios en la depresión y ansiedad llevan a cambios en AD, c) AD y emociones negativas tienen efectos recíprocos causales y d) no hay una relación causal entre AD y emociones. En lugar de ello, hay una tercera variable que activa tanto AD, así como a la depresión y la ansiedad. Como resultado, se encontraron inconsistencias con las tres primeras hipótesis, en lugar de ello, el análisis sugirió la existencia de una tercera variable desconocida con efecto causal simultáneo sobre las AD, la ansiedad y la depresión.

Lo anterior tiene repercusión en otras técnicas ocupadas dentro del proceso de la terapia como lo es: la formulación cognitiva de un caso clínico en particular, que se refiere a un conjunto de hipótesis propuestas por el clínico, que son las responsables de mantener los problemas de un paciente, pues esta técnica ocupa como marco de referencia, el proporcionado por la terapia cognitiva estándar, (Bieling & Kuyken, 2003). Por otro lado al considerar la relación entre los modelos clínicos cognitivos y la investigación básica realizada en psicología cognitiva, se observa que guardan poca relación, por ejemplo: en el caso de los llamados pensamientos automáticos (PA), las intervenciones clínicas cognitivas clásicas denominan PA a aquellos pensamientos que aparecen inesperadamente al paciente, que parecen no ser el resultado de ningún procesamiento y que son difíciles de controlar y afectan emocionalmente e impiden al individuo continuar con sus actividades, mientras que este mismo concepto, en psicología cognitiva, implica un procesamiento de la información inconsciente y en paralelo, que permite al individuo desempeñarse en sus labores, lo que no concuerda con el concepto de PA dentro de las intervenciones clínicas, lo mismo pasa con otros

conceptos como: sobregeneralización, pensamiento en blanco o negro, razonamiento emocional o los pensamientos irracionales (Vázquez, 2007; Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis, 2006).

Otra inconsistencia se encuentra en los tratamientos conductuales desarrollados para abordar cuadros de conducta complejos como los presentados en el trastorno límite de la personalidad, caracterizado por inestabilidad emocional recurrente y conductas de riesgo, tales como intentos suicidas, los cuales no tuvieron los resultados esperados. Estos tratamientos consideraban a los sujetos que intentaban suicidarse como carentes de habilidades para desarrollar una vida gratificante; por lo tanto, el propósito del tratamiento era entrenar a los sujetos en estas habilidades, se basaba en el conductismo y en la práctica tradicional de la terapia conductual, que habían llevado a desarrollar tratamientos eficaces para otros trastornos, se integraba de estrategias de solución de problemas, tales como: entrenamiento en destrezas, exposición y manejo de contingencias, sin embargo, todas estas estrategias estaban basadas en lograr un cambio rápido lo que provocó, en los pacientes, una sensación abrumadora que resultó en un aislamiento emocional, o más raramente, en salir violentamente de la sesiones o en agredir al terapeuta (Hayes, Follette & Lineham, 2004).

Por otro lado, cuando se dejaba de enfatizar el cambio conductual, también existían las mismas complicaciones, los pacientes tendían a interpretar que su terapeuta ignoraba su malestar, lo que llevó a buscar una nueva forma de trabajar con este tipo de pacientes que se centrara, por un lado, en lograr el cambio y, por otro, en validar las emociones intensas de los pacientes con este trastorno (Hayes, Follette & Lineham, 2004), lo que indicaba una clara limitación en las técnicas conductuales disponibles y la necesidad de desarrollar otras que pudieran ser de utilidad para tratar con estos pacientes, entre las que se encuentran: 1) estrategias de validación emocional: proporcionar expresiones emocionales; 2) entrenamiento en: observar emociones y etiquetarlas; 3) estrategias de validación conductual; 4) estrategias de validación cognitiva; 5) procedimientos de manejo de contingencias; 6) procedimientos de exposición; y 7) procedimientos de modificación cognitiva, que difieren de los

enfoques anteriores, pues se considera lo cognitivo como: asunciones, creencias, reglas, pensamientos automáticos, auto pláticas y esquemas, esto se refiere tanto a lo que el paciente piensa así como lo que recuerda. Pensar se entiende como el proceso cognitivo proposicional o verbal que puede ser a dos niveles consciente o inconsciente. De la misma forma, se distingue un estilo cognitivo que se entiende como: las características de los modos de procesamiento de información, tales como; rigidez cognitiva y flexibilidad, pensamiento divergente y convergente, pensamiento dicotómico, concentración, estilos de abstracción y déficit atencionales (Linehan, 1993).

Desde esta nueva propuesta para tratar con estos pacientes que se podrían describir como difíciles, se considera que el estilo y forma de pensar son causas de disfunciones cognitivas y conductuales y resultados de éstas, que se traduce como los juicios erróneos y los errores del procesamiento de la información, resultado tanto de un cambio en el estado del ánimo, así como de una activación emocional extrema. De esta forma, las fallas para poder aprender y recordar reglas apropiadas podrían resultar de la interferencia del estado de ánimo con el aprendizaje y el recuerdo. Por lo tanto, las distorsiones son vistas como el resultado de los problemas, no como una causa fundamental, dado esto, se utilizan estrategias como ayudar al sujeto a observar y a extraer las contingencias que operan en la vida cotidiana que se podrían entender como la relación “si – entonces”.

Aunque estas estrategias no son incompatibles ni prohíben la instrumentación o referencia a otros programas de terapia cognitiva estándar o su utilización como adjuntos al tratamiento tradicional, se sugiere que éstos deben de ser utilizados con pacientes que se encuentren listos o quieran hacerlo, pues los procedimientos de cambio cognitivo estándar que buscan modificar cómo los sujetos piensan o la forma en cómo emplean la información que tienen, en un primer momento de la terapia, son muy parecidos a la invalidación que estos pacientes han tenido en el pasado, y resulta poco fácil encontrar una forma de comunicar a éstos, que si sólo cambiaran su pensamiento todo sería mejor (Linehan, 1993).

Por otro lado, la terapia cognitiva clásica generalmente requiere que los pacientes sean capaces de automonitorearse, de escribir sus pensamientos y llevar a

cabo experimentos para probar sus pensamientos y creencias, estas tareas requieren de habilidades preliminares que los pacientes con trastornos complejos no tienen, por lo que un programa que requiere de un cierto grado de trabajo individual y autónomo, en un principio, no es el más recomendado (Linehan, 1993).

Otra de las áreas donde la terapia cognitivo conductual ha tenido resultados contradictorios, es en la de los tratamientos desarrollados para atender problemas de pareja basados en principios conductuales, los cuales han demostrado ser eficaces y cuyo objetivo es hacer cambios positivos en la conducta de cada uno de los miembros de la pareja para, que de esta forma, cada uno proporcione interacciones menos aversivas y más gratificantes. Este tipo de terapias utiliza procedimientos conductuales, tales como: evaluar los problemas y fortalezas de la pareja, dar retroalimentación sobre su evaluación y discutir la meta de la intervención, así como identificar acciones positivas de cada miembro de la pareja e involucrarlos en estas conductas, a través de instrucciones, modelado, ensayos conductuales y retroalimentación sobre éstos, además del entrenamiento en mejorar la comunicación y resolver problemas que rodean las dificultades. Sin embargo, estos tratamientos tienen importantes limitaciones (Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom & Simpson, 2004; Christensen, Atkins, Yi, Baucom & George, 2006).

Entre estas se encuentran las señaladas por estudios que indican, por un lado, que estas intervenciones tienen un tamaño del efecto adecuado y, por el otro, que los cambios clínicos significativos contradicen dicho efecto, éste ha sido calculado en 0.95, lo que se puede considerar como adecuado. Sin embargo, al observar los cambios clínicos, a través de las tasas de recuperación, éstas son moderadas. Por ejemplo, en una revisión que consideró cuatro estudios que incluyeron 148 participantes se encontró que, el 54.7% mostraron mejoría inmediata al final del tratamiento, sin embargo, sólo el 35.5% de parejas, en tres estudios, cumplieron con los criterios para considerarse recuperadas y, en el cuarto estudio, tan sólo el 16.5% se recuperó. Además de las limitaciones de los resultados obtenidos al finalizar el tratamiento, la evidencia señala que la relación de las parejas que tomaron este tipo de tratamiento tiende a deteriorarse a lo largo del tiempo. En un estudio de seguimiento a dos años,

llevado a cabo por Jacobson, Schmalin y Holtzworth-Munroe (1984) se encontró que el 25% de las parejas habían deteriorado su funcionamiento y el 9% se habían divorciado o separado. En otro estudio, conducido por Snyder, Williams, y Grady-Fletcher (1991) se encontró que la terapia de pareja, basada en estos principios, era mejor al compararla con un grupo control y, además, mantenía sus mejoras a 6 meses, sin embargo, en un seguimiento a 4 años el 38% de las parejas se habían divorciado, una de las posibles explicaciones de estos resultados es, que los cambios generados por la terapia de pareja conductual no pueden ser mantenidos por la pareja y esto lleva a la separación (Christensen et al. 2004).

Aunado a esta serie de anomalías presentadas dentro de la terapia cognitivo conductual, también se encontró la existencia de investigación básica en el área de cognición y lenguaje, generada desde la perspectiva del análisis conductual. De acuerdo con ésta, los eventos privados como las cogniciones y, posteriormente, el lenguaje verbal, son un tipo de operante diferente que son gobernadas por una serie de principios diferentes, aunque en un inicio se consideró la conducta verbal como un control discriminativo de estímulos, razón por la que en parte se dio origen al surgimiento de una segunda generación de terapias, pronto se hizo evidente que ésta podría afectar la ejecución de la conducta que se pretendía entrenar en preparaciones experimentales con humanos, lo que evidenció dos cosas: a) la necesidad de realizar investigación básica con humanos, al diferir los resultados entre animales humanos y no humanos y b) que los eventos privados debían de ser considerados en sí mismos una operante diferente, aunque en la literatura se tenía evidencia de explicaciones a este tipo de conducta como el trabajo sobre conducta verbal de Skinner (1957) el cual no considera como elemento importante del lenguaje a la actividad simbólica. En este sentido, debe de distinguirse entre la conducta moldeada por contingencias, la cual ha sido establecida a través de sucesiones progresivas y la gobernada por reglas, es decir, la conducta que está gobernada por la especificación de las contingencias y no por su experimentación directa (Hayes, 1989; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

Un ejemplo de estos estudios fue el llevado a cabo por Hayes, et al., (1986), el cual consistió en aprender una tarea de dos formas distintas, la primera: siguiendo,

directamente, una regla de cómo llevar a cabo la tarea y, la segunda, por medio de la experiencia directa (sin ninguna regla), mas tarde los requerimientos en las tareas cambiaron, sin decir nada a los sujetos, todos los sujetos que aprendieron la tarea por la experiencia directa fueron sensibles al cambio, comparados con los sujetos que aprendieron la tarea siguiendo una regla, lo que indicó un efecto de insensibilidad y sugirió, junto con resultados de otros estudios, que establecer una conducta por medio de reglas directas puede inducir rigidez y no debería de hacerse sin tomar las medidas adecuadas, así, como buscar formas indirectas de modificar los llamados eventos privados, es decir, a no enfatizar los cambios de primer orden fomentados dentro de la primera y segunda generación de terapias cognitivo conductuales. Esto dio origen a tomar un punto de vista contextual, es decir, un punto de vista filosófico llamado contextualismo funcional, que converge con el conductismo radical de Skinner, por lo que se puede considerar como una aproximación Post-Skinneriana, junto al interconductismo de Kantor.

Desde este punto de vista, se deja de lado una visión mecánica del comportamiento enfatizado por las dos generaciones anteriores de terapia, esta nueva conceptualización no debe de ser entendida como una ruptura con las reglas del análisis funcional de la conducta, si no como un avance dentro del campo. De esta forma, se pretende generar un modelo de intervención basado en una filosofía particular de la ciencia: el contextualismo funcional pragmático, que guie la investigación básica y lleve a la formulación de una teoría, en este contexto, la teoría de los marcos relacionales, que proporciona una explicación de la psicopatología humana llamada: evitación experiencial y que propone formas de alterar dichos procesos: la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, 1989; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Hayes, 2004; Hayes, Follette & Lineham, 2004; Luciano & Valvidias, 2006; Mañas, 2007; Hayes et al. 2006).

De acuerdo con este enfoque contextual, la unidad de estudio es “la conducta ejecutándose en contexto”, es decir, se centra en el evento en su totalidad (organismo-ambiente) y en una particular sensibilidad al rol del contexto para entender la naturaleza de la función de dicho evento. De la misma forma, la teoría de los marcos relacionales considera que la base del lenguaje y la cognición humanas es la habilidad

aprendida y controlada, contextualmente, para relacionar mutuamente eventos y combinarlos, así como cambiar las funciones de eventos específicos basados en sus relaciones con otros, de esta forma: a) la cognición es una forma específica de conducta aprendida, b) la cognición altera los efectos de otros procesos conductuales y d) las relaciones y funciones cognitivas son reguladas por diferentes características contextuales de una situación. Esto cobra evidencia cuando se aplican estos principios dentro del contexto clínico, a través de procedimientos englobados en la terapia de aceptación y compromiso, pues se puede explicar una parte importante de la psicopatología que se observa (Hayes et al. 2006; Hayes, Follette, Lineham, 2004)

De esta forma, los problemas psicológicos surgen como la ausencia general de habilidades para relacionar (ejemplo: ciertos tipos de retraso mental) o una exacerbación de dichos procesos relacionales, debido a que el lenguaje y la cognición interactúan con las contingencias directas, lo que termina provocando una inhabilidad para continuar o mantener un cambio conductual a largo plazo, es decir, existe una inflexibilidad psicológica (Hayes et al. 2006).

Esta inflexibilidad psicológica se puede entender como una fusión cognitiva, es decir, la regulación inapropiada o excesiva de la conducta por procesos verbales, tales como: reglas y redes relacionales derivadas, de esta forma, en los contextos donde este tipo de fusión se alienta, la conducta humana se encuentra más guiada por redes verbales inflexibles que por contingencias del medio. Es dentro de este contexto que surge la evitación experiencial, fenómeno que se refiere a cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias privadas particulares, tales como: sensaciones corporales, emociones, pensamientos y memorias, y trata de modificar o alterar la frecuencia de estos, lo cual resulta en crear malestar.

Tómese como muestra el siguiente ejemplo: un individuo tiene un pensamiento que ha evaluado como negativo. Para evitar dicho pensamiento, debe de seguir una regla verbal, especificando el pensamiento que se quiere evitar, sin embargo, esta regla, en sí misma, contiene el pensamiento que se quiere evitar, y al confirmar si dicha regla ha sido exitosa se incluye en él el pensamiento que se quería evitar y, por lo tanto, el pensamiento reaparece, lo que puede considerarse como la paradoja de la

supresión de pensamientos, además de que la comunidad verbal alienta este tipo de fenómenos al fomentar la idea de una vida sin malestar o sin dolor, lo que tiene efectos contrarios, pues en la búsqueda del bienestar se genera malestar (Hayes, 1989; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999; Hayes, 2004; Hayes, Follette & Lineham, 2004; Luciano & Valvidias, 2006; Mañas, 2007; Hays et al. 2006).

Así mismo, la investigación en el campo del estudio de la adicción a sustancias psicoactivas, ha tenido resultados similares a los antes mencionados. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo para observar los efectos de la supresión de la urgencia para consumir alcohol sobre la accesibilidad de las expectativas de resultados al alcohol, se encontró que los sujetos que suprimieron su urgencia por consumir alcohol, ante la presencia de señales relacionadas con éste, mostraron una accesibilidad incrementada a información relacionada al alcohol, lo que incrementaba la probabilidad de recaer en el consumo nocivo de alcohol. Lo anterior tiene implicaciones importantes en el tratamiento de dicha conducta, pues los sujetos que intentan dejar o reducir su forma de consumir alcohol, suelen utilizar técnicas de evitación o inhibición de la urgencia para consumirlo (Palfai, Monti, Colby & Roshenow, 1997)

El estudio anterior se llevó a cabo mediante la exposición de sujetos que se clasificaron como bebedores fuertes a señales relacionadas al consumo de alcohol, en este caso, oler una bebida con contenido alcohólico. Se hicieron dos grupos, a uno se le pidió que no pensara en beber alcohol o sacara de su mente cualquier deseo por consumir alcohol, mientras que al otro grupo no se le dio ninguna instrucción. Posteriormente, se les presentaron a los sujetos, en la pantalla de una computadora, una serie de frases relacionadas con el alcohol y otras que no se relacionaban con él. Después, se les pidió a los sujetos que hicieran un juicio sobre las frases y, por último, al final, se les entregó una lista de las frases de expectativas relacionadas al alcohol, y se les pidió que estimaran una evaluación del grado en que cada una de ellas era una expectativa positiva o negativa del consumo de alcohol, a través de una escala tipo Likert de 7 puntos. Posteriormente, se analizaron los resultados obtenidos a través de la latencia de respuesta a cada uno de los reactivos y del tipo de expectativa positiva o negativa. Como resultado del análisis se encontró que, los sujetos que intentaron

suprimir sus pensamientos y urgencias relacionadas al consumo, tuvieron expectativas relacionadas con el alcohol de forma más inmediata, además de que éstas eran de tipo positivo, esto cuando se comparó con el grupo control (Palfai et al. 1997).

Resultados similares a los de los estudios anteriores fueron obtenidos por Bowen, Witkiewitz, Dillworth y Marlatt (2007). Estos investigadores encontraron que el decremento en la supresión de pensamientos mediaba, parcialmente, los efectos después del tratamiento. Estos resultados se obtuvieron, a partir de la evaluación del consumo de alcohol y de sus consecuencias. El estudio estuvo conformado por 173 participantes, que se dividieron en dos grupos; uno de comparación que recibió tratamiento normal, y el otro, uno que buscaba reducir la supresión de pensamientos. La variable “supresión de pensamientos” fue medida a través del Inventario de Supresión de Pensamientos del Oso Blanco (Wegner & Zanakos, 1994); el nivel de consecuencias fue medido a través del Inventario Breve de Problemas (Miller, Toningan & Langabaugh, 1995); y la frecuencia y cantidad de consumo de alcohol fueron evaluadas con el Cuestionario Diario del Bebedor (Collins, Parks, & Marlatt, 1985). Cabe señalar, que los efectos mediadores de la variable supresión de pensamientos fueron determinados a partir de un análisis de regresión múltiple, siguiendo las sugerencias establecidas por Baron y Kenny (1986), para la búsqueda de efectos mediadores de una variable.

Como resultado de estas anomalías dentro del campo de la terapia Cognitivo-Conductual y de la investigación reciente, ha surgido una nueva generación de terapias Cognitivo-Conductuales clasificadas como de “Tercera Generación” que, como su antecesora, viene a complementar los huecos que las terapias Cognitivo-Conductuales tradicionales de segunda generación no han podido explicar, de manera satisfactoria, lo que impacta de manera directa la forma de tratar la adicción a sustancias psicoactivas. Cabe señalar, que no es una ruptura con la tradición cognitivo-conductual, sino una expansión de dicho paradigma. El concepto de generación se entiende como un conjunto de suposiciones formuladas dominantes, de métodos y objetivos, que ayudan a organizar la investigación, la teoría y la práctica. Esta tercera generación de terapias ha sido definida por Hayes (2004) de la siguiente forma:

Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no sólo a la forma de estos, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos, en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el paciente. La tercera generación de terapias cognitivo-conductuales reformula y sintetiza las generaciones previas y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados

Esta tercera generación de terapias cognitivas y conductuales se caracteriza por: 1) abandonar como única forma de intervención cambios de primer orden, 2) adoptar un enfoque contextualista, 3) adoptar mas estrategias de cambio experienciales e indirectas, adicionales a las de tipo directo, 4) ampliar, considerablemente, el centro del cambio, es decir, este tipo de terapias buscan alterar la función de los eventos privados y no necesariamente la forma de estos, a través del contexto y 5) la utilización de habilidades de aceptación y de “atención plena” o “mindfulness” por su nombre en inglés².

Definición del concepto de atención plena

El concepto de atención plena ha sido definido en diversas formas, entre ellas, se encuentran las siguientes: de acuerdo con Baer (2003) el concepto de atención plena se puede definir como “la observación, sin juicio, del flujo continuo de estímulos internos y externos conforme estos surgen”. Por otra parte, Jon Kabat-Zinn la define como “la conciencia que emerge, a través de prestar atención de forma propositiva, en el momento presente y, sin juzgar, el surgimiento de la experiencia momento a momento” (2003), por su parte, Marlatt y Kristeller (1999) la definen como “prestar atención en una forma particular: con propósito, en el momento presente y sin juzgar”

Sin embargo y dada la creciente importancia de este concepto dentro de la psicología y de la falta de una definición consensuada del mismo, Bishop (2004) y colaboradores se reunieron con el fin de llegar a una definición operacional de dicho

² De aquí en adelante se utilizará el termino en español: “atención plena”.

concepto que, adicionalmente, pudiera ser sometida a prueba, por lo que propusieron una definición que consta de dos partes: la primera, se refiere a la autorregulación de la atención, es decir, que ésta se mantenga en la experiencia inmediata permitiendo, así, un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente, la segunda, se refiere a adoptar una orientación particular hacia la experiencia propia, en el momento actual y caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación.

Cada una de las partes de la definición se caracteriza por implicar: conductas, manifestaciones experienciales y procesos psicológicos específicos. Para la autorregulación de la atención se requiere de habilidades como mantener la atención sostenida, ésta se refiere a tener un estado de vigilancia sobre prolongados periodos en la experiencia presente, lo cual, se puede lograr a través de poner la atención en la respiración de modo que los pensamientos, los sentimientos y las sensaciones puedan ser detectados, a medida que éstos surgen en la conciencia. Otra de las habilidades involucradas en la primera parte de la definición, es el cambio de la atención que se refiere a enfocar, nuevamente, la atención en la respiración, una vez que un pensamiento, una emoción o una sensación ha sido reconocida. Esta habilidad implica flexibilidad de la atención de modo que pueda cambiar el foco de atención de un objeto a otro.

La autorregulación de la atención, también, implica una experiencia directa de los eventos, lo que promueve una conciencia no elaborativa de pensamientos, sentimientos y sensaciones a medida que estos surgen, es decir, el sujeto no debe quedarse atrapado en patrones de pensamientos elaborativos o rumiativos sobre la experiencia propia, sus orígenes, sus implicaciones y sus asociaciones. Debe de notarse que, no es una práctica de supresión de pensamientos, dado que todos los pensamientos o eventos son considerados un objeto de observación y no una distracción. Por lo tanto, una vez que son reconocidos, la atención es redirigida a la respiración, así se previenen elaboraciones futuras lo que inhibe, también, el procesamiento elaborativo sobre los pensamientos, los sentimientos y las sensaciones que surgen en la corriente de la conciencia. De esta forma, la práctica de la atención

plena está asociada con el desarrollo de la inhibición cognitiva, particularmente con la selección de estímulos.

Adicionalmente y, debido a que la atención tiene una capacidad limitada cuando ésta se retira del pensamiento elaborativo, se encuentran disponibles más recursos para procesar información relacionada a la experiencia actual, lo que incrementa el acceso a la información que, de otra forma, no se consideraría, propiciando una percepción más amplia de la experiencia actual. En suma, Bishop y colaboradores (2004) consideran que la atención plena puede ser definida como la autorregulación de la atención que involucra la atención sostenida, el cambio de atención y la inhibición del procesamiento elaborativo, por lo que se puede considerar que es una habilidad metacognitiva (pensar sobre los pensamientos que se tienen).

Con respecto a la segunda parte de la definición propuesta por Bishop y colaboradores, la orientación a la experiencia es una actitud de curiosidad con respecto hacia donde se dirige el pensamiento cuando éste se aleja de la respiración, así como, una actitud de curiosidad por los diferentes objetos dentro de la experiencia propia, en cualquier momento. De esta forma, todos los pensamientos, los sentimientos y las sensaciones que surgen son vistos, inicialmente, como relevantes y, por lo tanto, se someten a observación por lo que la persona no está intentando producir un estado particular como en la relajación o cambiar lo que está sintiendo en cualquier manera, si no que se le pide a la persona que note cada pensamiento, cada sentimiento o cada sensación que surja. De esta manera, una postura de aceptación es tomada hacia cada momento de la experiencia, la aceptación es definida, entonces, como: estar abierto a la realidad del momento actual lo que involucra una decisión consciente de abandonar cualquier intento por modificar la vivencia presente para tener una experiencia propia y un proceso activo de permitir los pensamientos, las sensaciones y los sentimientos actuales.

De acuerdo con lo anterior, si se adopta una postura de aceptación y curiosidad, a través de la práctica de la atención plena se llegará a la reducción del uso de estrategias cognitivas y conductuales para evitar aspectos de la experiencia. De la misma forma, al adoptar esta postura hacia pensamientos y sentimientos dolorosos o

desagradables cambiará el contexto psicológico en el cual estos eventos son experimentados, lo que supone que el malestar psicológico sería experimentado como menos desagradable y amenazador, ya que el contexto de la aceptación cambia sus significados subjetivos. En conclusión, para estos autores la atención plena es un proceso de regulación de la atención con el fin de generar una conciencia no elaborativa de la experiencia actual y la forma de relacionarse con la experiencia propia dentro de una orientación de curiosidad, de apertura y de aceptación. También, es vista como un proceso para ganar conocimiento de la naturaleza de la mente y la adopción de una perspectiva descentrada sobre los pensamientos y los sentimientos de modo que puedan ser experimentados en términos de su subjetividad (frente a su validez necesaria) y naturaleza transitoria (frente a su permanencia) (Bishop, Lau, Shapiro, Carlson, Anderson, Carmody, Segal, Abbey, Speca, Velting & Devins, 2004).

Aunque la definición proporcionada por Bishop y colaboradores es una definición que tiene ventajas; como describir el estudio de la atención plena como proceso psicológico y no sólo como una técnica, lo cual representa un avance sobre las definiciones propuestas por Baer (2003), Kabat-Zinn (2004) y Marlatt y Kristeller (1999), tiene aún problemas en su concepción y utilización. De acuerdo con Hayes y Shenk (2004) existe dificultad para definir el concepto, en primer lugar, dado que éste tiene sus orígenes en tradiciones espirituales y religiosas. Se debe recordar que este concepto surgió de la tradición budista y, entre una de sus principales cualidades se encuentra la utilización de técnicas meditativas, y por otra parte, las definiciones proporcionadas, tales como la de Bishop y colaboradores tienen deficiencias, debido a que ésta tiene un vínculo poco desarrollado con la ciencia básica y mantiene implicaciones filosóficas y metodologías que limitan su aplicabilidad.

La definición propuesta por Bishop y colaboradores se fundamenta en un punto de vista cognitivo particular, donde los procesos cognitivos son definidos como mecanismos mentales que operan sobre los eventos que ocurren en el ambiente de los sujetos, pero que pueden ser entendidos independiente de éstos, sin embargo, desde un punto de vista conductual los actos psicológicos son actos que involucran al organismo en su totalidad, actuando dentro de un contexto, considerando su historia y

su situación, lo que lleva a que existan diferencias en la concepción de lo que se debe de entender por proceso psicológico. Un ejemplo es el concepto de atención utilizado dentro de la definición propuesta por Bishop y colaboradores, concepto que definen como una facultad mental que involucra el procesamiento de la información y que es controlada por el sujeto como agente, por lo tanto, la atención opera sobre los eventos (información) pero es definida independientemente de éstos, sin embargo, esta definición está estrechamente ligada a una forma particular de la filosofía de la ciencia (Hayes & Shenk, 2004).

Dicha definición no sería un marco adecuado para describir un proceso en términos conductuales pues, dentro del análisis conductual, se considera al organismo en su totalidad como la unidad de análisis, por lo que la atención, desde este marco conceptual se puede definir como: patrones de control de estímulos, dado que la atención no es una facultad mental que exista en alguna cantidad o como algo que la persona posea, en lugar de ello, la atención es la calidad de la atención sostenida, por lo tanto, cuando se hace referencia a los términos; “atención en el momento presente” y al de una “actitud de aceptación”, se hace referencia a la función de los eventos para un individuo considerando su historia y contexto presente. Un punto de vista alterno al de la propuesta realizada por Bishop y, dentro de un marco conductual que subsana algunos de los problemas de la definición propuesta por estos autores, es la proporcionada por la teoría de los marcos relacionales, la cual postula una explicación del lenguaje y la cognición humanos. Dicha teoría sugiere que los procesos de la cognición y el lenguaje interfieren con “tener atención en el momento presente” y “tener un actitud de aceptación”, el entender dicho proceso permite vincular, directamente, el uso de la meditación como técnica y conceptualizar la atención plena como un proceso (Hayes & Shenk, 2004; Hayes, Barnes-Holmes & Roche, 2001).

La teoría de los marcos relacionales sugiere que el lenguaje y la cognición humanos son relacionales, es decir, los eventos verbales tienen significado porque se encuentran relacionados a algo más, por ejemplo, si se le da a un individuo una tarea por escrito en la que se le pide retirar una goma de mascar del suelo y sólo se le menciona que para hacerlo cuenta con dos herramientas; un peine para el pelo y un

encendedor y se le dan 30 segundos para pensar en cómo hacerlo, lo que suele ocurrir es que los individuos piensan primero en el cepillo de pelo, el encendedor y la goma de mascar, sin embargo, ninguno de estos se encuentra presente, sólo existen patrones de tinta sobre el papel pero, psicológicamente, están presentes porque se encuentran bidireccionalmente relacionados con los símbolos escritos, por lo tanto, están relacionados como lo supone la teoría de los marcos relacionales (Hayes & Shenk, 2004).

La característica de hacer relaciones se encuentra vinculada con una larga historia de aprendizaje que los sujetos han tenido y en la que han aprendido como responder de forma bidireccional a los símbolos. Cuando los sujetos son expuestos a este tipo de tareas generan soluciones, así como sus posibles consecuencias, es decir, comienzan a responder a las funciones de estímulo derivadas de los patrones de tinta basados en las funciones de los eventos relacionados a ellas. Además, evalúan si los efectos derivados y relativos a cierta solución tendrán o no los efectos deseados: como en el caso de remover la goma de mascar lo que hace evidente es que no existe ninguno de los objetos, dado que no se encuentran presentes, ninguna acción se tomó, ninguna consecuencia se produjo y ninguna comparación de los resultados de la acción tomada se comparo directamente, sin embargo, se intentaron varias soluciones, se hicieron relaciones de tiempo y contingencia y se aplicaron comparaciones a los estímulos verbales (palabras) con funciones derivadas.

El proceso de responder a los estímulos como si estuvieran presentes, a través de relaciones que se hacen bidireccionalmente, es lo que se llama fusión cognitiva y sus excesos son los que la atención plena ayuda a enfrentar. Este repertorio relacional es extremadamente útil, pero también ayuda a crear la percepción de estar en algún otro sitio y en otro tiempo que no es ahora, sin embargo, eso es lo que la “mente” hace, es decir, organiza los repertorios de relaciones verbales creando un universo alterno de funciones derivadas de estímulo, lo que provoca que los sujetos nunca estén completamente en el momento actual dado, que siempre, están elaborando acerca de algo, que raramente es, lo que es.

Por otra parte, uno más de los conceptos utilizados dentro de la definición presentada por Bishop y colaboradores y característico de las terapias de tercera generación, es el de la aceptación, desde el punto de vista de la teoría de los marcos relacionales y de sus autores, los humanos tienen dificultad para realizar la acción de aceptar lo que ocurre en el presente con curiosidad y apertura, dado que el momento presente contiene elementos que son evaluados como indeseables, esto debido a que una de las funciones del lenguaje, en términos evolutivos, es la de ayudar a resolver problemas y a que las soluciones encontradas sirvan para producir eventos deseables, en lugar de poco deseables, por lo tanto, evitar el dolor psicológico es una de las funciones normales del lenguaje humano, aún y cuando dicho proceso produzca efectos contrarios.

Considerando que el lenguaje y la cognición humanos son rígidos, inflexibles y pueden exacerbarse y producir malestar psicológico, la intervención consistiría en salir de este repertorio, por lo tanto, se deben generar contextos especiales que permitan observar los costos que implica el mantener estos repertorios relacionales y aprender conductas alternativas que, probablemente, sean más efectivas. La meditación es uno de esos contextos dado que el proceso de meditación pone en extinción las funciones evaluativas, temporales y literales del lenguaje. Lo que la persona aprende a través de la meditación y de una forma directa y experiencial es que, entrar a la red relacional literal, interfiere con estar en el momento actual. Este tipo de contacto no es como el que se tiene cuando se pide a los sujetos tareas a las que deban de encontrar solución, pues éstas dependen de la literalidad del pensamiento.

Otra de las funciones que el lenguaje tiene, es la de predecir y evaluar los resultados, pero cuando esta función es aplicada a los eventos privados (pensamientos, emociones y sensaciones) aparece un fenómeno denominado evitación experiencial. Dado que la mayor parte de las personas no quieren estar incomodadas, toman las medidas necesarias para evitar estos resultados, conforme las personas entran en esta actividad verbal propositiva, un amplio rango de funciones de estímulo proporcionadas por el momento presente son ignoradas.

Adicionalmente, los contextos de literalidad, de dar razones y de control emocional reducen las funciones relevantes de los estímulos en una situación, y la trasladan a las funciones que emergen dentro del propio lenguaje. Este proceso se puede ver interrumpido por la práctica de la meditación dado que crea un contexto, en el cual, un rango más amplio de estímulos son contactados psicológicamente. Desde un punto de vista conductual, es crítico crear contextos en los cuales nuevas conductas sean aprendidas y que no son normalmente producidas o alentadas por la comunidad verbal que rodea el lenguaje y la cognición. Parece ser que la meditación puede ser este contexto, sin embargo, si se entienden los procesos involucrados, diferentes tecnologías tendrán el mismo efecto y, por lo tanto, serán tecnologías de atención plena. Por ejemplo, dentro de la terapia de aceptación y compromiso se han generado tecnologías como: repetir varias veces una palabra hasta que esta pierda su significado, lo que reduce la literalidad, los efectos evaluativos negativos del autodiálogo, además de que esta técnica involucra otras que ayudan a socavar el contexto de la literalidad, por lo tanto, cualquier tecnología que permita alterar dicho proceso será una tecnología que pueda considerarse como de atención plena y no solo limitar estas a una cierta técnica.

La definición propuesta por Hayes y Shenk (2004) representa una aproximación más cercana a un lenguaje psicológico y científico, sin embargo, dada la reciente aparición de este concepto, se requiere de más investigación que permita tener una mejor comprensión del concepto y de los procesos responsables del mismo.

Terapias de tercera generación

A partir de principios de los años noventa comenzó a surgir un amplio número de terapias englobadas dentro de la categoría de terapias de tercera generación que comporten las características antes descritas, ejemplo de estas son: la terapia de aceptación y compromiso (TAC; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), la terapia dialéctica conductual (TDC; Linehan, 1993; Linehan, 2003), la psicoterapia analítico conductual (PAC; Kohlenber, Hayes & Tsai, 1993; Kohlenberg, Tsai, Ferrero, Valero, Fernández & Virues, 2005), la terapia integrativa conductual de pareja (TICP; Christensen et al. 2004), la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (TCBCP; Segal, Williams &

Teasdale, 2002; Teasdale, Segal & Williams, 1995), la prevención de recaídas basada en la atención plena para conductas adictivas (PRBAP; Bowen, Chawla & Marlatt, 2011), la terapia de activación conductual (TAC; Dobson, Hollon, Dimidjian, Schamaling, Kohlenberg, et al. 2008; Martell, Addis & Dimidjian, 2004; Jacobson et al. 1996) y las aproximaciones basadas en la aceptación y conciencia plena (mindfulness) para tratar la ansiedad (Orsillo & Roemer, 2005; Orsillo, Roemer, Lerner & Tull, 2004).

La terapia de aceptación y compromiso (TAC) es una aproximación clínica general y no sólo un conjunto específico de técnicas. Esta terapia surgió del análisis conductual y del conductismo contextual. Este tipo de conductismo conceptúa los eventos psicológicos como interacciones continuas entre el organismo y un contexto situacionalmente e históricamente definido. La TAC se centra en la función de la conducta y no en la forma, de allí que lo que determina la selección de la conducta meta a cambiar será su función. La TAC se encuentra basada en una teoría del lenguaje y de la cognición humana llamada teoría de los marcos relacionales (TMR), cuya explicación central radica en la derivación y relaciones realizadas a través del lenguaje. De acuerdo con la TMR la causa del malestar psicológico es la dominancia del proceso del lenguaje sobre la experiencia directa. Por ejemplo, la idea de evitar el malestar o dolor psicológico es creada dentro de las funciones normales del lenguaje humano, como son: la evaluación, la categorización, la planeación, el razonamiento y la comparación entre otros, sin embargo, este proceso de evitación puede causar daño (Fruzzetti & Erikson, 2010; Hayes, 2004; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

La TAC propone que muchas de las formas de psicopatología son formas de esta evitación experiencial, que es el fenómeno que ocurre cuando una persona no está dispuesta a permanecer en contacto con experiencias privadas particulares y que generan malestar, como son: pensamientos, sensaciones corporales, recuerdos y emociones y realiza acciones para alterar la forma, frecuencia o contextos que los ocasionan, incluso cuando esto puede causar daño. Debido a este conjunto de funciones verbales que dominan la conducta humana se desarrolla inflexibilidad, lo que ocasiona que las personas no puedan comprometerse con conductas más eficaces. Debido a esto, uno de los propósitos principales de la TAC es crear flexibilidad

psicológica por medio de alterar dicho fenómeno, lo que se consigue a través de habilidades de aceptación y de atención plena (Fruzzetti & Erikson, 2010; Hayes, 2004).

Por su parte, la terapia dialéctico conductual (TDC) inició en 1970 como una simple aplicación de la terapia conductual clásica a individuos con intentos suicidas, que se auto-dañaban y que presentaban desorden de la personalidad límite, sin embargo, dicho tratamiento no tuvo los resultados esperados pues, por un lado, el cambio conductual directo y rápido provocaba en los pacientes la sensación de invalidación o rechazo y, por el otro lado, cuando se aceptaba al paciente este tendía a interpretarlo de igual manera. Debido a este fenómeno, la TDC está fundamentada en un punto de vista dialéctico en donde parecería haber lados opuestos (tesis y antítesis) que, eventualmente, avanzan a una nueva síntesis en un proceso continuo de cambio y evolución, por ello, la primera dialéctica en la TDC es entre la aceptación y el cambio. Esto es, para que el paciente pueda cambiar debe estar consciente de ello, y ser capaz de tolerar el dolor asociado con el problema, por lo menos durante un tiempo, en cambio, la inhabilidad para aceptar los problemas impedirá dicho cambio.

La TDC se encuentra basada en una teoría biopsicosocial o modelo transaccional que sugiere que el trastorno límite de la personalidad (TLP) es el resultado de un proceso disfuncional de la regulación de las emociones que es el producto de la predisposición genética, de ciertos tipos de ambientes y de determinadas relaciones entre éstos dos últimos. Esta desregulación emocional produce una vulnerabilidad emocional que se define por: a) muy alta sensibilidad a estímulos emocionales, b) una respuesta muy intensa a estos estímulos y c) un retorno lento a la calma emocional, una vez que se ha producido la excitación emocional. Por otro lado, la modulación de las emociones es la habilidad para: a) inhibir la conducta inapropiada relacionada con las emociones, sean de tipo positivo o negativo, b) dirigir la conducta propia al servicio de un objetivo externo y c) calmar, uno mismo, la reactividad fisiológica emocional. Por esta razón la TDC enseña, a los pacientes, habilidades que puedan utilizar para poder conseguir regular sus reacciones emocionales, solucionar problemas y tolerar el malestar.

La psicoterapia analítico funcional (PAF) se puede considerar como una aplicación clínica de los avances desarrollados dentro del análisis funcional del comportamiento verbal de origen Skinneriano y, su intervención, se centra en analizar y modelar el comportamiento del paciente durante la sesión en curso y en tiempo real. Plantea que la relación entre el terapeuta y el paciente es un tipo de interacción social a generalizar a condiciones de la vida cotidiana de éste debido a que, en la sesión terapéutica, se pueden generar oportunidades de aprendizaje. La PAF fue desarrollada por R. J. Kohlenberg y M. Tsai (1991) y tuvo como origen las observaciones que se realizaron con pacientes que recibían terapia cognitivo conductual convencional pues notaron que, estos pacientes, tenían mejorías notables que no eran objeto inicial del tratamiento. Estas mejorías se atribuyeron a que estos pacientes habían establecido una relación cercana y comprometida con su terapeuta, sin embargo, estas relaciones no eran establecidas como parte de la terapia (Kohlenberg et al. 2005; Kohlenberg, Tsai, Parker, Bolling & Kanter, 1999; Kohlenberg & Hayes, 1993).

Considerando lo anterior, los autores de la PAF aplicaron conceptos conductuales para explicar dicho fenómeno y delinear el procedimiento a seguir para establecer estos vínculos que propiciaban un cambio terapéutico amplio. La PAF utiliza tres tipos de estrategias de intervención, la primera de ellas es: trabajar con la aparición de problemas reales del paciente mientras éste interactúa con el terapeuta, es decir, la manera habitual y disfuncional que provoca problemas al paciente aparece en el contexto clínico al interactuar con el terapeuta, la segunda estrategia que emplea la PAF hace referencia a generar el tipo de conductas que causan los problemas del paciente, por ejemplo a través de ensayos conductuales, aunque estos no son igual de efectivos que cuando los problemas del paciente se manifiestan de forma natural, y la tercera estrategia empleada por la PAF, es reforzar la aparición de conductas adecuadas durante la sesión, por ejemplo: si un paciente evita mantener contacto ocular con su terapeuta en la sesión y al final de esta mantiene mayor contacto ocular, este incremento de contacto visual se considera una conducta a reforzar (Kohlenberg, et al. 2005; Kohlenberg & Hayes, 1993).

Por su parte, la terapia cognitiva basada en mindfulness (TCBM) para prevenir la recaída en la depresión fue desarrollada por Teasdale, Segal y Williams (1995) y tiene el objetivo de reducir el riesgo de recaída después de haber concluido, de forma exitosa, un tratamiento cognitivo conductual para la depresión. Este tipo de intervención integra elementos de la terapia cognitivo conductual estándar para el tratamiento de la depresión con elementos de aproximaciones basadas en la aceptación y en la atención plena, en especial en la aproximación propuesta por Jon Kabat Zinn, quien desarrolló un programa basado en la atención plena para tratar el dolor clínico en la Universidad de Massachusetts y que consta de 8 sesiones. La TCBM se centra en cambiar la relación que el paciente establece con sus pensamientos, sus sentimientos y sus sensaciones corporales para prevenir recaídas futuras y se encuentra compuesto también de 8 sesiones (Fruzzetti & Erikson, 2010; Segal, Williams & Teasdale, 2002; Teasdale, et al. 1995)

De acuerdo con la TCBM una persona recae en un cuadro depresivo cuando, durante un estado de ánimo bajo, se reactivan patrones de pensamiento negativos similares a los que se tienen en episodios depresivos anteriores, esta reactivación es de tipo automático. Por otra parte, este estado de ánimo es mantenido e intensificado por procesos cognitivos rumiativos por lo que la TCBM enseña a los pacientes a disminuir este estilo rumiativo durante periodos de vulnerabilidad, a través del entrenamiento en atención plena. Esta propuesta se fundamenta, teóricamente, en un análisis del procesamiento de la información del mantenimiento y recaída de la depresión, lo que dio origen a un entrenamiento en control atencional y a conceptualizar que, el proceso rumiativo, requiere de recursos atencionales y que, al entrenar al sujeto en atención plena, el desarrollo de ésta implicará estos mismos recursos, lo que hará que su disponibilidad para que se lleve a cabo la configuración del proceso de recaída sea menor y, con ello, que no ocurra el proceso de la recaída (Fruzzetti & Erikson, 2010; Segal et al. 2002; Teasdale et al. 1995)

Así, el estilo rumiativo puede definirse como “el modo hacer” y, alternativamente, al practicarse la atención plena se puede desarrollar un modo alterno “el modo ser”, por lo que uno de los objetivos durante este tratamiento es que los

pacientes aprendan a pasar de un modo a otro, lo que les permitirá procesar la información relacionada con la depresión de una manera en la que sea menos probable que provoque una recaída, de esta forma, se cambia de un enfoque basado en modificar el contenido del pensamiento a uno que pretende entender cómo se procesa toda la experiencia (Fruzzetti & Erikson, 2010; Segal, Williams & Teasdale, 2002)

La terapia integrativa conductual de pareja es otra de las aproximaciones desarrolladas dentro del marco de las terapias de tercera generación, fue propuesta originalmente por Jacobson y Christensen (1996) como un tratamiento alternativo a la terapia de pareja conductual. El objetivo de la TICP es que los miembros de la pareja acepten aspectos de sus parejas, que anteriormente consideraban inaceptables. Para conseguir este objetivo la TICP integra, en sus estrategias terapéuticas, la atención plena y la aceptación en el contexto de la relación de pareja. Ésta última se refiere a poder aceptar las reacciones emocionales que cada uno de los miembros tiene hacia el otro, las condiciones que las provocan y el impacto que éstas tienen lo que difiere, significativamente, de la terapia de pareja conductual donde el objetivo principal es cambiar conductas que provocan estrés en los miembros de la pareja (Fruzzetti & Erikson, 2010; Christensen et al. 2004).

La TICP asume que la reacción emocional de cada uno de los miembros hacia la conducta del otro es igual de problemática que la misma conducta que se quiere cambiar. Es por ello que, el propósito central de la TICP, es la aceptación emocional que se logra a través de estrategias, tales como: unirse empáticamente en torno al problema, separación del problema y construir tolerancia a algunas de las respuestas que el problema pudiera generar (Fruzzetti & Erikson, 2010; Christensen et al. 2004).

La terapia de activación conductual es una intervención terapéutica que tuvo su origen en la investigación desarrollada por Jacobson, Dobson y colaboradores (1996), ya antes descrita, que tenía como objetivo probar la teoría del cambio que se había hipotetizado como responsable de las mejoras observadas en los pacientes que habían recibido la terapia cognitiva estándar desarrollada por Beck. Para ello, se conformaron tres grupos experimentales: el primer grupo sólo recibió el tratamiento de activación conductual (AC), el segundo recibió la activación conductual y un entrenamiento que

modificaba pensamientos automáticos disfuncionales (ACEMP) y un tercero que recibió el tratamiento estándar (TE), con el fin de probar dos hipótesis: la primera, la de activación conductual (HAC) y la segunda, la hipótesis de habilidades de enfrentamiento (HHA). De acuerdo con la primera HAC, los cambios observados en la terapia cognitiva se deben a que los pacientes son instigados a volverse más activos y a ponerse en contacto con fuentes de reforzamiento disponibles. Desde la segunda hipótesis HHA se considera que los pacientes aprenden formas de enfrentar los eventos y pensamientos depresogénicos, es decir, los sujetos aprenden estrategias efectivas para hacer frente a los eventos estresantes de la vida y, de igual forma, a los pensamientos automáticos y distorsiones cognitivas asociados a éstos (Martell, Addis & Dimidjian, 2004; Jacobson et al. 1996)

Como resultado de la investigación se encontró que, la terapia cognitiva estándar, no produce mejores resultados, ni al finalizar el tratamiento, ni en los seis meses siguientes, al ser comparada con las dos condiciones de tratamiento alternas. Por su parte, la activación conductual y el entrenamiento en modificación de pensamientos automáticos disfuncionales son igual de efectivas que el tratamiento estándar en alterar el pensamiento negativo, así como estilos atribucionales negativos.

En cuanto a la activación conductual, esta se encuentra fundamentada en la teoría de la depresión propuesta por Fester (1973). Según esta teoría, las conductas depresivas son conductas de evitación, es decir, la depresión se desarrolla bajo contingencias que requieren de un número alto de respuestas antes de poder ser reforzadas. Bajo estas condiciones, los sujetos responden primero a la privación, en lugar de desarrollar un repertorio de conductas que les permitan acceder a reforzamiento positivo en su medio natural, por lo tanto, las conductas que proporcionan alivio de la privación son incrementadas por el reforzamiento negativo. En este mismo sentido, Jacobson y colaboradores (2001) propusieron que la activación conductual es efectiva porque incrementa las oportunidades para que los pacientes se involucren en actividades que serán reforzadas positivamente en su medio, para ello, el terapeuta debe de enfatizar aquellas conductas que sean significativas para el

paciente, ya que éstas serán reforzadas positivamente y le permitirán alcanzar metas (Martell, Addis & Dimidjian, 2004; Jacobson et al. 1996)

De acuerdo con estos mismos autores, varias de las actividades que realizan los pacientes son reforzadas porque permiten reducir el estrés, o les permiten escapar o evitar sentimientos desagradables, sin embargo, mientras varias de las actividades de la vida cotidiana se pueden evitar, los sentimientos negativos no se pueden evitar de la misma forma y, cuando se trata de evitar estos sentimientos, se pueden producir conductas que exacerben los síntomas depresivos en lugar de mejorarlos, por esta razón, la activación conductual tiene como objetivo reducir la evitación y hacer que los pacientes obtengan metas o logros pues, al involucrarse en la obtención de éstos o en conductas proactivas, se produce una reducción de los síntomas depresivos (reforzamiento negativo) y se incrementa el repertorio conductual proactivo a través de reforzamiento positivo, (Martell et al. 2004).

Por otra parte, la aproximación basada en la aceptación y conciencia plena (mindfulness) para tratar la ansiedad, desarrollada por Orsillo & Roemer (2005) surge como una terapia que tiene como objetivo lograr mejorar los resultados obtenidos de la terapia cognitivo conductual estándar en el tratamiento de la ansiedad, en especial de ciertos tipos de ansiedad en los cuales la terapia cognitivo-conductual no había logrado mostrar resultado eficaces, como es el caso del trastorno de ansiedad generalizada, donde aproximadamente el 60% de los pacientes no lograba tener los criterios de recuperación estipulados por los estudios controlados. Esta terapia surgió a partir de la revisión de la evidencia que se tiene en el tratamiento de la ansiedad que sugiere la necesidad de instrumentar modelos que involucran la aceptación y la atención plena en su desarrollo, pues estas propuestas son compatibles con las explicaciones y modelos recientes que plantean formas de mejorar el tratamiento de este tipo de trastornos.

El desarrollo de esta propuesta estuvo guiada por tres aspectos que los tratamientos estándar no habían podido precisar: a) modelos validos del desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, b) mejorar la eficacia de los tratamientos, en especial aquellos que tienen tasas de recuperación bajas como el caso de los trastornos de ansiedad generalizada y de estrés postraumático y c) determinar

mecanismos de cambio e ingredientes activos en paquetes de tratamiento complejos. De acuerdo con estas carencias, los modelos actuales se encuentran fundamentados en las teorías del aprendizaje: operante y clásico, las cuales tienen una amplia tradición de investigación en animales y humanos, sin embargo, tienen un vínculo estrecho con las aproximaciones contemporáneas que engloban un número de procedimientos en paquetes de tratamiento estandarizados y los supuestos teóricos de los que parten los modelos cognitivos como los esquemas son difíciles de operacionalizar y de probar y la evidencia sugiere que los cambios en actitudes disfuncionales parecen no mediar los cambios en la ansiedad y depresión en los tratamientos cognitivo conductuales.

A partir de las limitaciones anteriores y de la investigación reciente, por ejemplo la realizada por Wells y Matthews (1994) quienes propusieron un modelo denominado de función ejecutiva autorregulatoria que sugiere que no se debe hacer una modificación directa del contenido del pensamiento, si no un cambio del procesamiento del mismo, así como de otros trabajos que revisan el papel del condicionamiento de señales internas y del papel de la extinción en función del contexto, como del rol de la evitación en el mantenimiento del trastorno y de la similitud de éstas con las concepciones proporcionadas desde las aproximaciones conductuales de aceptación, tales como las de evitación experiencial, término propuesto por la terapia de aceptación y compromiso, y que hace referencia a la evitación o intentos por cambiar la forma o frecuencia de los eventos privados como pensamientos, imágenes o sensaciones, mismos que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de varios tipos de psicopatología se decide integrar, al tratamiento estándar cognitivo conductual, estas aproximaciones con el fin de mejorar las mismas (Orsillo & Roemer, 2005; Orsillo, Roemer, Lerner & Tull, 2004).

Terapias de tercera generación en el tratamiento de la conducta adictiva

En cuanto al tratamiento de la conducta adictiva a sustancias psicoactivas, se han generado también tratamientos cognitivo conductuales que integran en sus procedimientos aproximaciones basadas en la atención plena y en la aceptación (Zgierska et al. 2009). Por ejemplo, algunas de las aproximaciones antes mencionadas han sido probadas con éxito en el tratamiento de este tipo de conductas.

Concretamente, la terapia dialéctico conductual (TDC) y la terapia de aceptación y compromiso (ACT). En este sentido, se llevó a cabo un ensayo clínico aleatorizado que evaluó si la terapia dialéctico conductual, un tratamiento cognitivo-conductual desarrollado para atender a sujetos con intentos suicidas y con trastorno límite de la personalidad (TLP), podría ser una intervención efectiva para tratar la dependencia a sustancias en mujeres que, además, habían sido diagnosticadas con TLP. Una de las características de ese tratamiento es que los sujetos que lo padecen, cumplen también con los criterios para ser diagnosticados con un trastorno por abuso de sustancias, siendo esta comorbilidad de, aproximadamente, un 67% (Linehan, Schmidt III, Dimeff, Craft, Kanter & Comtois, 1999).

Mientras que la presencia del TLP dentro de los estudios que proporcionan atención a personas con dependencia a drogas tiende a variar, ejemplo de esto es un estudio de 150 sujetos adictos al opio en que el 12% cumplió con los criterios para ser diagnosticado con TLP, en otro estudio en pacientes con dependencia a la cocaína el 32% cumplió con los mismos criterios, y en pacientes poliusuarios (aquellos que consumen más de una sustancia) se encontró que aproximadamente el 17% cumple con dichos criterios. Dentro de este estudio participaron 28 mujeres que cumplían con los criterios de dependencia a sustancias: opioides, cocaína, metanfetaminas, sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y poliusuarios, los sujetos fueron asignados, aleatoriamente, a dos condiciones de tratamiento: TDC (12 sujetos) y al tratamiento que usualmente se aplica (16 sujetos). Antes de ser asignados, los sujetos fueron emparejados en: edad, severidad de la dependencia a la sustancia (según los criterios del SCID), en su disposición al cambio y su ajuste global (de acuerdo con el eje V del DMS-IV).

Los tratamientos tuvieron los siguientes procedimientos. La terapia dialéctica conductual, la cual consta de estrategias cognitivo conductuales y estrategias de aceptación, adaptadas de las enseñanzas y prácticas del Zen, es una síntesis de la aceptación y validación del paciente. Los procedimientos de cambio constan de análisis conductuales frecuentes y sistemáticos de las cadenas disfuncionales de comportamiento, entrenamiento en destrezas conductuales, manejo de contingencias

para suprimir respuestas desordenadas y, para fortalecer las respuestas adecuadas, reestructuración cognitiva, estrategias de exposición con el fin de bloquear la evitación y reducir las emociones inadaptativas, mientras que las estrategias de aceptación consistieron en la atención plena (atención al momento presente, asumir una postura de no juicio, y centrarse en la efectividad de la conducta) y una serie de estrategias de validación.

El tratamiento en la TDC se aplicó en sesiones individuales de 1 hora a la semana y sesiones grupales de 2 horas, llamadas telefónicas cuando fuera necesario, además de una reunión semanal del grupo de terapeutas para reducir el desgaste e incrementar la capacidad de éstos al momento de tratar con este tipo de pacientes. Las sesiones individuales tuvieron, como propósito, incrementar la motivación del paciente para abandonar el uso de drogas y continuar el proceso terapéutico, mientras que el entrenamiento grupal tuvo el propósito de enseñar habilidades en: atención plena, tolerancia al estrés, regulación emocional, efectividad interpersonal, y autocuidado.

Se realizaron diversas modificaciones que fueron agregadas a la TDC estándar para trabajar con usuarios dependientes a sustancias. Además, se incluyó un conjunto nuevo de estrategias de apego, desarrollándose una postura dialéctica con respecto al uso de drogas que consideró dos extremos, por un lado, los tratamientos cognitivo conductuales de prevención de recaídas, que son efectivos en reducir la frecuencia e intensidad del uso de droga, y por otro lado, los tratamientos que consideran la abstinencia total que son efectivos en prolongar los intervalos entre periodos de uso de drogas, es decir, se obtuvo una “abstinencia dialéctica” que se define como: “una síntesis de la incesante insistencia en la abstinencia total antes de cualquier uso indebido de drogas con el énfasis en la aceptación radical, sin juicios, de la solución de problemas y la prevención de recaídas eficaz, después de cualquier uso de drogas, seguido de un rápido retorno a la insistencia incesante de la abstinencia.”

También se adicionó un componente de “mantenimiento transicional”, que fue una terapia farmacológica de reemplazo para aquellos sujetos con dependencia a los estimulantes y opioides, la cual tuvo como fin terapéutico sustituir, de forma gradual, el uso del medicamento por habilidades conductuales y que constó de tres fases: la

primera, en la que los sujetos recibieron la terapia de reemplazo y que proporcionó el tiempo para que los sujetos adquirieran las habilidades necesarias, la segunda, constó de cuatro meses en los que se disminuyó la droga de reemplazo, periodo donde, además, se fortalecieron las habilidades aprendidas y, la última fase, compuesta de cuatro meses, en la que se suspendió el uso del medicamento de reemplazo. Por otra parte, la condición de comparación o tratamiento usual fue de tipo naturalista, es decir, dadas las características del TLP, sólo se llevó a cabo el proceso de evaluación y, posteriormente, se canalizó a los sujetos a tratamientos proporcionados por el servicio de salud que cumplieran con los estándares mínimos de cuidado para esta población, tales como: consejeros particulares especialistas en dependencia a sustancias o en salud mental, o a programas que existieran en su comunidad, también se les permitió continuar con sus terapeutas individuales, el tratamiento fue aplicado por un año.

Se llevaron a cabo 5 mediciones, al inicio del tratamiento, a los 4, 8, 12 y 16 meses, el uso de la drogas fue evaluado a través de entrevistas estructuradas, la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol y drogas fueron medidas por medio del método de la línea base retrospectiva y se obtuvo la proporción de días de consumo de alcohol y drogas utilizando la relación de los días de abstinencia y del total de días entre cada evaluación. Para corroborar las entrevistas, se realizaron pruebas de orina en cada evaluación y, adicionalmente, hubo una medida aleatoria del nivel de droga en orina entre cada evaluación. Los sujetos eran contactados por teléfono y se les pedía que regresaran a proporcionar una muestra de orina en las siguientes 24 horas.

Se obtuvieron tres resultados de esta investigación: primero, hubo una reducción significativa del consumo de sustancias entre los sujetos asignados al tratamiento TDC y los asignados a la condición control, el tamaño del efecto calculado entre la media de los grupos vario de 0.6 a 1.1, lo que se consideró adecuado. Segundo, la condición de tratamiento TDC obtuvo una tasa de retención del 64%, mientras que la condición control tan sólo del 27% y tercero, los sujetos en la condición TDC incrementaron su ajuste social y global en comparación a los sujetos asignados a la condición control, lo que indicó que el tratamiento TDC fue efectivo en comparación al tratamiento usual para tratar el abuso de drogas (Linehan et al. 1999).

Por otra parte, Gifford y colaboradores (2004) llevaron a cabo un estudio piloto que tuvo como objetivo probar si un modelo para dejar de fumar, derivado de los procesos de la terapia de aceptación y compromiso, era una aproximación útil para tratar este tipo de conducta. Para ello, se compararon los resultados obtenidos de los sujetos que recibieron TAC contra los obtenidos por sujetos que tomaron tratamiento farmacológico (terapia de reemplazo nicotínico, grupo de comparación). El estudio estuvo conformado por 74 fumadores dependientes a la nicotina, el 59% eran mujeres y el 41% fueron hombres, los sujetos informaron fumar en promedio 21.40 cigarros por día, haber tenido en promedio cuatro intentos por dejar de fumar y el 40% reportó no haber tenido ningún tipo de tratamiento previo. De la misma manera, para poder ser seleccionados, debían de cumplir con los criterios de inclusión, tales como: no haber sido diagnosticados con psicosis o tener el cuadro presente, no tener daño cognitivo, no contar con algún otro diagnóstico de dependencia a otra sustancia como alcohol, no tomar ningún otro tipo de terapia para dejar de fumar, mientras se realizaba el estudio y no contar con ningún otro trastorno del estado de ánimo como: depresión, desorden bipolar o desordenes de ansiedad. Para la selección de los sujetos se aplicó una entrevista, que se validó con la información obtenida a partir de las siguientes escalas: test de fagerström para medir el nivel de dependencia a la nicotina, cuestionario breve de tamizaje para detectar problemas de alcohol (CAGE, por sus siglas en inglés), y los inventarios de depresión y ansiedad de Beck.

Posteriormente, los sujetos fueron asignados, aleatoriamente, a dos condiciones: terapia de reemplazo, la cual se instrumentó a través de la utilización de parches de nicotina que eran proporcionados a los sujetos de forma gratuita. Antes, los sujetos recibieron información sobre este tipo de terapia y su fundamento y, posteriormente, se resolvieron dudas. Los parches fueron proporcionados en el siguiente orden: parches de 22 mg por 4 semanas, continuando con parches de 11 mg por 3 semanas. El tratamiento fue proporcionado por psiquiatras. La otra condición fue una versión de la terapia de aceptación y compromiso centrada en el hábito de fumar que se aplicó en sesiones semanales y grupales, una vez a la semana durante 7 semanas. Las sesiones individuales duraban 50 minutos y las grupales 90 minutos. La intervención se centró en identificar disparadores internos para el uso de cigarro,

conforme ocurrieran, cambiando lo que pudieran o aceptando lo que no se podía, comprometiéndose en público para comportarse de acuerdo a sus valores y practicar una serie acciones constructivas en respuesta a estos disparadores.

El tratamiento estuvo integrado por los siguientes componentes: 1) disparadores internos contra disparadores externos: el terapeuta ayudó a identificar disparadores internos: pensamientos, sentimientos, y sensaciones físicas asociadas con el uso de cigarro, así como a describir su relevancia en el proceso de fumar y en dejar dicha conducta; 2) problemas con los intentos de control; el terapeuta señaló cómo los intentos por controlar o evitar la experiencia interna se encuentran relacionados con continuar fumando y con los problemas al tratar de dejar de fumar; 3) valores, metas y barreras: el terapeuta ayudó al paciente a clarificar sus valores, definir metas relacionadas a sus valores e identificar barreras para conseguir sus metas; 4) aceptación y disposición: el terapeuta proporcionó la justificación de la aproximación o la aceptación de estímulos internos evitados y del formato de entrenamiento de habilidades; 5) habilidades de atención plena: los pacientes participaron en ejercicios experienciales diseñados para desarrollar una perspectiva segura y consistente desde la que observar y aceptar toda la experiencia interna y cambiante; 6) exposición graduada: el terapeuta ayudó al paciente a establecer una jerarquía graduada de exposición; 7) horario de fumar: el terapeuta proporcionó horarios de fumar, lo que permitió incrementar la latencia entre el estímulo asociado con fumar y la respuesta de consumir cigarrillos; 8) habilidades de defusión cognitiva: los pacientes participaron en una serie de ejercicios para identificar y defusionar disparadores cognitivos con énfasis particular en las razones para fumar; 9) activación conductual y compromiso: los pacientes participaron en un rango de respuestas adaptativas en la presencia de afecto negativo y otros disparadores internos.

Se llevaron a cabo diversas medidas: durante el consumo (antes del tratamiento), semanalmente (durante el tratamiento) y postratamiento: a los seis meses, y al año, después de haber concluido el tratamiento. Se aplicaron las siguientes pruebas durante las evaluaciones: escala de evitación e inflexibilidad (Guifford et al. 2012); cuestionario de satisfacción del cliente (Nguyen, Attkinsson & Stegner, 1983);

expiración de monóxido de carbono, escala de dependencia a la nicotina de Fagerstrom (Payne, Smith, McCracken, McSherry, & Antony, 1994) perfil de los estados de ánimo (Lorr, & Droppleman, 1971) escala de Shiffman de abstinencia de tabaco (Shiffman & Jarvik, 1976) cuestionario de confianza del tratamiento (Condiotte & Linchtein, 1981) y cuestionario de alianza terapéutica (Horvath & Greenberg, 1989). Como resultado de este estudio, no se encontraron diferencias al terminar el tratamiento entre ambas condiciones, sin embargo, la TAC tuvo mejores resultados un año después de haber concluido el tratamiento. Estos resultados se encuentran mediados por mejoras en habilidades de aceptación. Además, este modelo, basado teóricamente en la aceptación, identifica la evitación como un mecanismo subyacente a la conducta de fumar y a las habilidades relacionadas a la aceptación como la meta de tratamiento. Adicionalmente y, de acuerdo con éste, la respuesta del sujeto a los síntomas de abstinencia y al afecto negativo, o la forma en la que estos síntomas funcionan para la persona, es lo que predice la conducta de fumar (Gifford, Kohlenberg, Hayes, Antonuccio, Piasecki, Rasmussen-Hall & Palm, 2004).

En este mismo sentido, en el centro de investigación de conductas adictivas de la universidad de Washington en EUA, se llevó a cabo un estudio (Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005) que consideró a la meditación (atención plena) como un tratamiento independiente para problemas de uso de drogas y alcohol. Se instrumentó en una prisión de mínima seguridad, en la cual se reclutaron 306 internos de una prisión, a quienes se les invitó a participar en un curso de 10 días de meditación Vipassana. Aquellos sujetos que rechazaron participar en este curso fueron asignados a una condición diferente: piso educación, alcohólicos anónimos o entrenamiento en destrezas sociales (grupo control). Sin embargo, en ambos grupos la tasa de deserción fue elevada, 218 de los participantes no concluyeron todas las evaluaciones. Debido a fallas en la recolección de datos, no pudieron especificarse todas las razones por las que algunos participantes no completaron el estudio, entre algunas de las que se pudieron identificar se encuentran: salir de prisión antes de la posevaluación, rehusarse a continuar con el estudio, inserción en otra prisión y escape de la misma.

Finalmente, la muestra quedó conformada por 29 participantes en la condición meditación y 59 la condición control, observándose los siguientes resultados: ambos grupos hicieron mejoras significativas en la frecuencia y cantidad de alcohol consumido, sin embargo, se encontró que el grupo asignado a meditación Vipassana obtuvo una tendencia significativa a reducir el consumo de alcohol en relación al grupo control. Por ejemplo: 47.2% de la población bebió más de cuatro veces a la semana en los 90 días previos a la evaluación, y sólo el 17.2 % de la población se encontró bebiendo en esta proporción a los tres meses de seguimiento. Este mismo indicador, dentro del grupo control, paso de 40.7% a 26,8% en el seguimiento a tres meses. Se obtuvieron resultados similares en cuanto al número de copas por ocasión de consumo. Esto es, aproximadamente el 39.6% del grupo de meditación consumió siete o más copas reduciéndose esta proporción a 26,8% en el seguimiento a tres meses, mientras que el grupo control incrementó muy poco su consumo de alcohol en el seguimiento a tres meses, pasando de 30.5% en línea base a 30,7% en el seguimiento a 3 meses.

También, y como resultado de varios análisis estadísticos, se encontraron los siguientes resultados: el grupo de meditación vipasanna mostró mejorías superiores al grupo control en el nivel de severidad de abuso de drogas, en la cantidad de copas bebidas, y en la cantidad de marihuana, cocaína y crack consumidas a la semana, en el locus de control relacionado a beber, en las consecuencias asociadas al consumo, en el optimismo y en el nivel de supresión de pensamientos. Por su parte, el grupo control mostró mejorías en la cantidad de marihuana usada por semana, y en la supresión de pensamientos. Estos datos preliminares proporcionaron soporte inicial de la efectividad de un tipo de práctica de atención plena para reducir el uso de alcohol y drogas, así como de los problemas relacionados a su consumo, lo que llevó a los autores del estudio a integrar a la prevención de recaídas, un tratamiento cognitivo conductual con evidencia empírica diseñado para atender a usuarios con problemas de drogas descrito anteriormente, con técnicas existentes de atención plena, que designaron como: Prevención de Recaídas Basada en la Atención Plena (PRBAP) (Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005; Bowen et al. 2006).

El propósito del PRBAP, es: “desarrollar la conciencia y aceptación de los pensamientos, los sentimientos y los sensaciones, a través de la práctica de la atención plena y la utilización de estas destrezas como una estrategia de enfrentamiento efectiva ante situaciones de alto riesgo”. En esta nueva propuesta de intervención se instrumentan estrategias de prevención de recaídas específicas, tales como: enseñar destrezas de enfrentamiento efectivas, aumentar la autoeficacia, desafiar expectativas positivas del alcohol y educar sobre el efecto violatorio de la meta, así como la práctica de la atención plena, que propicia que los pacientes tengan la oportunidad de formar una asociación, entre estar atento y consciente con la instrumentación de destrezas de prevención de recaídas. Una de las estrategias principales, es promover conciencia y aceptación de las reacciones psicológicas y físicas de los síntomas de abstinencia por medio de la educación acerca del craving (deseo intenso) y la aplicación de las destrezas de atención plena a este fenómeno (Witkiewitz et al. 2005; Bowen et al. 2006).

Esta nueva propuesta fue probada en un ensayo clínico piloto llevado a cabo por Bowen, et al., (2009). De acuerdo con este estudio, aunque la prevención de recaídas (PR) es un tratamiento efectivo en la atención a personas con consumo de sustancias psicoactivas, el fenómeno de la recaída sigue siendo un problema significativo para aproximadamente entre el 44% y 70% de los pacientes, por lo que, la integración de otros componentes de tratamiento eficaces podrían aumentar los efectos de la intervención de PR. Uno de estos componentes es “la atención plena”, que ha demostrado ser un componente efectivo en múltiples estudios. La razón teórica de la integración de este componente radica, en que este podría desarrollar una relación descentrada y objetiva con los pensamientos y los sentimientos, lo que previene la escalada de patrones de pensamientos que podrían llevar a una recaída, a través de incrementar la conciencia, la regulación y la tolerancia de precipitadores potenciales de una recaída. La práctica de la atención plena, además, podría incrementar la destreza para hacer frente a disparadores del consumo, interrumpiendo el ciclo automático de uso de sustancias adictivas antes establecido. Además de lo anterior, dentro de un episodio de caída, la aceptación y conciencia desarrollada a través de la atención

plena, podría ayudar, también, a reconocer y minimizar la culpa y los pensamientos negativos que incrementan el peligro para una recaída completa.

En la PRBAP se entrena a los sujetos en procedimientos cognitivo conductuales y de atención plena, por ejemplo; se enseña a reconocer señales tempranas que pudieran llevar a una recaída, se incrementa la conciencia de señales internas y externas asociadas al consumo como emociones, cogniciones y situaciones, se entrena en desarrollar estrategias de enfrentamiento efectivas, a incrementar la autoeficacia. Por otra parte, las estrategias de atención plena integradas en este modelo, ayudan a aumentar la conciencia de los disparadores, a monitorear reacciones internas, y a hacer elecciones conductuales adaptativas. La práctica se centra en incrementar la aceptación y la tolerancia de estados emocionales, cognitivos, y físicos positivos y negativos, tales como el craving. De este modo, se decreta la necesidad de evitar el malestar asociado al consumo, a través de involucrarse en él mismo. Es por ello, que el objetivo del ensayo clínico fue evaluar la factibilidad y eficacia inicial de la PRBAP, basada en los principios antes mencionados, entre sujetos con desordenes por uso de sustancias. El estudio evaluó el efecto de la intervención sobre el consumo de sustancias, así como, en procesos secundarios clave como: el craving, la atención plena y la aceptación, en dos grupos: control y experimental.

Se hipotetizó que aquellos sujetos que participaran en el PPRBAP (grupo experimental) tendrían una reducción significativa del consumo de sustancias, así como un incremento en atención plena y en aceptación. Participaron 168 sujetos, reclutados en una agencia privada no lucrativa que proporcionaba atención y cuidado a los pacientes que habían concluido un tratamiento previo por consumo de sustancias. Tenían una edad de entre 18 y 70 años y habían completado un tratamiento intensivo ambulatorio o interno en las dos semanas previas. Los sujetos eran excluidos del estudio si tenían psicosis, demencia, riesgo suicida inminente, o la necesidad de un tratamiento más intensivo. Se aplicaron las siguientes medidas: entrevista clínica estructurada del DSMIV-TR, Inventario de depresión de Hamilton, línea base retrospectiva (Sobell & Sobell, 1992) la escala de craving de alcohol de Penn, (adaptada al uso de drogas) (Flannery, Volpicelli & Pettinati, 1999) Inventario breve de

problemas (adaptado del inventario de consecuencias del uso de drogas) (Blanchard, Morgenstern, Morgan, Labouvie & Bux, 2003) el cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness, (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006) el cuestionario de aceptación y acción (Hayes, Strosahl, Wilson, Bisset, Pistorello, Taormino, et al. 2004) un registro del tiempo de práctica de la atención plena y el cuestionario de satisfacción del cliente.

El tratamiento estuvo compuesto por 8 sesiones semanales de 2 horas en un formato grupal, siguiendo el protocolo manualizado por Bowen, Chawla y Marlatt (2011). Se conformaron grupos de 6 a 10 sujetos y se instrumentó por 2 terapeutas. En cada sesión se abordó un tema en particular, con práctica de meditación relacionada a la prevención de recaídas, los temas incluyeron: el piloto automático y su relación con la recaída, reconocer pensamientos y emociones relacionadas a disparadores, integración de la atención plena en la vida cotidiana, practicar las habilidades en situaciones de alto riesgo y el papel de los pensamientos en la recaída. Las sesiones iniciaban con 20 o 30 minutos de meditación guiada, involucrando una serie de ejercicios experienciales, intercalados con discusiones del rol de la atención plena en la prevención de la recaída. Además de la revisión de la tarea, a cada participante se le asignaban ejercicios diarios para la práctica entre sesiones y se les proporcionaban discos compactos para guiar la práctica fuera de las sesiones de grupo.

En contraste, la condición control consistió en un programa estándar de cuidado para después de concluir un tratamiento, diseñado para mantener la abstinencia con una orientación y formato de un grupo de 12 pasos. Las sesiones duraban aproximadamente 1.5 horas y eran 1 o 2 veces a la semana. Los sujetos fueron reclutados, próximos a concluir su programa de tratamiento, a través de volantes o eran referenciados por la agencia de atención o el equipo de investigación. Posterior a esto, los pacientes completaron una evaluación inicial, y se asignaron aleatoriamente a una de las dos condiciones, antes descritas. Los participantes recibieron una tarjeta de regalo por 45 dólares, después de completar la evaluación inicial y, una de 50 por cada evaluación posterior completada. Los resultados indicaron que aquellos sujetos que recibieron la PRBAP obtuvieron tasas de consumo de sustancias más bajas que el

grupo control en los cuatro meses posteriores a la intervención, también obtuvieron decrementos significativos en el craving, y mostraron incrementos en la aceptación y la actuación con consciencia, al ser comparados con el grupo control. Estos datos proporcionaron evidencia inicial para este tipo de intervención como un tratamiento posterior a una intervención por el uso de sustancias adictivas (Bowen et al. 2009).

Posterior a este estudio, se llevó a cabo un segundo estudio que tuvo como objetivo llevar a cabo análisis secundarios que identificaran los mecanismos potenciales y responsables del decremento en craving en los pacientes que fueron asignados a la condición PRBAP. El craving se definió como la experiencia subjetiva de una urgencia o deseo por usar sustancias y la importancia de su estudio radica en que ha sido identificado: en ambientes clínicos, en el laboratorio y en estudios pre clínicos como un predictor significativo del uso de sustancias, de desórdenes por uso de las mismas y de la recaída, después de haber concluido un tratamiento por trastornos relacionados al uso de sustancias adictivas.

Los resultados de estos análisis arrojaron un factor latente que representó los resultados de las medidas de aceptación, consciencia y no juzgar, el cual medió, significativamente, la relación entre recibir la intervención PRBAP y el decremento en los niveles de craving reportados después de concluir el tratamiento. Estos resultados son consistentes con los propósitos del PRBAP y destacan la importancia de instrumentar intervenciones que incrementen la aceptación y la consciencia que ayuden a los pacientes a fomentar una actitud de no juicio hacia su experiencia (Witkiewitz, Bowen, Douglas & Hsu, 2013).

Mecanismos de acción de las terapias de tercera generación en el contexto del tratamiento de la conducta adictiva a sustancias psicoactivas

Como se evidencio, anteriormente, existe en la actualidad un gran número de intervenciones cognitivas-conductuales que en los protocolos de intervención consideran estrategias, tanto de atención plena como de aceptación, incluidas intervenciones diseñadas, específicamente, para tratar la adicción a sustancias adictivas y, aunque entre ellas existen diferencias, tanto en el tipo de trastornos que

abordan como en la forma en que emplean las estrategias, se pueden considerar de dos tipos: aquellas que se basan, en mayor parte, sólo en el entrenamiento de habilidades de atención plena: como la terapia para la depresión, y aquellas que incorporan el entrenamiento en habilidades de atención plena como en el caso de la: terapia dialéctico conductual o la terapia de aceptación y compromiso. No obstante, se pueden identificar elementos comunes en todas ellas por lo que se pueden considerar sólo variantes de la práctica de la atención plena y de la aceptación del momento presente, y se puede considerar, que los mecanismos por los que actúan son similares, aunque se debe de reconocer que, debido al reciente estudio de estas variables se necesita más investigación que esclarezca éstos (Fruzzeti & Erikson, 2006; Baer, 2003).

Se han sugerido varios mecanismos que podrían explicar cómo el entrenamiento en habilidades de atención plena lleva a la reducción de síntomas y al cambio conductual, entre estos y, de acuerdo con Baer (2003) se encuentran: exposición, cambio cognitivo, automanejo, relajación y aceptación. Por su parte, Lynch y colaboradores (2006) han hipotetizado mecanismos de cambio específicos dentro de la terapia dialéctico conductual. De acuerdo con estos autores, los mecanismos responsables del cambio se pueden conceptualizar de acuerdo con cada estrategia de intervención utilizada dentro de dicha terapia, por ejemplo: dentro de la estrategia de entrenamiento en habilidades de atención plena, se involucran los siguientes mecanismos de cambio: exposición conductual y aprendizaje de nuevas respuestas, regulación emocional, reducción de la literalidad en las reglas verbales, control atencional. Los mecanismos de cambio implicados en los procedimientos de validación involucran: el incremento en la estabilidad de la percepción del yo, la regulación de la activación emocional, el incremento de la motivación, el manejo y el modelado de contingencias; los mecanismos de cambio implicados en la estrategia de selección y análisis de la cadena de conductas, son: la exposición y la prevención de la respuesta, el aprendizaje en vivo de conductas adaptativas, la generalización del cambio conductual: consultas telefónicas.

Por otra parte, los mecanismos de cambio en las estrategias de acción opuestas son: prevención de la respuesta y exposición, ampliar el repertorio del paciente y aprendizaje de nuevas respuestas y modificación cognitiva. Los mecanismos de acción asociados con estrategias dialécticas, mejorar la orientación de las respuestas. Por último, los mecanismos de cambio asociados con sistema terapeuta-cliente involucran: reducción de la polarización entre el terapeuta y paciente y mantener la eficacia del terapeuta. Cada uno de estos mecanismos actúa siguiendo principios como: el mecanismo de cambio: exposición conductual y aprendizaje de nuevas respuestas. La estrategia de entrenamiento en habilidades de atención plena opera bajo el siguiente supuesto: dado que uno de los principales propósitos del entrenamiento en atención plena es la aceptación y la observación de la experiencia interna que puede ser incomoda, por lo cual, la atención plena podría funcionar a través de la exposición no reforzada a emociones, sensaciones y a pensamientos, previamente evitadas, es importante recordar, en este punto, que la exposición se ha considerado, clásicamente, a estímulos observables, sin embargo, este tipo de exposición está dentro de los modelos de exposición interoceptiva, por lo que una consciencia sin juicio de los pensamientos, las emociones y las sensaciones estresantes, en la ausencia de cualquier consecuencia grave, sin escapar o evitar, constituye, esencialmente, una exposición no reforzada.

En este mismo sentido, los teóricos del aprendizaje actuales han propuesto que la exposición no reforzada a un estímulo condicionado no debilita la asociación inicial formada por la asociación del estímulo incondicionado con el condicionado, en lugar de ello, enmascara la relación previamente formada. Por lo que los procedimientos de extinción involucran la asociación de nuevos estímulos. Desde este marco de referencia, la exposición implica el aprendizaje activo de respuestas alternas a los estímulos que elicitaban experiencias internas desagradables. Adicionalmente a esto, la extinción se ve afectada por el contexto, dado que se ha observado que respuestas internas previamente extinguidas, reaparecen después de un cambio en el contexto, debido a una falla para recuperar la memoria de extinción en el nuevo contexto, por lo que la atención plena establecería un contexto interno que mantiene la extinción de respuestas no deseadas y promueve la adquisición de nuevas respuestas. Estos

contextos pueden constituirse por estados internos, temporales o del medio, al permitir que las emociones se experimenten (exposición) y ni se eviten, ni se juzguen, por lo que asociaciones nuevas son adquiridas con la practica repetida. La asociación entre estímulos emocionalmente evocativos y de comportamientos conscientes, se convierte dominante, dado que el contexto es interno la asociación siempre está presente (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo & Linehan, 2006).

Por su parte, la evidencia proporcionada por los estudios realizados sobre la efectividad de la terapia de aceptación y compromiso señalan, que ésta tiene sus efectos a través de seis procesos de cambio, los cuales se encuentran vinculados a sus principios, ya antes mencionados, y que actúan para decrementar la inflexibilidad psicológica. De acuerdo con este modelo terapéutico, la inflexibilidad psicológica es el producto de la fusión cognitiva, la evitación experiencial, el apego a un Yo conceptualizado, la falta de valores o de poca claridad de estos, la inacción o evitación persistente y la dominancia de un pasado conceptualizado y de un futuro temido, aspectos que resultan de los procesos relacionales normales del lenguaje y cognición humanos. Cada uno de éstos procesos de cambio se conceptualiza como una habilidad psicológica positiva y no, meramente, como una estrategia para evitar la psicopatología, y son los siguientes: a) aceptación, b) defusión cognitiva, c) estar presente, d) el yo como contexto, e) los valores y, f) la acción comprometida (Hayes et al. 2006, Fletcher & Hayes, 2005).

a) La aceptación es una alternativa a la evitación experiencial e involucra permitir consciente y activamente los eventos privados ocasionados por la historia del sujeto, sin intentos innecesarios de tratar de cambiar su frecuencia o forma, especialmente cuando hacer esto provoca daño, b) la defusión cognitiva; se refiere a alterar las funciones indeseables de los pensamientos y otros eventos privados, en lugar de tratar de alterar su forma o frecuencia, lo que se podría identificar como cambiar la forma en que la persona interactúa o se relaciona con sus pensamientos por medio de crear un contexto en el cual sus funciones poco adaptativas son disminuidas, c) estar presente: se refiere a un contacto, sin juicio, de los eventos psicológicos y medio ambientales conforme éstos ocurren. El propósito es que el sujeto experimente

el mundo más directamente y, por lo tanto, su conducta sea más flexible y consistente con los valores que tiene, d) el yo como contexto; se refiere a una sensación de trascendencia del yo que permite a los sujetos experimentar sus propios sentimientos y pensamientos y a no identificarse con un yo conceptuado, producto de marcos relacionales, e) los valores: son cualidades elegidas de una acción propositiva que no pueden ser obtenidos nunca como un objeto, pero que pueden dar dirección a la vida momento a momento y d) la acción comprometida: la ACT (Terapia de aceptación y acción o ACT por sus siglas en Inglés) alienta a desarrollar patrones de conducta efectivos, extensos y amplios, ligados a los valores de la persona. En este sentido, la ACT es muy parecida a la terapia de conducta tradicional y casi cualquier método conductual puede ser insertado dentro de la ACT, en este punto, como: exposición, adquisición de habilidades o métodos de moldeado, siempre que éstos permitan conseguir metas específicas ligadas a los valores del sujeto.

Todos estos procesos se sobreponen e interactúan entre ellos, cada uno da soporte a otro, y pueden clasificarse en dos grupos de procesos: procesos de atención plena que involucran: aceptación, defusión, contacto con el presente y el yo como contexto, y los procesos de cambio conductual y aceptación que involucran: contacto con el momento presente, el yo como contexto, valores y acción comprometida (Hayes et al. 2006, Fletcher & Hayes, 2005).

Finalmente, y con respecto a los mecanismos de cambio dentro de las aproximaciones cognitivo conductuales basadas en la atención plena y la aceptación, y en específico, la prevención de recaídas basada en la atención plena para tratar conductas adictivas (Marlatt, Chawla & Bowen, 2011), éstos surgen a partir de tomar los componentes más efectivos de diferentes tratamientos que atienden este tipo de conducta (manejo de contingencias, aproximaciones de refuerzo comunitario y prevención de recaídas) y de sintetizar los mecanismos de cambio en las aproximaciones de tipo cognitivo conductual (destreza de enfrentamiento, craving, autoeficacia, motivación y conciencia metacognitiva). Éstos pueden ser clasificados en dos tipos de mecanismos, los conductuales como: las contingencias y el

enfrentamiento y los cognitivos tales como: autoeficacia, craving, motivación y efectos de tratamiento no específicos.

En cuanto a los mecanismos conductuales, las contingencias tienen un papel importante en el desarrollo, el mantenimiento y el cambio de los desórdenes por abuso de sustancias, a través del condicionamiento operante. Así, el uso de la sustancia es la conducta operante mantenida por las consecuencias que pueden involucrar la presentación de una recompensa (reforzamiento positivo), el retiro de un estímulo aversivo (reforzamiento negativo) o la presentación de uno aversivo (castigo). Un ejemplo de esto, es el efecto bioquímico que el alcohol provee y también las consecuencias negativas del consumo de sustancias como: pérdida del trabajo, pérdida de la salud, y problemas financieros, por lo que un balance, entre las contingencias negativas y positivas, puede ser un poderoso mecanismo en mantener la conducta del uso de sustancias. Otro de los mecanismos hipotetizados y que, además, se considera como una variable predictora de la recaída, después de concluir un tratamiento, es: la habilidad del sujeto para utilizar, efectivamente, estrategias de enfrentamiento para manejar situaciones de riesgo, (el enfrentamiento es definido como una estrategia cognitiva o conductual para reducir el peligro o lograr gratificación en ciertas circunstancias). Varios tipos de enfrentamiento han sido propuestos y difieren tanto, en su función como en su topografía, sin embargo, aquellos que utilizan algún tipo de proceso mental para controlar la conducta se pueden considerar como de enfrentamiento cognitivo, mientras que los de enfrentamiento conductual son aquellos que involucran algún tipo de acción.

Considerando que uno de los mecanismos responsables de la efectividad de los tratamientos cognitivos-conductuales, es tener estrategias de enfrentamiento efectivas, Marlatt propuso un tipo de enfrentamiento basado en la noción budista de actuar hábilmente o con la conducta adecuada, que aplicado al contexto del tratamiento de la conducta adictiva se entiende como: las decisiones cognitivas o el acto de la inacción, es decir, estar en el momento, observar, aceptar sin analizar, juzgar o reaccionar; un ejemplo de esta habilidad de enfrentamiento cognitiva es en la urgencia por consumir. De acuerdo con esto, si el sujeto consume cuando la urgencia se encuentra en su

punto máximo, únicamente funcionará para reforzar la conducta de consumo, en cambio, si no actúa ante la urgencia, se debilita el condicionamiento formado con anterioridad y se incrementa la aceptación y la autoeficacia en esta situación. La habilidad de enfrentamiento utilizada es la no reacción a una urgencia cognitiva.

Por otra parte, los mecanismos cognitivos considerados desde este modelo son las urgencias, que son: la intención o el impulso por consumir alcohol o drogas, y el craving: que se entiende como el deseo subjetivo de experimentar los efectos de una sustancia adictiva, ambos son mediadores del uso de sustancias adictivas en sujetos que intentan dejar dicha conducta. Estas variables suelen encontrarse asociadas con síntomas de abstinencia, estados afectivos y expectativas de resultados. Se conceptúa al craving como un mecanismo cognitivo y no como una respuesta fisiológica. Por lo tanto, el craving es una respuesta cognitiva con propiedades de estímulo y podría ser una respuesta automática a señales del medio, a la abstinencia, al afecto negativo, a las expectativas. Otro de los mecanismos de cambio dentro de los tratamientos, es el de la autoeficacia, se ha observado en estudios que el incremento de autoeficacia es una variable predictiva en el uso de sustancias, después del tratamiento, en especial la autoeficacia específica a una situación particular.

Otro mecanismo cognitivo identificado y que se ha encontrado relacionado con el uso de sustancias y con la recaída es la motivación. Existen dos tipos de motivación: la motivación por un cambio conductual positivo y la motivación por involucrarse en una conducta problemática, de tal forma que el incremento de la motivación de cambio y la reducción de la motivación para el consumo en el tratamiento de conductas adictivas es altamente predictivo de los resultados del tratamiento, independientemente de la orientación de éste. Se ha identificado una variable asociada con el uso de automonitoreos llevados a lo largo de la terapia, dado que se ha observado que llevar este tipo de registros crea consciencia de la conducta problemática e incrementa las habilidades de autorregulación. De forma similar, las investigaciones de procesos en terapia cognitiva-conductual para tratar la depresión, han mostrado que las experiencias autoreportadas de introspección, de catarsis y de aceptación de la experiencia, se encuentran relacionados a resultados positivos en los tratamientos, lo

que sugiere la existencia de un constructo amplio que vincula la atención incrementada a una conducta y el cambio sistemático de ésta, una posible premisa subyacente a este constructo es centrarse en el momento presente, con aceptación y un entendimiento sin juicio.

En este sentido, se puede conceptualizar a la atención plena como una habilidad metacognitiva aprendida a través de la meditación, que incrementa la efectividad de la terapia cognitivo-conductual para el uso problemático de sustancias. Aunque se desconocen, exactamente, cuáles son los mecanismos por los que la atención plena tiene sus efectos, desde esta aproximación podría explicarse de la siguiente forma: la práctica de la atención plena podría hacer a la persona más consciente de los disparadores de un craving y, de esta forma, elegir otra conducta que podría disminuir o prevenir éste, lo que debilitaría la respuesta habitual, esto debido a que se conceptualizó al craving como una respuesta cognitiva con propiedades de estímulo, las cuales son comunes en la adicción y crean un sistema complejo compuesto de señales ambientales y de respuestas cognitivas rígidas: experiencia subjetiva de craving, expectativas positivas de resultado de la sustancia o de la motivación para engancharse en el uso de la sustancia, reducción del estado de ánimo negativo o de síntomas de abstinencia que podrían proveer reforzamiento positivo o negativo para el inicio y continuación del uso de sustancias adictivas.

La atención plena podría interrumpir este sistema, a través de proporcionar mayor consciencia y aceptación de las respuestas iniciales del craving, sin juzgarlas, analizarlas o reaccionar, es decir, la meditación sirve como una forma de contra condicionamiento, en el que un estado de consciencia metacognitiva y de relajación reemplaza al reforzamiento positivo y negativo, previamente asociado con el uso de la sustancia adictiva. En este sentido, la meditación puede servir como una adicción alterna, pues más que ser una estrategia de enfrentamiento para lidiar con las urgencias y tentaciones, es una conducta de reemplazo gratificante. Incrementar la atención plena podría servir para reducir la susceptibilidad personal para actuar en respuesta a las señales relacionadas a la droga, señales de estímulo, y decrementar la inclinación de un individuo para actuar impulsivamente. Además de que la atención

plena brinda a los pacientes una nueva forma de procesar señales situacionales como personas y lugares previamente asociados al consumo, así la exposición repetida a estar plenamente consciente en situaciones de alto riesgo sin involucrarse en el uso de sustancias, o de actuar impulsivamente, ante las señales relacionadas a la sustancia, llevaran a incrementar la autoeficacia y al contracondicionamiento de las respuestas adquiridas a través del condicionamiento positivo y negativo, previamente asociado con los efectos de una sustancia adictiva (Bowen, Parks, Coumar, Marlatt, 2005; Wikiewicz, Marlatt, Walker, 2005; Marlatt & Chawla, 2002; Marlatt, 2002).

Si se considera el consumo de drogas como una forma de evitación experiencial definida como: no querer permanecer en contacto con la experiencia propia, la práctica de la atención plena funcionaría contrarrestando la evitación experiencial alentando el contacto directo, sin juicio, momento a momento con la experiencia propia sin intentar alterarla o manipularla. Actualmente, se han llevado a cabo estudios de laboratorio que proporcionan soporte inicial para los mecanismos de cambio hipotetizados dentro de los tratamientos cognitivos conductuales basados en la atención plena y aceptación, en especial en los que tratan la adicción. Un ejemplo de éstos, es el estudio realizado por Ostafin & Marlatt (2008), en el que se examinó si la atención plena moderaba la relación entre procesos automáticos y la conducta de consumir alcohol. Para ello participaron 50 sujetos, que completaron evaluaciones de consumo peligroso de alcohol, aceptación y motivación automática para consumir alcohol. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de regresión en el que se observó que, un grado mayor de aceptación de la experiencia actual, reducía la relación positiva entre asociaciones próximas positivas de alcohol y la conducta de beber de forma peligrosa. Los autores concluyeron que, el entrenamiento en atención plena, funciona a través de desasociar la relación entre respuestas apetitivas automáticas y la conducta de consumo (Ostafin & Marlatt, 2008; Palfai & Ostafin, 2003; Gifford et al. 2004).

También, se ha propuesto un análisis de procesamiento de la información de la atención plena con implicaciones para prevenir la recaída dentro de los tratamientos por consumo de sustancias. De acuerdo con este análisis, los procesos de atención y memoria juegan un papel importante en la recaída y en el uso de sustancias, por lo que

la práctica de la atención plena ayuda a prevenir la recaída a través de incrementar la consciencia de patrones de pensamientos y de emociones sobreaprendidos, que llevan a la recaída, y de la exposición y la desensibilización a los disparadores del consumo, especialmente del afecto negativo, lo que es muy similar a las explicaciones proporcionadas por Teasdal, Segal y Williams (1995), quienes propusieron la terapia cognitiva basada en la conciencia plena para prevenir la recaída en la depresión.

Adicionalmente, existe evidencia que indica que la práctica de la atención plena está asociada con cambios neurobiológicos, tales como; incremento de neurotransmisores, actividad de las ondas cerebrales, incremento del fluido sanguíneo cerebral y activación de estructuras neuronales (la corteza dorso lateral, pre frontal y parietal, regiones del hipocampo, lóbulo temporal, corteza anterior singularada, estriatum, y giro pre central y post central), éstas se encuentran involucradas en el funcionamiento del sistema nervioso central. Estos resultados indican que la práctica de la atención plena resulta en cambios neuronales que se asocian con el incremento de niveles de alerta, de relajación, de control atencional y de reducción de la preparación para la acción (Brewer, Bowen, Smith, Marlatt & Potenza, 2010; Witkiewitz, Marlatt & Walker, 2005; Lazar, Bush, Gollub, Fricchionem Khalsa & Herbert, 2000).

Planteamiento del problema

El uso de sustancias psicoactivas, tanto legales como ilegales, es un problema de salud pública que genera costos importantes en salud, seguridad pública y productividad laboral, tal y como lo demuestran las diversas mediciones realizadas tanto a nivel nacional como internacional (ENA, 2011; OMS, 2004), por lo que el tratamiento a personas que presentan algún trastorno relacionado a su consumo (abuso y dependencia) es de suma importancia. En este sentido, los tratamientos psicológicos son uno de los primeros recursos que se pueden instrumentar considerando las características del afectado (nivel de dependencia, historia de consumo, número de sustancias consumidas e intentos previos por dejar de consumir).

En México, se han aplicado éste tipo de tratamientos en el nivel primario de atención con el propósito de atender y dar servicio a la población vulnerable (CONADIC, 2012). La mayor parte de estas intervenciones y tratamientos son de corte cognitivo-conductual y/o motivacional, un tipo de abordaje que ha demostrado ser eficaz, efectivo y eficiente, principalmente en el ámbito internacional, de donde la mayor parte de las aplicaciones en México se han derivado y adaptado (véase a: Carroll & Onken, 2005; Carroll & Rounsaville, 2003; Miller & Wilbourne, 2002).

Sin embargo, a pesar de la eficacia de estas intervenciones y tratamientos, la tasa de recaída entre los usuarios consumidores de sustancias psicoactivas aún es elevada (Zgierska et al. 2009), lo que sugiere mejorar las intervenciones y tratamientos existentes considerando, por un lado, los mecanismos de cambio y variables moderadoras de los mismos y, por otro, que el entrenamiento en destrezas cognitivas, conductuales y motivacionales como única forma de tratamiento de la conducta adictiva tiene mejores resultados cuando es combinado con componentes de otras intervenciones efectivas (Longabaugh, Donovan, Karno, McCrady, Morgenstern & Tonigan, 2005; Morgenstern & Longabaugh, 2000). Lo anterior se puede entender si se considera el desarrollo teórico y tecnológico y cómo estas intervenciones y tratamientos surgieron, lo que ha dado origen a una clasificación de la terapia conductual en tres tipos de generaciones (véase a: Hayes, 2004).

La primera surgió de los principios del condicionamiento clásico y operante y de una rica y amplia tradición de investigación básica en modelos animales; la segunda, la cual integra a estos procedimientos en un primer momento a la cognición y, posteriormente, a la motivación como focos centrales de intervención y, por ende, de modificación, rompiendo el vínculo directo con la investigación básica, y la tercera generación, que se puede considerar como contextualista, que busca alterar la función de la conducta más que su forma y que integra procedimientos basados en la atención plena y la aceptación. Cada una de estas generaciones surge para explicar los vacíos que sus antecesoras no pudieron explicar, por lo que se considera no una ruptura con el paradigma cognitivo-conductual y motivacional, si no una expansión del mismo.

Considerando lo anterior y, de acuerdo con la evidencia empírica, antes revisada, que indica cómo los tratamientos cognitivos-conductuales y motivacionales estándar, incluidos los que abordan la problemática de la adicción, podrían ser mejorados a través de integrar, en sus procedimientos, técnicas basadas en la atención plena (mindfulness) y la aceptación, procesos que enfatizan el estar atento a los estímulos internos (por ejemplo: deseos intensos por consumir (craving) y externos, sin juzgarlos y aceptarlos, tal y como son, se planteó realizar una investigación que proporcionará evidencia inicial del empleo de estas técnicas en el tratamiento de la conducta adictiva a sustancias psicoactivas, por lo que un primer propósito de la presente investigación fue el agregar el componente basado en la atención plena (mindfulness, por su nombre en inglés) desarrollado por Bowen, Chawla, Collins, Witkiewitz, Hsu, et al. 2009; Bowen, Chawla & Marlatt; 2011, a un tratamiento cognitivo-conductual motivacional que ha demostrado ser eficaz (véase a: Quiroga et al. 2007; Quiroga, 2008; Quiroga et al. 2008; Quiroga et al. 2009; Quiroga & Vital, 2010; Quiroga et al. 2011;), y efectivo (Fernández & Quiroga, 2010; Pérez & Quiroga, 2010; Cabrera et al. 2012; Díaz et al. 2012; Mondragón et al. 2012; Quiroga, Vital & Cabrera, en prensa) que nos permitiera evaluar dicho programa, así como el componente agregado, por lo que la presente investigación se planteó los siguientes objetivos, preguntas de investigación e hipótesis:

Objetivos:

- 1) Integrar y aplicar las técnicas basadas en la atención plena (mindfulness) y aceptación consideradas por Bowen, Chawla y Marlatt (2011) dentro de un programa cognitivo-conductual-motivacional de Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios (PEREU; Quiroga & Vital, 2003) con dependencia sustancial a severa al alcohol y otras drogas.
- 2) Evaluar la efectividad de un programa de prevención estructurada de recaídas basado en destrezas de enfrentamiento y de atención plena (mindfulness) y aceptación para el tratamiento y mantenimiento del cambio en problemas de adicción sustancial a severa a sustancias psicoactivas, en términos del nivel de supresión de pensamientos, reducción del consumo, autoeficacia, evitación experiencial, craving y destrezas de atención plena de cada participante.
- 3) Evaluar el efecto de la contribución del componente Entrenamiento de Atención Plena y Aceptación (EDAPA) al programa de prevención estructurada de recaídas basado en destrezas de enfrentamiento y de atención plena (mindfulness) y aceptación para el mantenimiento del cambio en problemas de adicción sustancial a severa a sustancias psicoactivas, a través de la comparación de ambos componentes (PEREU y EDAPA) en términos del nivel de supresión de pensamientos, reducción del consumo, autoeficacia, evitación experiencial, craving y destrezas de atención plena de cada participante.
- 4) Evaluar si el entrenamiento en destrezas de atención plena y aceptación puede ser instrumentado como una estrategia de mantenimiento del cambio (abstinencia o reducción del consumo) en términos de la reducción de la supresión de eventos encubiertos (deseos intensos por consumir, pensamientos).

Preguntas de investigación

¿Se pueden integrar y aplicar dentro de un programa de prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios técnicas basadas en atención plena y aceptación, manteniendo la estructura conceptual y operativa del programa?

¿Es efectivo el programa de prevención estructurada de recaídas basado en destrezas de enfrentamiento y de atención plena (mindfulness) y aceptación en el mantenimiento del cambio en problemas de adicción sustancial a severa a sustancias psicoactivas, en términos del mantenimiento de la meta establecida por el usuario (abstinencia o reducción del consumo) y de la reducción del nivel de supresión de pensamientos, evitación experiencial, craving y el aumento de la autoeficacia y de las destrezas de atención plena de cada sujeto.

¿Hay una disminución del nivel de supresión de pensamientos (de cada sujeto) después de la aplicación del componente entrenamiento en destrezas de atención plena y aceptación (EDAPA) en comparación al obtenido después de la aplicación del programa de prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios PEREU para problemas de dependencia sustancial a severa?

¿Puede el componente de entrenamiento en destrezas de atención plena y aceptación funcionar como una estrategia de mantenimiento del cambio (abstinencia o reducción del consumo) al disminuir el nivel de supresión de eventos encubiertos (sentimientos, sensaciones internas, deseos intensos por consumir (craving), pensamientos y recuerdos previamente asociados al consumo)?

Hipótesis

1. El nivel de supresión o evitación de eventos encubiertos (pensamientos y emociones desagradables), reportado al finalizar el tratamiento (PEREU+EDAPA) y medido a través de tres cuestionarios que evalúan este constructo: Cuestionario de Aceptación y Compromiso (CAA), Inventario de Supresión: Oso Blanco (ISPOB) y Cuestionario de Cinco Factores para Evaluar Mindfulness (CCFM), será menor al obtenido en línea base para cada uno de los participantes.

2. El nivel de supresión o evitación de eventos encubiertos (pensamientos y emociones desagradables), medido a través de tres cuestionarios que evalúan este constructo: CAA, ISPOB y CCFM) reportado después del entrenamiento en destrezas de atención plena y aceptación (EDAPA) será menor al nivel de supresión de eventos privados o encubiertos reportado en la evaluación inicial e intermedia (realizada al finalizar el programa PEREU) de cada uno de los participantes.

Método

Participantes

Participaron 3 usuarios que solicitaron de manera voluntaria servicio de atención psicológica a una institución pública. Con las siguientes características:

Características de los participantes

S1: D.F.

Sexo: Mujer.

Edad: 28 años.

Estado civil: soltera.

Ocupación: corrector de estilo.

Droga por la cual pide tratamiento: alcohol.

Otras drogas de consumo: marihuana, anfetaminas.

Número de años problemáticos con el consumo de la droga: 6 años.

Nivel de dependencia al alcohol: media/sustancial (22 puntos).

Consecuencias del consumo: problemas de salud (riñones), ver alucinaciones, pérdida del empleo, inconclusión de estudios, problemas de pareja, intentos suicidas y cambio de estado de ánimo repentino.

S2: A.L.

Sexo: Hombre.

Edad: 27.

Estado civil: soltero.

Ocupación: Empleado de gobierno.

Droga por la cual pide tratamiento: alcohol.

Otras drogas de consumo: Cocaína, marihuana.

Número de años problemáticos con el consumo de la droga: 6.

Nivel de dependencia: 18 moderada.

Consecuencias del consumo de droga: problemas familiares, económicos, cambios repentinos del estado de ánimo, violencia e intentos suicidas.

S3: A.V.

Sexo: Hombre.

Edad: 26 años.

Estado civil: soltero.

Ocupación: Empleado / estudiante.

Droga por la cual pide tratamiento: LSD.

Otras drogas de consumo: Metanfetamina, cocaína, alcohol, tabaco.

Número de años problemáticos con el consumo de la droga: 7 años.

Nivel de dependencia: moderada /sustancial (14 puntos).

Consecuencias del consumo de droga: problemas familiares, económicos, inconclusión de estudios, deterioro físico, cambio de estado de ánimo repentino, disfunción eréctil.

Para que los participantes pudieran ser elegidos se consideraron los siguientes criterios;

- ❖ Calificaciones de más de 21 puntos en la Escala de Dependencia de Alcohol EDA-25 (dependencia moderada a severa) o de más de 10 puntos (dependencia media a severa) en la prueba de detección de Abuso de Drogas (PDAD-20).
- ❖ Que presenten de 5 a 7 síntomas de dependencia, en el DSM IV.
- ❖ Historia moderada de consumo de entre 5 y 10 años de consumo.
- ❖ Patrón de consumo frecuente (más de 4 copas estándar por ocasión en el caso de los hombres y más de 3 copas estándar en el caso de las mujeres, más de 30 copas a la semana en el caso de hombres y más de 24 copas estándar en la mujer, hasta 5 veces a la semana, en el caso de consumo de drogas consumirla de manera frecuente 1 ó 2 veces por semana).
- ❖ Que tengan problemas relacionados con el uso del alcohol o droga, por ejemplo: de salud, financieros o familiares entre otros.
- ❖ Que no presenten daño cognitivo severo.
- ❖ Que no presenten impresión diagnóstica de psicosis, tal como: esquizofrenia, medido a través de la entrevista clínica.

Escenario

Se utilizaron cubículos de consulta individual externa de 1.5 x 2 mts., ubicados en el centro de servicios psicológicos de la Facultad de Psicología de UNAM, con ventilación e iluminación adecuados y mobiliario pertinente, integrado por dos sillones y una mesa pequeña de trabajo.

Materiales

Se consideran los instrumentos utilizados en la evaluación de las variables de interés, así como, el manual de intervención.

- a) Escala de Dependencia al Alcohol (EDA - 25)
- b) Prueba de Detección de Drogas (PDAD-20)
- c) Línea Base Retrospectiva (LIBARE - A)
- d) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas - Alcohol (ISCD-A-50)
- e) Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD-A -50)
- f) Algoritmo de Compromiso para el Cambio Drogas-Alcohol (ACC -DA)
- g) Subescala de Retención de Símbolos y Dígitos de Weshler
- h) Subescala de Símbolos y Dígitos
- i) Escala de Craving al alcohol de Penn adaptada a otras drogas (ECAP-D-4)
- j) Cuestionario de cinco factores para evaluar mindfulness (CCFM -30)
- k) Cuestionario de aceptación y acción (CAA-15)
- l) Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB-11)

Descripción de instrumentos

- a) Escala de Dependencia al Alcohol (EDA - 25)

La Escala de Dependencia al Alcohol (EDA; Quiroga & Vital 2003^b) traducida y adaptada de la Alcohol Dependence Scale (ADS; Skinner, Horn, Wanberg & Fester, 1984), es una escala compuesta de 25 ítems que consideran un marco de evaluación de los últimos 12 meses y que cubre síntomas de abstinencia que corresponden al síndrome de dependencia al alcohol definido por Edwards y Gross (1976), tales como

el deterioro en el control del consumo de alcohol, conciencia de compulsión en el consumo de alcohol, tolerancia al alcohol y saliencia de la conducta de búsqueda de alcohol. De la misma forma, este instrumento mide desde ausencia de dependencia hasta dependencia severa. Estudios psicométricos indican que tiene confiabilidad test–retest y consistencia interna de 0.92 y validez para medir dependencia. Los trabajos de Skinner y Allen (1982) y de Ross et al. (1990) demostraron que el EDA - 25 se asocia positivamente con medidas similares del MAST ($r = 0.69$) y se relaciona con otras medidas de dependencia como el DSM – III ($r = 0.58$) (Quiroga & Vital, 2003^b) (ver anexo 1).

b) Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20)

La prueba de Detección de Abuso de Drogas fue desarrollada por Skinner en 1982 y fue traducida y adaptada por Quiroga y Vital (2003) para estudiantes universitarios. Este cuestionario contiene 20 reactivos dicotómicos que miden la percepción de consecuencias y el nivel de involucramiento del paciente en el consumo de drogas. Tiene una confiabilidad de .86, y la variabilidad explicada es de 50%, correlaciona positivamente con el número, frecuencia y problemas asociados al consumo.

c) Línea Base Retrospectiva (LIBARE - A)

La Línea Base Retrospectiva – Alcohol (LIBARE – A), traducida y adaptada por Quiroga (2003) de la versión Alcohol Timeline Followback (TLFB; L. C. Sobell & Sobell 2000, 2003), utiliza eventos significativos dentro de un formato de calendario a fin de registrar, de manera continua, la cantidad y frecuencia de consumo de alcohol durante un periodo establecido de 12 meses. Se pueden identificar periodos de recaídas y servir de base para sondear las causas de éstas. Esta técnica es apropiada para todo tipo de bebedores, desde los sociales hasta los que tienen una dependencia severa. Presenta una confiabilidad de test – retest de 0.91 (Quiroga, 2003) (ver anexo 1).

d) Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas - Alcohol (ISCD- A - 50)

El Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol, (ISCD – A - 50) traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003c) del Inventory of Drug Taking Situation – Alcohol (IDTS- 50 – Alcohol, Annis, Herie & Watkin – Merek, 1996b), es un cuestionario de auto-reporte de 50 ítems diseñado para evaluar situaciones en las que el paciente consumió excesivamente durante los últimos 12 meses. Se encuentra basado en una clasificación desarrollada por Marlatt y asociado (Marlatt & Gordon, 1980, 1985) en donde el consumo del paciente es evaluado en relación con ocho categorías de situaciones de consumo; emociones desagradables, malestar físico, emociones agradables, prueba de control personal, urgencias y tentaciones para consumir, conflictos con otros, presión social para consumir y momentos agradables con los demás. Cada uno de los ítems se contesta con base a una escala de 4 puntos en donde 1 = nunca, 2 = Raramente, 3 = Frecuentemente, y 4 = Casi siempre. Cuenta con validez de contenido y confiabilidad de $\alpha= 0.92$ (Quiroga & Vital, 2003^c) (ver anexo 1).

e) Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50)

El Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol, fue traducido y adaptado por Quiroga y Vital, (2003c), del Drug – Taking Confidence Questionnaire – Alcohol (DTCQ – 50 – Alcohol: Annis, Henrie & Watkin-Merek, 1996). Es un cuestionario de auto-reporte de 50 ítems diseñado para evaluar el concepto de autoeficacia de Bandura, en relación con la percepción del paciente sobre su capacidad para emitir una conducta ante situaciones de riesgo para abusar del alcohol. Se contesta con base en una escala de seis puntos cuyo rango va de 0 = sin confianza: 20 = 20% confiado: 40 = 40% confiado: 60 = 60% confiado: 80 = 80% confiado: 100 = muy confiado y tiene una confiabilidad de $\alpha=0.97$ (Quiroga & Vital, 2003^d) (ver anexo1).

f) Algoritmo de Compromiso para el Cambio – Alcohol (ACC – A)

El Algoritmo para el Compromiso del Cambio (ACC-A), fue desarrollado por Annis y sus colaboradores en 1996 y traducido y adaptado por Quiroga y Vital (2003d), es usado para clasificar al paciente dentro de uno de los cinco estadios de cambio basados en el Modelo de Prochaska y DiClemente, tales como precontemplación (uso

de alcohol durante los últimos 30 días y no está considerando dejarlo en los próximos 30), contemplación (uso del alcohol durante los pasados 30 días pero está considerando dejarlo en los próximos 30), preparación (uso del alcohol durante los pasados 30 días pero llevo a cabo por lo menos un intento de 11 días de abstinencia continua, para dejarla en los últimos 30 días), acción (mantenerse continuamente abstinentes durante los 30 días previos) y mantenimiento (mantenerse continuamente abstinentes 60 días o más) (Quiroga & Vital, 2003^e) (ver anexo 1).

g) Subescala de Retención de Símbolos y Dígitos de Wechsler

La subescala de retención de símbolos y dígitos pertenece a la escala de ejecución que forma parte de la escala de Inteligencia Wechsler para adultos (WAIS). La tarea que se pide al paciente que realice es la de repetir una serie de números correctamente, se califica tomando en cuenta la serie de números más larga que repita sin errores, la máxima calificación que se puede obtener es de 9 puntos. También se pide al paciente que repita una serie de números en orden inverso, se califica tomando en cuenta la serie de números más larga que logre repetir sin errores, la máxima calificación que se puede obtener es de 8 puntos, ambos puntajes se suman al final y se obtiene una calificación. Finalmente, dichas calificaciones se suman para obtener una calificación total, en la que puede obtener como máximo 17 puntos.

h) Subescala de Símbolos y Dígitos

Está conformado por 90 reactivos, consiste en que el paciente coloque el símbolo que le corresponde a cada uno de los números que se presentan en el material del subtest. La aplicación tiene como tiempo límite 90 segundos. La calificación se obtiene asignado un punto por cuadrado correctamente contestado. Se califica con medio punto signo invertido.

i) Escala de Craving al alcohol de Penn adaptada a otras drogas (ECAP-D-4)

La escala de Craving al alcohol de Penn, traducida, adaptada y validada a población mexicana de su original desarrollada por Flannery, Volpicelli y Pettinati (1999), es un instrumento de auto reporte compuesto de cinco ítems, que evalúa la

frecuencia, intensidad y duración del craving, así como también, la capacidad para resistir beber alcohol, adicionalmente pregunta sobre una calificación global del craving de la semana pasada, en su versión original esta escala tiene una confiabilidad de $\alpha=0.92$ lo cual indica una alta consistencia interna, tiene validez de constructo que se demostró al correlacionar los puntajes del ECAP con los de otras dos pruebas que miden el mismo constructo: la escala obsesivo compulsiva de uso de alcohol ($r=0.55$, $df=146$, $p<.0001$) y el cuestionario de urgencias de uso de alcohol ($r=0.39$, $df=146$, $p<.0001$). En el caso de la versión obtenida para población mexicana, se encuentra conformado por 4 reactivos que se responden con base a una escala tipo Likert de 7 opciones como en su versión original, tiene una consistencia interna de $\alpha=0.81$, y se encuentra conformado por un solo factor que evalúa el constructo de Craving tanto al alcohol como a otras drogas (Pérez-Romero, 2014) (ver anexo 1).

j) Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM - 30)

El cuestionario de cinco factores para evaluar el constructo de Mindfulness, creado por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006) y traducido, adaptado y validado a población mexicana, es un cuestionario integrado por 39 ítems, que se agrupan en 5 sub escalas: 1) No reactividad a la experiencia interna, 2) observar las sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos, 3) actuar con conciencia, 4) Describir y 5) No enjuiciar, (Witkieewitz, Bowen, Douglas & Hsu, 2012; Baer, Smith, Hopkins, krietemeyer & Tony, 2006), tiene una consistencia interna de $\alpha=0.91$ con alfa de Cronbach para las subescalas de entre 0.80 y 0.87. Se contesta con base a una escala Likert de 5 opciones, las puntuaciones bajas en este cuestionario también se relacionan con puntuaciones altas de sintomatología psicológica, por ejemplo: dificultades en la regulación emocional (Witkieewitz, Bowen, Douglas & Hsu, 2012; Baer, Smith, Hopkins, krietemeyer & Tony, 2006). La versión obtenida para población mexicana tiene las siguientes características: está conformada por seis subescalas (cinco de las cuales conforman el instrumento original), tiene un alpha de Cronbach $\alpha=0.82$ y de entre 0.87 y 0.68 para las diferentes subescalas (Pérez-Romero, 2014) (ver anexo 1).

k) Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA - 15)

El cuestionario de de aceptación y acción (Hayes, Strosahl, Wilson, Bisset, Pistorello, Taormino, Polusny, et al., 2004), traducido, adaptado y validado a población mexicana, evalúa el grado en que una persona acepta, evita o controla experiencias privadas (sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos e imágenes), está basado en la Teoría de los Marcos Relacionales propuesta por Hayes (1996) y se encuentra integrado por 9 reactivos. Existe también una versión de 7 y 16 reactivos desarrollada en paralelo a esta versión. Estos instrumentos fueron obtenidos a partir de un primer instrumento desarrollado de 32 reactivos. En el caso de la versión de 9 reactivos, ésta tiene una consistencia interna de $\alpha=0.70$ y ha demostrado correlacionar positivamente con instrumentos que evalúan constructos similares como el inventario de supresión de pensamientos oso blanco ($r= 0.44$), de igual forma ha demostrado tener correlaciones de moderadas a altas con instrumentos que evalúan psicopatología, por ejemplo: ha tenido correlaciones positivas con el inventario de depresión de Beck, de entre 0.36 y 0.72 y con la escala de pensamientos intrusivos de trauma (Pearlman, 1996) de 0.55 a 0.68. En el caso de la versión obtenida para población mexicana, esta se obtuvo a partir de la versión de 32 reactivos y se encuentra conformada por 15 reactivos y por tres subescalas y tiene una consistencia interna de $\alpha=0.82$ (Pérez-Romero, 2014) (ver anexo 1).

L) Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB-11)

El inventario de supresión oso blanco, traducido, adaptado y validado a población Mexicana del White bear suppression inventory (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006), mide el grado en que una persona trata de suprimir o evitar sus pensamientos. Fue desarrollado, originalmente, por Zanakos y Wegner (1994). En su versión original se encuentra conformado de 15 reactivos que se responden con base a una escala Likert de 5 opciones, tiene una consistencia interna de $\alpha=0.87$ y sus puntuaciones se han correlacionado de manera positiva con instrumentos que involucran el mismo constructo como el inventario obsesivo compulsivo de Maudsley ($r=0.38$), con el inventario de depresión de Beck ($r=0.44$) y con el inventario de ansiedad de Beck ($r=.44$), además de tener una confiabilidad de test – retest de 0.69.

En el caso de la versión obtenida para población mexicana, este se encuentra conformado por 11 reactivos que se responden con base a una escala tipo Likert de 4 opciones. Tiene una consistencia interna de $\alpha=0.85$, y se encuentra conformado por dos subescalas: la subescala de recurrencia de pensamientos con un alpha de Cronbach de 0.83 y la de supresión de pensamientos con un alpha de Cronbach de 0.76. Tiene una correlación positiva con el cuestionario de aceptación y acción ($r=.60$), el cual evalúa el mismo constructo: supresión o evitación de eventos privados (Pérez-Romero, 2014) (ver anexo 1).

Descripción Breve del manual de intervención

Se utilizó un manual de intervención basado en la prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios con dependencia sustancial a severa al alcohol y otras drogas (Quiroga & Vital, 2003) más el componente basado en el entrenamiento en la atención plena (EDAPA), a continuación se describe brevemente dicho programa:

Descripción Breve del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas;

Es un tipo de consejo para usuarios de consulta externa, que fue desarrollado durante los últimos 15 años en la Fundación de Investigación de la Adicción de Canadá y fue traducido, adaptado y modificado en México por Quiroga y Vital (2003). Es un tratamiento cognitivo–conductual–motivacional basado en la Teoría del Aprendizaje Social que tiene como propósito permitirles a las personas obtener más control sobre su uso de alcohol o droga.

El consejo PEREU está diseñado para usuarios que tienen un problema de sustancial a severo de abuso de sustancia; y desean trabajar un cambio en su uso de alcohol y otras drogas en consulta externa. Los usuarios del PEREU pueden ser hombres y mujeres con antecedentes y edades variadas, con diferentes problemas y necesidades, y que pueden iniciar el tratamiento en distintos estados de disposición al cambio. El PEREU es un programa flexible, que puede acoplarse a diferentes necesidades y metas de tratamiento de los usuarios.

Hay cinco componentes principales para el Consejo de Prevención Estructurada de Recaídas (PEREU) más un componente adicional que sirve de apoyo al componente de mantenimiento del cambio: 1. Evaluación, 2. Entrevista Motivacional, 3. Plan de Tratamiento Individualizado, 4. Procedimientos de Consejo para la Iniciación del Cambio, 5. Procedimientos de Consejo para el Mantenimiento del Cambio y 6. Fortalecimiento del mantenimiento del cambio: Atención plena, este último adicionado en el presente trabajo. A continuación se describe brevemente en qué consiste cada componente.

1.- Evaluación: esta evaluación tiene como propósito conocer el funcionamiento psicosocial, la historia, problemas y consecuencias del consumo de alcohol y de otras drogas, las razones y compromiso para el cambio, y por último, las fortalezas de enfrentamiento y debilidades con que cuenta el paciente.

2.-Entrevista Motivacional: en este momento se lleva a cabo la retroalimentación personalizada de los resultados obtenidos de la evaluación, esto ayuda al paciente a empezar a tomar una decisión para cambiar la conducta de consumo de alcohol o drogas, en este sentido la entrevista motivacional se centra en explorar las razones expresadas por el paciente para cambiar su conducta de consumo de drogas o alcohol, a través del análisis de pros y contras de llevar a cabo este cambio.

3.- Plan de tratamiento individualizado: en esta fase del tratamiento se involucra al paciente en la elaboración de su propio tratamiento, se explica al paciente en qué consistirá el tratamiento, así como el compromiso de este hacia el tratamiento, a través de la firma de un contrato conductual, así como una revisión de los disparadores más recientes de consumo, se jerarquizan también las situaciones de riesgo para poder trabajar con ellas y finalmente se establece una meta.

4.- Procedimientos de Iniciación del Cambio; esta fase del programa se centra en entrenar al paciente en estrategias que se saben son poderosas en la iniciación de un cambio de conducta como son: la evitación de situaciones de riesgo para el consumo de alcohol y drogas e involucrar a un compañero u otra persona significativa.

5.- Procedimientos para el mantenimiento del cambio: esta fase se puede considerar como la prevención de recaídas en sí, en esta fase se retiran las ayudas proporcionadas en la fase anterior y se centra en estrategias de enfrentamiento que dependen sólo del paciente, animándolo a exponerse a los disparadores de forma gradual, identificar situaciones de riesgo y practicar nuevas estrategias de enfrentamiento.

6. Mantenimiento del cambio: Atención plena. Esta etapa ayuda al paciente a mantener las ganancias de la fase de mantenimiento, así como su meta (reducción o abstinencia), a través de la integración de habilidades cognitivo-conductuales (identificación de situación de riesgo, elaboración de planes de acción ante situaciones de riesgo, automonitoreo, y psicoeducación con respecto al efecto de violación de meta) y de prácticas de atención plena. El propósito de estas práctica es incrementar la conciencia de los disparadores del consumo de sustancias adictivas, las reacciones habituales con estos, desarrollar una nueva forma de relación con estas experiencias y aprender habilidades concretas para ser usadas en situaciones de alto riesgo para el consumo de sustancias (Bowen, Chawla & Marlatt, 2011).

Diseño

Diseño experimental N=1, con 2 replicas directas. El cual queda ilustrado de la siguiente manera:

$$\begin{array}{ccccccc}
 S_1 & O_1 & X_1 & O_2 & X_2 & O_3 & \\
 & & & & & & R_1 & S_2 & O_4 & X_3 & O_5 & X_4 & O_6 \\
 & & & & & & R_2 & S_3 & O_7 & X_5 & O_8 & X_6 & O_9
 \end{array}$$

En donde:

S_1 = participante 1, S_2 = participante 2, S_3 = participante 3.

O_1 , O_4 y O_7 = línea base retrospectiva de cada participante.

X_1 , X_3 , X_5 = administración del programa PEREU a cada participante.

O_2 , O_5 , O_8 = evaluación intermedia, (PEREU vs EDAPA) en cada participante.

X_2 , X_4 , X_6 = administración del componente EDAPA a cada participante.

O_3 , O_6 , O_9 = Evaluación final de cada participante.

R_1 = Replica 1.

R_2 = Réplica 2.

Definición de variables

Definición conceptual de las variables independientes

Variable independiente 1: Prevención estructurada de recaídas basada en destrezas de enfrentamiento y de atención plena (mindfulness) y aceptación en adicción sustancial a severa a sustancias psicoactivas. Específicamente, está constituido por el programa de prevención estructurado de recaídas para estudiantes universitarios con dependencia sustancial a severa al alcohol y otras drogas (PEREU; Quiroga & Vital, 2003) más el componente de entrenamiento de destrezas de atención plena y aceptación (EDAPA; Bowen, Chawla & Marlatt, 2011). Es un tratamiento diseñado para usuarios que tienen dependencia sustancial a severa de sustancias psicoactivas. El tratamiento se encuentra integrado por los siguientes elementos: a) Evaluación, b) Entrevista Motivacional, c) Plan de tratamiento individualizado, d) Procedimiento de iniciación al cambio, e) Mantenimiento del cambio (entrenamiento en destrezas de enfrentamiento), y f) Mantenimiento del cambio (basado en la atención plena y aceptación).

Variable independiente 2: Programa de prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios con dependencia sustancial a severa al alcohol y otras drogas (PEREU; Quiroga & Vital, 2003).

Variable independiente 3: Componente de entrenamiento en destrezas de atención plena y aceptación (EDAPA; Bowen, Chawla & Marlatt, 2011).

Definición operacional de las variables independientes

La variable independiente 1 (programa de prevención estructurada de recaídas basada en destrezas de enfrentamiento y de atención plena (mindfulness) y aceptación para el mantenimiento del cambio en problemas de adicción sustancial a severa a sustancias psicoactivas), se encuentra en los componentes y procedimientos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8, especificados en el manual de tratamiento (ver sección: procedimientos) y que a continuación son descritos y especificados de forma breve:

- Componente: 1.- Evaluación: identificar si el paciente es candidato al tratamiento así como conocer la situación actual del éste.
Procedimientos: Aplicación de instrumentos: Entrevista Inicial (EI) y Escala de dependencia al alcohol (EDA – 25) y/o Prueba de Detección de Abuso de drogas (PDAD-20)
- Componente: 2.- Admisión: obtener información del paciente para diseñar una intervención personalizada como: frecuencia, cantidad, e intensidad del consumo, situaciones donde el paciente suele consumir, estadio de motivación al cambio y posible deterioro cognitivo así como el nivel de supresión de pensamientos, evitación experiencial y atención plena.
Procedimientos: Aplicación de instrumentos.
- Componente: 3.- Entrevista motivacional: generar motivación en el paciente si este se encuentra ambivalente frente a un cambio, o reafirmarla, si se encuentra instrumentando acciones para conseguirlo.
Procedimientos: Retroalimentación Personalizada, balance desiscional.
- Componente: 4.- Tratamiento individualizado: involucrar al paciente en el desarrollo de su plan de tratamiento, comprometerlo con un plan de acción concreto, establecer una meta e identificar situaciones de riesgo actuales.
Procedimientos: Firma del contrato conductual, establecimiento de la meta, Identificación de las principales situaciones de riesgo y conformación del tratamiento.
- Componente: 5.- Iniciación al cambio: el terapeuta, en colaboración con el cliente diseña estrategias para iniciar un cambio como: anticiparse a disparadores, realizar planes alternos a la conducta de consumo, recurrir a la evitación de situaciones de riesgo como estrategia de enfrentamiento inicial, así como al apoyo social.
Procedimientos: Análisis funcional del consumo de alcohol, explicación y llenado del formato del plan semanal de iniciación al cambio.
- Componente: 6.- Mantenimiento del cambio: prevención de recaídas basada en destrezas de enfrentamiento: Se expone gradualmente, al paciente a situaciones reales de la vida, que son de riesgo para el consumo, se planean estrategias dentro de la situación de riesgo, se desvanecen las ayudas internas y se diseñan tareas para la auto atribución del autocontrol por parte del paciente.
Procedimientos: Asignación de destreza de enfrentamiento, Planeación de exposición gradual a situaciones de riesgo de la vida real.
- Componente: 7.- Mantenimiento del cambio: prevención de recaídas basada en Atención Plena y Aceptación: Se mantienen las ganancias de la fase de mantenimiento, así como su meta (reducción o abstinencia) a través de la práctica de destrezas de atención plena.
Procedimientos: se inicia con una evaluación de las variables medidas en un inicio del tratamiento y con la primera de cinco sesiones que conforman este componente: 1)Piloto automático y recaída, 2) Conciencia de los disparadores y los deseos intensos, 3) Atención

plena en situaciones de alto riesgo, 4) Aceptación y acciones hábiles y 5) Ver los pensamientos como pensamientos.

- Componente: 8.- Post – Evaluación: obtener medidas en cada una de las variables, con el fin de observar el efecto e impacto de la intervención al finalizar la intervención.
Procedimientos: Aplicación de instrumentos de post-evaluación.

La variable independiente 2 (programa de prevención estructurada de recaídas para estudiantes universitarios con dependencia sustancial a severa al alcohol y otras drogas (PEREU; Quiroga & Vital, 2003), se encuentra en los componentes y procedimientos 1, 2, 3, 4, 5, 6, y 8 especificados en el manual de tratamiento (ver sección: procedimientos) y que fueron descritos previamente.

Definición operacional de la variable independiente 3:

La variable independiente 3 (componente de entrenamiento en destrezas de atención plena y aceptación (EDAPA; Bowen, Chawla & Marlatt, 2011) se encuentra en el componente y procedimiento 7, especificados en el manual de tratamiento (ver sección: procedimientos) y que fueron descritos previamente.

Definición conceptual de las variables dependientes

Variable dependiente 1. Consumo Mensual de sustancias psicoactivas: cantidad de consumo mensual de la sustancia psicoactiva consumida (ingerida, fumada) por cada usuario.

Variable dependiente 2. Supresión de pensamientos: “Intentos que los sujetos realizan por evitar tener pensamientos que experimentan, debido a que estos son considerados como poco deseables” (Wegner & Zanakos, 1994). Es importante mencionar que: para que la supresión ocurra debe de ser intencional es decir, el sujeto explícitamente decide no querer pensar en algo y lleva a cabo un plan para conseguirlo (Wegner, 1997; Wegner & Zanakos, 1994; Wegner, Schneider, Carter III & White, 1987).

Variable dependiente 3. Evitación experiencial: “Intentos de escapar, evitar o modificar eventos privados (pensamientos, recuerdos, sensaciones corporales, emociones, memorias o imágenes) aún y cuando estos intentos puedan ser contraproducentes al

provocar malestar”. De acuerdo con la Teoría de los marcos relacionales propuesta por Hayes et al. 2000, es un proceso psicológico que se origina en las mismas funciones del lenguaje y la cognición (Hayes et al. 1999; Hayes, 2004).

Variable dependiente 4. Craving: “Experiencia subjetiva de una urgencia o deseo por consumir sustancias psicoactivas, que puede ser experimentada como pensamientos intrusivos, como un impulso o motivación o un estado emocional y suele presentarse ante situaciones relacionadas previamente con el consumo” (Witkiewitz et al. 2013).

Variable dependiente 5. Destrezas de Atención plena (mindfulness): El constructo de atención plena se define como un “conjunto de destrezas que pueden ser aprendidas y practicadas con el propósito de reducir síntomas psicológicos e incrementar el bienestar subjetivo”, lo cual sugiere que es un constructo integrado de varias dimensiones, que tiene como propósito “traer la atención a la experiencia que ocurre en el momento presente sin juzgarla, aceptándola”. Entre algunas de las destrezas implicadas se encuentran: “no reaccionar a la experiencia interna, observar o atender a la experiencia interna, actuar con consciencia, etiquetar o describir con palabras y no juzgar la experiencia” (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006)

Variable dependiente 6. Autoeficacia: “Percepción o juicio de un individuo con respecto a su capacidad para llevar a cabo una conducta determinada”. En este caso el no consumir drogas o reducción de su consumo. Este constructo se desprende de la teoría del aprendizaje social propuesta por Albert Bandura (1987).

Definición operacional de las variables dependientes

Variable dependiente 1. Consumo mensual de sustancias psicoactivas: Reporte verbal mensual de cada uno de los participantes, obtenido por medio de la Línea Base Retrospectiva (M.B. Sobell & Sobell, 2003) sobre el consumo de sustancias psicoactivas llevado a cabo. En el caso del alcohol, medido en “copas estándar” (2.5 gramos de alcohol puro), para la marihuana en el número de cigarrillos fumados, para el caso de la cocaína en número de “grapas” ingeridas y para el caso del LSD en el número de “cuadros” ingeridos.

Variable dependiente 2. *Supresión de pensamientos*: Porcentaje obtenido en el inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB; Wegner & Zanakos, 1994).

Variable dependiente 3. *Evitación experiencial*: Porcentaje obtenido en el cuestionario de aceptación y acción (CAA; Hayes, Strosahl, Wilson, Bisset, Pistorello, Taormino, Polusny et al, 2004)

Variable dependiente 4. *Craving*: Porcentaje obtenido en la escala de craving al alcohol de Penn adaptada a otras drogas (ECAPOD; Flannery, Volpicelli y Pettinati, 1999),

Variable dependiente 5. *Destrezas de Atención plena (mindfulness)*: Porcentaje obtenido en cada una de las subescalas del cuestionario de cinco factores para evaluar mindfulness (CCFM; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006)

Variable dependiente 6. *Autoeficacia*: Porcentaje obtenido en cada una de las subescalas del Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (Annis, Henrie & Watkin-Merek, 1996).

Procedimiento

En primera instancia los participantes fueron reclutados de dos formas: 1) Al acudir a pedir tratamiento de manera directa al Programa de Conductas Adictivas de la Facultad de Psicología de la UNAM y 2) Cuando estos fueron canalizados por parte del Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM. Una vez solicitado se continuo con el procesos de: 1) evaluación diagnóstica; si el paciente cumplía con los criterios de admisión del programa PEREU se continuó con las siguientes fases del procedimiento, 2) evaluación propia del PEREU, 3) entrevista motivacional, 4) diseño de tratamiento, 5) iniciación al cambio, 6) Mantenimiento del cambio y 7) componente de atención plena. A continuación se describe dicho proceso así como los procedimientos que se ejecutaron en cada una de las etapas. Cada participante recibió una sesión semanal, con una duración de 90 minutos. Todas las sesiones de cada uno de los participantes fueron instrumentadas por un solo terapeuta.

➤ **Componente: 1.- Evaluación**

➤ Objetivo: Identificar si el paciente es candidato al tratamiento así como conocer la situación actual del éste

➤ Procedimientos: Establecimiento del Rapport.

- Encuadre terapéutico.
- Confirmación del motivo de consulta y análisis de la situación actual.
- Aplicación de instrumentos: Entrevista Inicial (EI) y Escala de dependencia al alcohol (EDA-25) o Prueba de Abuso de drogas (PADD-20)

➤ N° de sesiones: 1

Componente: 2.- Admisión

➤ Objetivo: Obtener información relevante del paciente para diseñar el tratamiento personalizado, tales como: frecuencia, cantidad, e intensidad del consumo, así como situaciones donde el paciente suele consumir, estadio de motivación al cambio y posible deterioro cognitivo y nivel de supresión de pensamientos, evitación experiencial y atención plena.

➤ Procedimientos: Establecimiento del Rapport.

- Encuadre terapéutico.
- Aplicación de instrumentos: Inventario de Consumo de drogas, Alcohol ISCD-50, Algoritmo de compromiso al cambio, Línea Base Retrospectiva, Pruebas de -pistas, Retención de dígitos símbolos y números, (si se considera necesario), Escala de Craving al alcohol de Penn adaptada a otras drogas (ECAP-4), Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM-30), Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA-9), Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB-11).

➤ N° de sesiones: 1

➤ **Componente: 3.- Entrevista motivacional**

➤ Objetivo: Generar la motivación necesaria en el paciente si este se encuentra ambivalente frente a un cambio o reafirmarla si se encuentra instrumentando acciones para lograr un cambio.

• Procedimientos: Establecimiento del Rapport.

- Encuadre terapéutico
- Retroalimentación Personalizada
- Balance decisonal

➤ N° de sesiones: de 1 a 2 (dependerá del grado de motivación del paciente el criterio es encontrarse en una etapa de determinación para continuar)

➤ **Componente: 4.- Tratamiento individualizado**

- Objetivo: Involucrar al paciente en el desarrollo de su plan de tratamiento, comprometerlo con un plan de acción concreto, establecimiento de una meta y del auto monitoreo e identificación de situaciones de riesgo actuales.
- Procedimientos: Establecimiento del Rapport.
 - Encuadre terapéutico
 - Establecimiento del Rapport.
 - Explicación del tratamiento.
 - Firma del contrato.
 - Establecimiento de la meta
 - Identificación de las tres principales situaciones de riesgo.
 - Lista checable y conformación del tratamiento.
 - Explicación del formato diario de auto monitoreó.

➤ N° de sesiones: 1

➤ **Componente: 5.- Iniciación al cambio**

- Objetivo: Que el paciente aprenda estrategias eficaces en el inicio de un cambio como son: anticiparse a disparadores identificados en la evaluación y los que surjan durante la semana, realizar planes alternos a la conducta de consumo y recurrir a la evitación de situaciones de riesgo como estrategia de enfrentamiento inicial, así como al apoyo social.
- Procedimientos: Éste componente se inicia con una primera sesión que se describe a continuación y el número de sesiones se extiende hasta que el paciente logra mantener un cambio estable, empleando estas estrategias, se pueden programar destreza de enfrentamiento durante estas sesiones si es necesario.
 - Sesión 1: Establecimiento del Rapport.
 - Establecimiento del Rapport.
 - Encuadre terapéutico.
 - Revisión del formato diario de auto monitoreó.
 - Aplicación del Cuestionario de Confianza Situacional para el consumo de alcohol o drogas, (CCS-A-50 ó CCS-D-50).
 - Análisis funcional del consumo de alcohol.
 - Explicación y llenado del formato del plan semanal de iniciación al cambio.
 - Sesiones típicas de iniciación (de 3 a 5)
 - Establecimiento del Rapport.
 - Encuadre terapéutico.
 - Revisión del formato diario de auto monitoreó y del plan semanal.
 - Asignación de destreza de enfrentamiento (opcional)

- Anticipación de situaciones de riesgo en la semana a través del plan semanal

➤ N° de sesiones: de 4 a 6.

➤ **Componente: 6.- Mantenimiento del cambio: prevención de recaídas basada en destrezas de enfrentamiento**

- Objetivo: se centra en exponer, gradualmente al paciente, a situaciones reales de la vida y que son de riesgo para el consumo, planear estrategias dentro de la situación de riesgo, desvanecer todas las ayudas internas y diseñar tareas para la autoatribución del autocontrol por parte del paciente.
- Procedimientos: de igual forma que como con el componente anterior, se inicia con una primera sesión típica que se describe a continuación y el número de sesiones se extiende hasta lograr los objetivos antes descritos y haber cubierto todas las destrezas seleccionadas que conformaron el plan de tratamiento del paciente.
 - Sesión 1: Establecimiento del Rapport.
 - Encuadre terapéutico.
 - Revisión del formato diario de auto monitoreo.
 - Asignación de destreza de enfrentamiento
 - Planeación de exposición gradual a situaciones de riesgo de la vida real.
 - Explicación y llenado del formato del plan semanal de mantenimiento del cambio.
- N° de sesiones propuestas para aplicar el componente : 5.

➤ **Componente: 7.- Mantenimiento del cambio: prevención de recaídas basada en Atención Plena**

- Objetivo: mantener las ganancias de la fase de mantenimiento, así como su meta (reducción o abstinencia), a través de la práctica de destrezas de atención plena. El propósito de estas práctica es: incrementar la conciencia de los disparadores del consumo de sustancias adictivas, las reacciones habituales a estos, desarrollar una nueva forma de relación con estas experiencias y aprender habilidades concretas para ser usadas en situaciones de alto riesgo para el consumo de sustancias (Bowen, Chawla & Marlatt, 2011).
- Procedimientos: Este componente se inicia con una evaluación de las variables medidas en un inicio del tratamiento y con la primera de cinco sesiones que conforman este componente y que se describe posteriormente.
 - Sesión 1:
 - ❖ Establecimiento del Raport.
 - ❖ Encuadre terapéutico.

- ❖ Revisión del formato diario de auto monitoreo.
- ❖ Aplicación de los instrumentos: Cuestionario de Confianza Situacional para el consumo de alcohol o drogas, (CCS-A-50 ó CCS-D-50), Escala de craving al alcohol de Penn adaptada a otras drogas (ECAP-4), Cuestionario de aceptación y acción (CAA - 15), Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB-11) y Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM–30)
- ❖ Se da una introducción a la prevención de recaídas basada en la atención plena
- ❖ Se indaga sobre las expectativas del participante
- ❖ Se realiza el ejercicio de “la pasa” y su relación con el piloto automático y la recaída
- ❖ Se define el concepto de ¿Que es la atención plena? al paciente
- ❖ Se realiza el ejercicio de la meditación del escaneo corporal
- ❖ Se asigna la práctica para la casa, sobre los temas revisados en la sesión
- ❖ Se hace el cierre de la sesión

- Sesión 2:

- ❖ Establecimiento del Rapport.
- ❖ Encuadre terapéutico.
- ❖ Revisión de las tareas para casa.
- ❖ Se inicia con la práctica del Escaneo Corporal
- ❖ Se revisa la tarea y los obstáculos comunes al hacerla
- ❖ Se lleva a cabo el Ejercicio de caminar por la calle (ver anexo 2, sesión 2)
- ❖ Se realiza el Ejercicio de la ola del deseo y discusión de los deseos intensos
- ❖ Se lleva a cabo la Meditación de la montaña (ver anexo 2, sesión 2)
- ❖ Se asigna la Practica para la casa, sobre los temas revisados en sesión
- ❖ Se concluye la sesión

- Sesión 3:

- ❖ Establecimiento del Rapport.
- ❖ Encuadre terapéutico.
- ❖ Revisión de las tareas para casa y de los obstáculos que se presentaran.
- ❖ Ejercicio de la Conciencia del escuchar
- ❖ Se lleva a cabo el ejercicio de la Meditación de la respiración (ver anexo 3, sesión 3)
- ❖ Se enseña la técnica del: Espacio de la respiración de la sobriedad en situaciones desafiantes

- ❖ Se asigna la Practica para la casa, sobre los temas revisados en sesión
- ❖ Se concluye la session

- Sesión 4:

- ❖ Establecimiento del Rapport.
- ❖ Encuadre terapéutico.
- ❖ Ejercicio de la meditación mientras se está sentado: sonido, respiración, sensación y pensamiento
- ❖ Se lleva a cabo el ejercicio del: Espacio de la respiración de la sobriedad
- ❖ Se discute sobre el concepto de aceptación y el de las acciones hábiles
- ❖ Se asigna la Practica para la casa
- ❖ Se concluye la session

- Sesión 5:

- ❖ Establecimiento del Rapport.
- ❖ Encuadre terapéutico.
- ❖ Ejercicio meditación sentada: pensamientos
- ❖ Ejercicio espacio de la respiración SERENA (pensamientos)
- ❖ Ejercicio ciclo de la recaída (pensamientos)
- ❖ Se asignara tarea para casa
- ❖ Se concluye la sesión

- ❖ N° de sesiones propuestas para aplicar el componente : 5.

➤ **Componente: 8.- Post – Evaluación**

- Objetivo: obtener medidas en cada una de las variables, con el fin de observar el impacto de la intervención al finalizar la intervención.
- Procedimientos: Establecimiento del Rapport.
Aplicación de instrumentos: Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISC-A-50) o Inventario de Situaciones de Consumo de Drogas (ISCD-50), Línea Base Retrospectiva, Escala de Craving de Penn (ECP), Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM-39), Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA-9), e Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB).

- ❖ N° de sesiones propuestas para aplicar el componente: 1

Resultados

La descripción de los resultados de la presente investigación se hizo de acuerdo con los objetivos planteados. Con respecto al primero de los objetivos: integración y aplicación de técnicas basadas en atención plena dentro de un programa cognitivo-conductual-motivacional, se obtuvo un programa que las integra dentro de un manual, manteniendo su coherencia conceptual y teórica. Dicho programa se encuentra integrado por 6 componentes que se administra de forma individual, en un aproximado de 20 sesiones, el cual se encuentra descrito en la sección de procedimientos, así como en el anexo 2, el cual detalla el componente integrado.

Con respecto, a los dos siguientes objetivos: evaluar la efectividad del modelo (Prevención de Recaídas basada en destrezas de enfrentamiento y de atención plena y aceptación integrado por el PEREU+EDAPA) y la contribución del EDAPA al tratamiento global, se siguió el siguiente procedimiento: para el primero de estos objetivos se determinó, para cada participante, los niveles de consumo reportados en términos de la cantidad mensual consumida de sustancia psicoactiva al inicio y al final de la investigación y en segundo lugar, se describieron los resultados obtenidos por cada participante con respecto a las variables de “supresión de pensamientos”, “evitación experiencial”, “craving”, “destrezas de atención plena” y “autoeficacia”, en la línea base retrospectiva y al concluir la intervención.

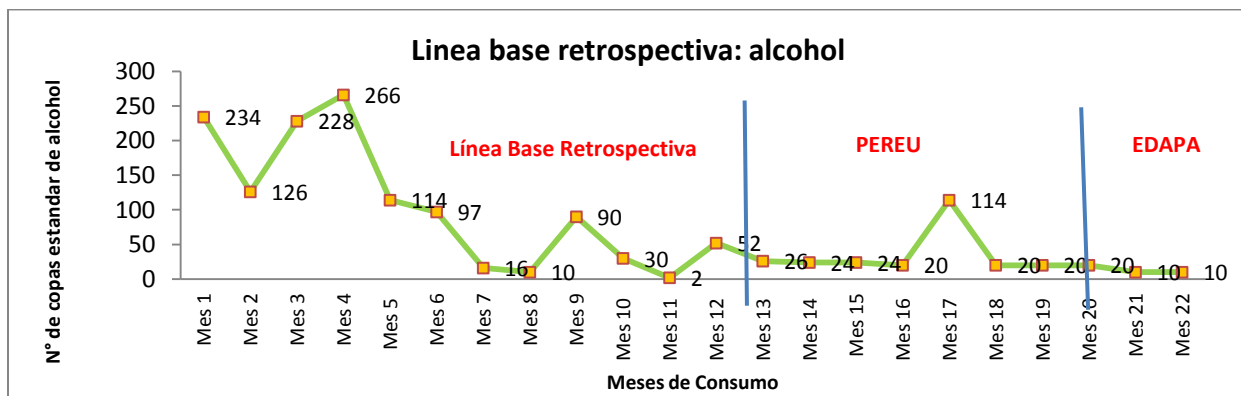
Para el segundo objetivo, se compararon los resultados obtenidos en cada una de las variables dependientes (supresión de pensamientos, evitación experiencial, craving, destrezas de atención plena y autoeficacia), obtenidos al concluir el PEREU y el EDAPA.

Resultados P1: D.B.

Línea base retrospectiva (LIBARE - A)

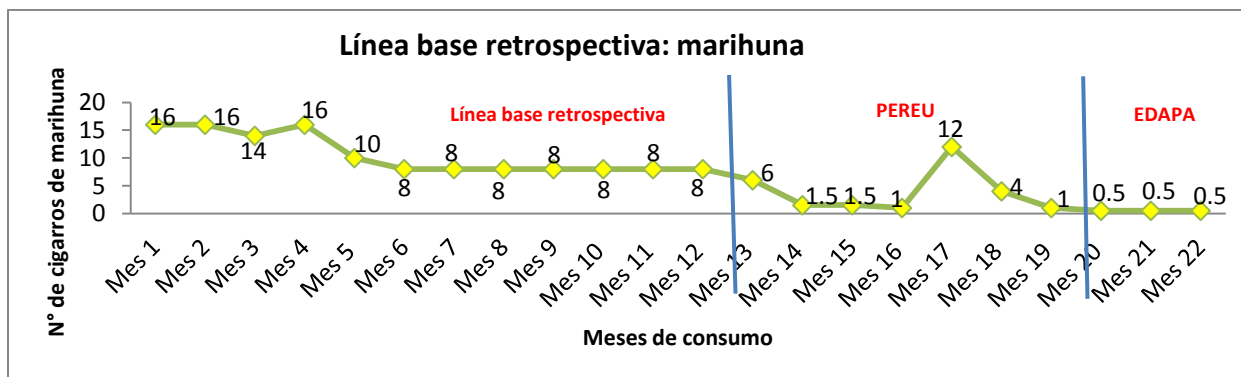
En la grafica 1 se presenta el consumo mensual de alcohol reportado por la usuaria durante la Línea Base Retrospectiva, durante la instrumentación del programa PEREU y al finalizar el componente de entrenamiento de atención plena EDAPA. En

este sentido, el participante reportó un consumo mensual promedio de 105 copas estándar de alcohol previo a la intervención, reduciéndose a 28 copas estándar por mes durante la fase PEREU+EDAPA, detectándose en la evaluación final una reducción mensual global de 74%. Por otro lado, se reporto una recaída en el mes 17.



Grafica 1. Numero de copas estándar consumidas mensualmente por la usuaria durante la Línea Base Retrospectiva, durante el programa PEREU y durante el componente de atención plena EDAPA.

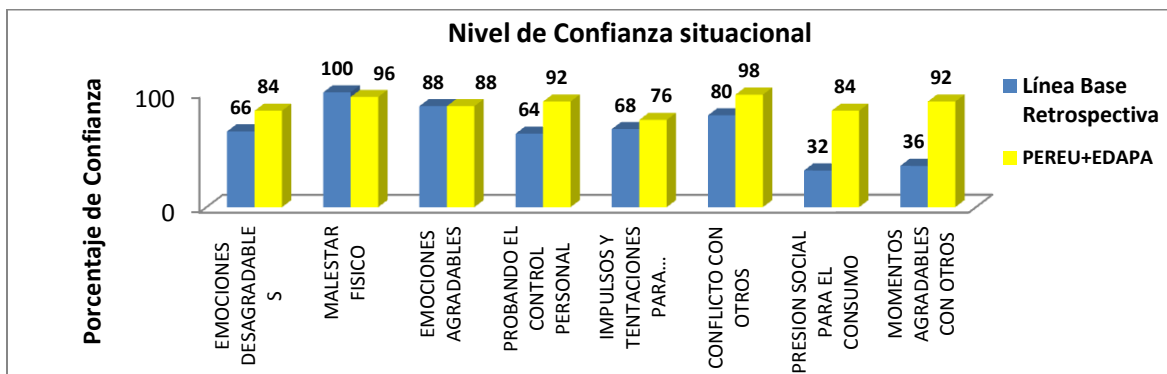
En la grafica 2 se presenta el consumo mensual de marihuana reportado por la usuaria durante la fase de Línea Base Retrospectiva, durante la instrumentación del programa PEREU y al finalizar el componente de entrenamiento de atención plena EDAPA. En este sentido, el participante reporto un consumo mensual promedio de 10 cigarrillos de marihuana previo a la intervención, reduciéndose a 3 cigarrillos por mes durante la fase de PEREU+EDAPA detectándose, en la evaluación final, una reducción mensual global de 70%. Por otro lado se reporto una recaída en el mes 17.



Grafica 2. Numero de cigarrillos de marihuana consumidos mensualmente por la usuaria durante la Línea Base Retrospectiva, durante la fase de instrumentación del programa PEREU y durante la aplicación del componente EDAPA.

En la gráfica 3 se presentan los porcentajes de confianza situacional para no consumir droga reportados por la usuario en cada una de las subescalas del CCCD-A-50 en dos momentos diferentes: durante la fase de Línea Base Retrospectiva, al finalizar la fase del programa PEREU, y al finalizar la aplicación de la fase PEREU+EDAPA. En la línea base retrospectiva se reportaron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas: “emociones desagradables” (66%); “malestar físico” (100%); “emociones agradables” (88%); “probando el control personal” (64%); “impulsos y tentaciones para consumir” (68%); “conflicto con otros” (80%); “presión social para el consumo” (32%); y “momentos agradables con otros” (36%), mientras que los porcentajes obtenidos para cada una de las subescalas al finalizar la fase PEREU+EDAPA fueron: “emociones desagradables” (84%); “malestar físico” (96%); “emociones agradables” (88%); “probando el control personal” (92%); “impulsos y tentaciones para consumir” (76%); “conflicto con otros” (98%); “presión social para el consumo” (84%); y “momentos agradables con otros” (92%).

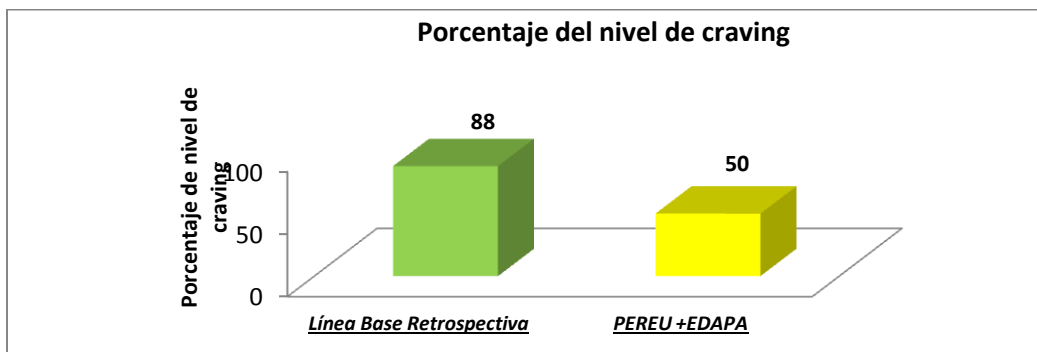
En este sentido, se reportaron incrementos en la subescalas de: “presión social para el consumo” (52%); “momentos agradables con otros” (56%); “conflicto con otros” (8%); “emociones desagradables” (18%); “impulsos y tentaciones para consumir” (8%); y “probando el control personal” (28%), por otra parte la de “emociones desagradables” se mantuvo sin cambio, en tanto que la de “malestar físico” presento un decremento del 4%.



Gráfica 3. Porcentajes de confianza de la usuaria para no consumir drogas durante las fases de “línea base retrospectiva”, y al finalizar la fase “PEREU+EDAPA”

Escala de Craving al alcohol de Penn (ECAP)

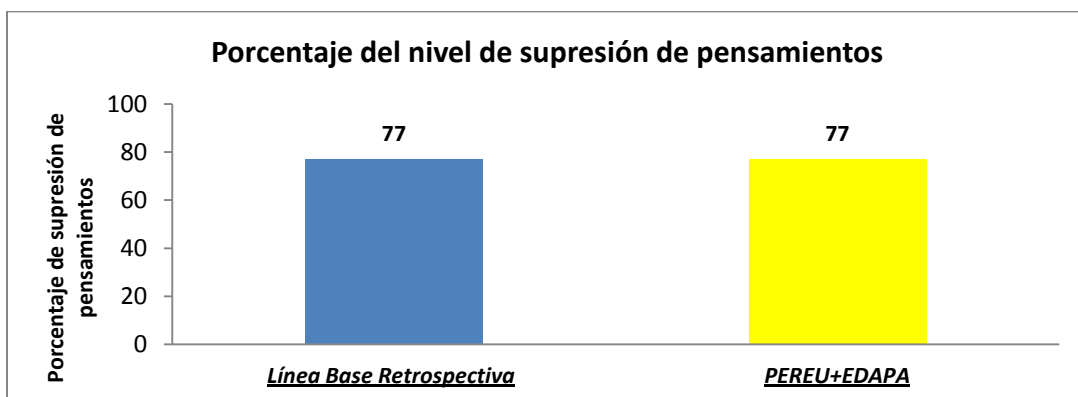
En la grafica 4 se muestran los porcentajes del Nivel de Craving reportados por esta usuaria en dos momentos diferentes: durante la línea base retrospectiva y al finalizar la fase PEREU+EDAPA. Se encontraron los siguientes porcentajes para cada fase: línea base (88%) y para la fase PEREU+EDAPA (50%), detectándose un decremento del nivel de craving después de la intervención PEREU+EDAPA del 38%.



Grafica 4. Porcentajes del nivel de craving, durante las fases de "línea base retrospectiva" y "PEREU+EDAPA"

Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB)

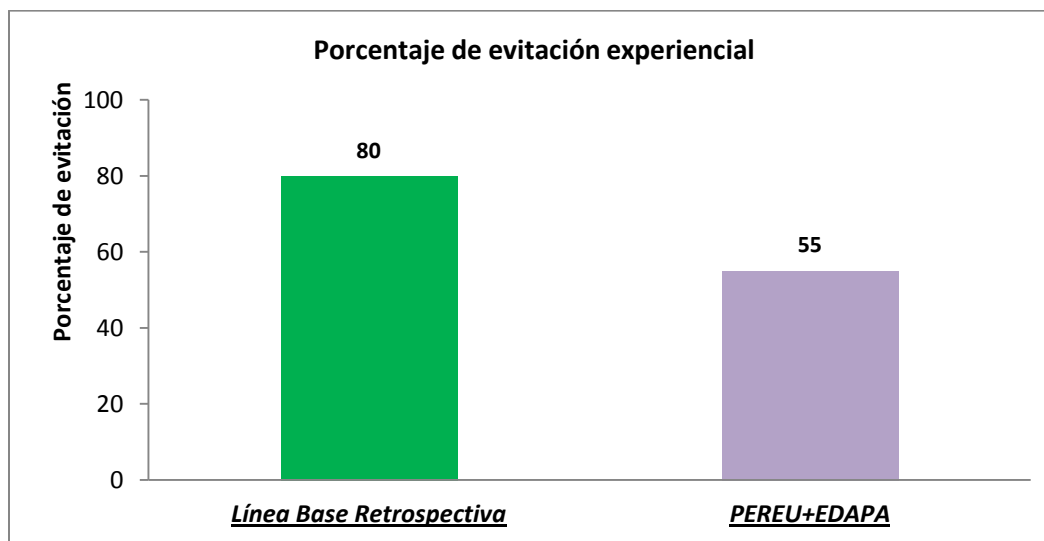
En la grafica 5 se muestran los porcentajes reportados por la usuaria en el "inventario de supresión de pensamientos", en la Línea Base Retrospectiva (77%) y al finalizar la fase PEREU +EDAPA (77%). Detectándose los mismos porcentajes (77%) en ambas mediciones.



Grafica 5. Porcentajes de supresión de pensamientos en las fases de "línea base retrospectiva" y "PEREU+ EDAPA"

Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA)

En la grafica 6 se muestran los porcentajes reportados por la usuaria en el “cuestionario de aceptación y acción”, durante la línea base retrospectiva (80%) y al finalizar la intervención PEREU+EDAPA (55%). Se detectó que el nivel de “evitación experiencial” decremento (25%) al finalizar la intervención PEREU+EDAPA. Dicho decremento indica que la usuaria tendió a evitar menos su “experiencia interna”.

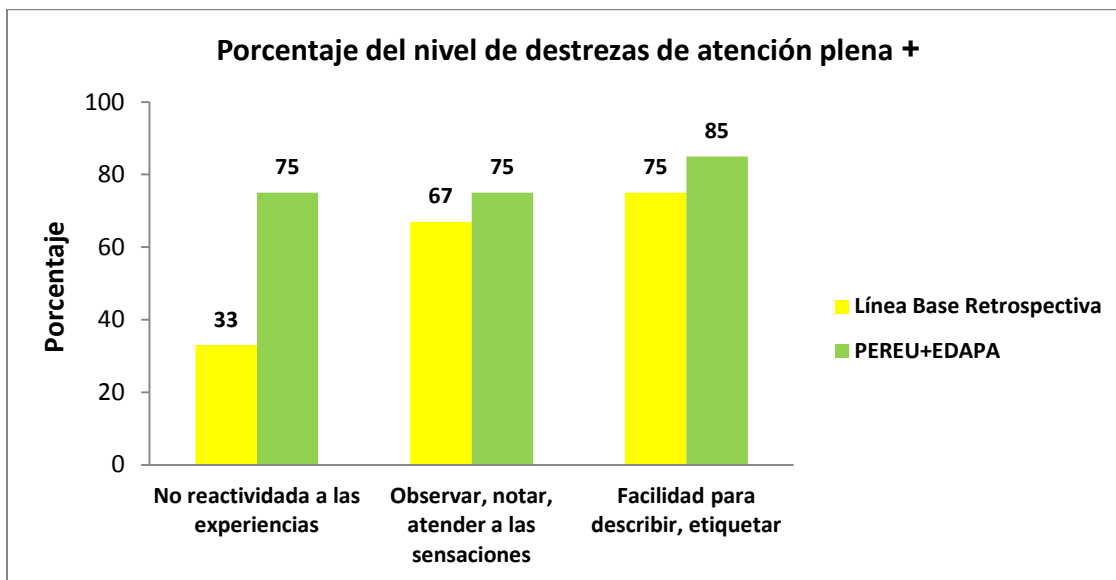


Grafica 6. Porcentajes de evitación, durante las fases “línea base retrospectiva” y “PEREU+EDAPA”

Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM - 29)

En las graficas 7 y 8 se muestran los porcentajes reportados por la usuaria en las 6 subescalas del “cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness” en dos momentos diferentes; durante la fase de línea base retrospectiva y al concluir la fase PEREU+EDAPA. En específico la grafica 7 presenta los porcentajes de: “no reactividad” (33%), “observar, atender a las sensaciones” (67%) y “facilidad para describir la experiencia” (75%), que son destrezas de atención plena. Mientras que después de la instrumentación de la fase PEREU+EDAPA se reportaron los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “no reactividad” (75%), “observar, atender las sensaciones” (75%) y “facilidad para describir la experiencia” (85%), detectándose un incremento en cada una de ellas, así, para el caso de la subescala “no reactividad a

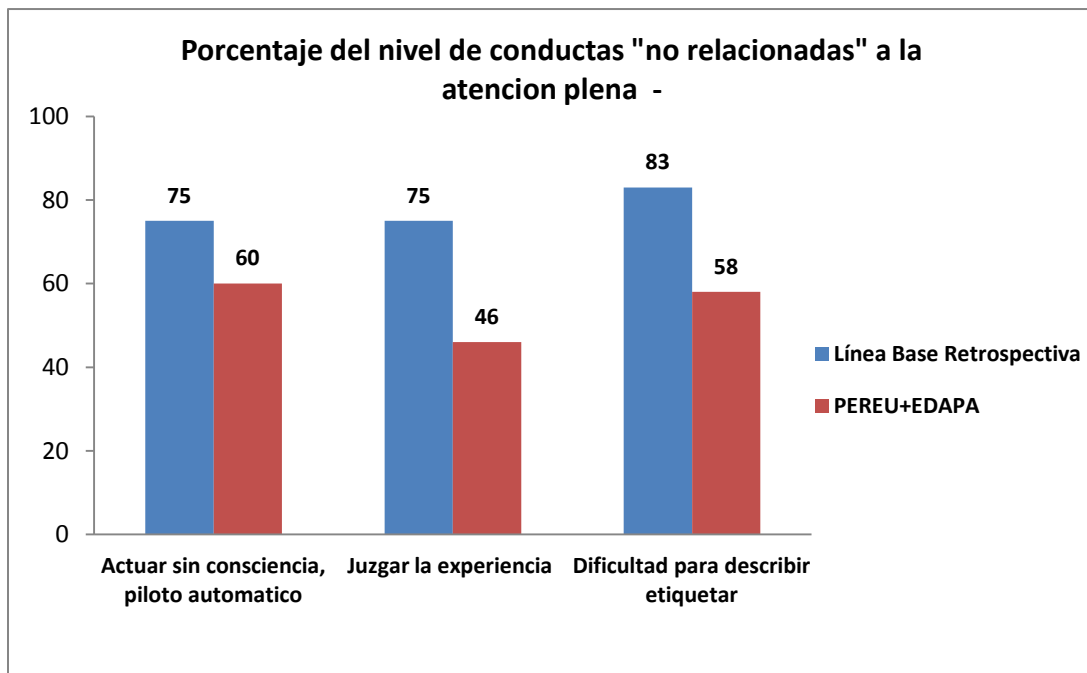
la experiencia” este fue de 42%; para la de: “observar, notar y atender a las sensaciones” fue del 8%, y por último para la de “facilidad para describir y etiquetar la experiencia” fue del 10%.



Grafica 7. Porcentajes de: “actuar sin consciencia”, “juzgar la experiencia” y “dificultad para describir la experiencia” en las fases de “Línea Base Retrospectiva” y “PEREU+EDAPA”.

Por otro parte, la grafica 8 representa los porcentajes reportados en las subescalas de: “actuar sin consciencia” (75%), “juzgar la experiencia” (75%) y “dificultad para etiquetar o describir” (83%), en dos momentos diferentes: línea base retrospectiva y al finalizar la fase PEREU+EDAPA, mientras que después de la instrumentación de la fase PEREU+EDAPA se reportaron los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “actuar sin consciencia” (60%), “juzgar la experiencia” (46%) y “dificultad para describir o etiquetar” (58%), detectándose un decremento en cada una de ellas al concluir la fase PEREU+EDAPA: en el caso de la subescala “actuar sin consciencia” fue del 15%; para la de: “juzgar la experiencia” fue del 29%, y por último, para la de “Dificultad para describir etiquetar” este fue del 25%. Estas subescalas representan la parte contraria a las habilidades de atención plena. Indican una tendencia a “juzgar la experiencia interna”, a “actuar sin consciencia de lo que ocurre en el momento presente” y, por lo tanto, podrían llevar a engancharse en conductas poco adaptativas

como el uso de sustancias psicoactivas, así como a la dificultad para poder poner en palabras eventos encubiertos.



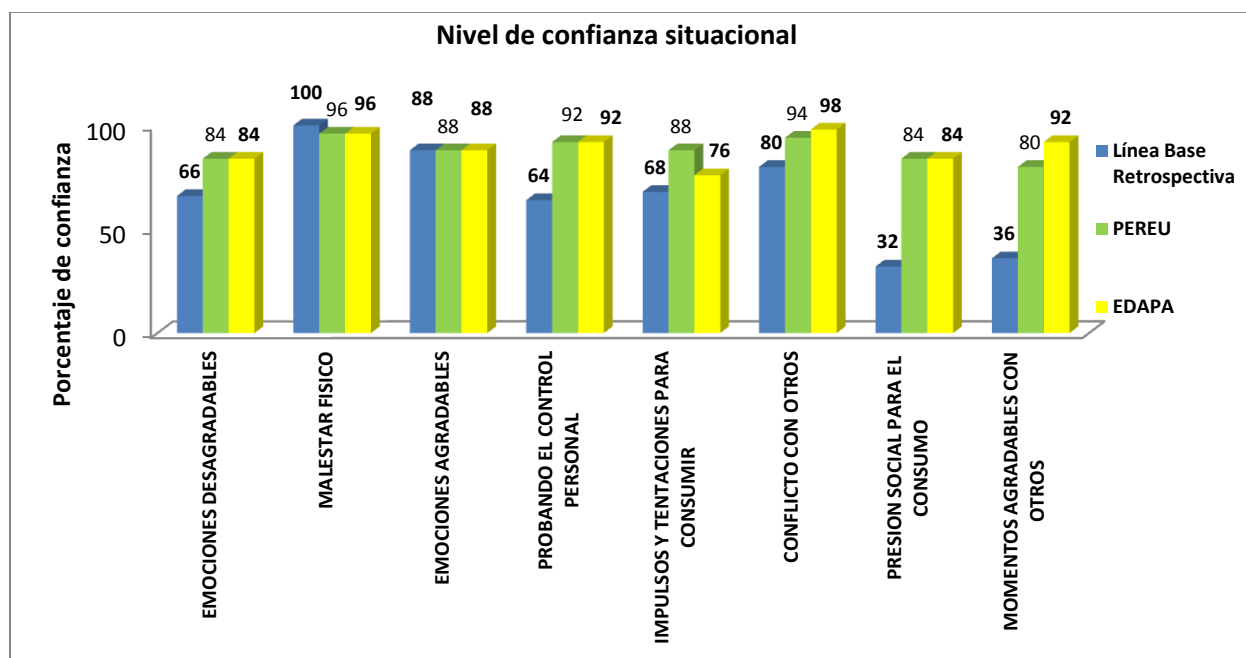
Grafica 8. Porcentajes de: “actuar sin consciencia”, “juzgar la experiencia” y “dificultad para describir la experiencia” en las fases de Línea base retrospectiva y PEREU+EDAPA.

Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD–A–50)

En la gráfica 9 se presentan los porcentajes reportados de confianza situacional de la usuaria para no consumir drogas, en tres momentos diferentes: durante la Línea Base Retrospectiva, al finalizar el programa PEREU y al finalizar el entrenamiento de atención plena y aceptación EDAPA, destacando los porcentajes detectados al finalizar el programa PEREU y el componente EDAPA. Al finalizar el programa PEREU se obtuvieron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas: “emociones desagradables” (84%); “malestar físico” (96%); “emociones agradables” (88%); “probando el control personal” (92%); “impulsos y tentaciones para consumir” (88%); “conflicto con otros” (94%); “presión social para el consumo” (84%); y “momentos agradables con otros” (80%), mientras que los porcentajes obtenidos para cada una de las subescalas al finalizar el EDAPA fueron: “emociones desagradables” (84%); “malestar físico” (96%); “emociones agradables” (88%); “probando el control personal”

(92%); “impulsos y tentaciones para consumir” (76%); “conflicto con otros” (98%); “presión social para el consumo” (84%); y “momentos agradables con otros” (92%).

Al hacerse una comparación entre los porcentajes reportados al concluir el programa PEREU con los reportados al finalizar el componente EDAPA, se encontraron incrementos en la subescalas de: “momentos agradables con otros” (12%); y “conflicto con otros” (4%); por otra parte, las subescalas de: “emociones desagradables”, “Malestar físico”, “emociones agradables”, “probando el control personal” y “presión social para el consumo” se mantuvieron sin cambios, por último la subescala de impulsos y tentaciones para consumir mostró un decremento del 12%.

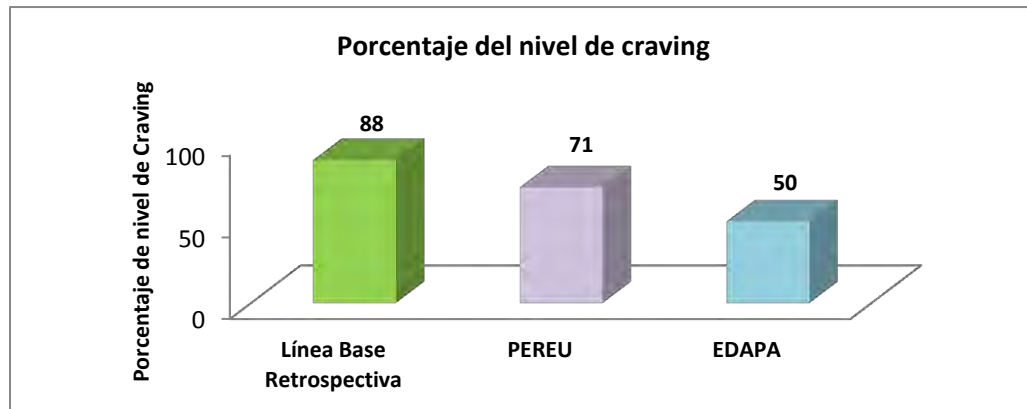


Grafica 9. Porcentajes de confianza obtenidos por la usuaria en las fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA”.

Escala de Craving al alcohol de Penn (ECAP)

En la grafica 10 se muestran los porcentajes del Nivel de Craving reportados por esta usuaria: durante las Línea Base Retrospectiva, al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente de entrenamiento de atención plena EDAPA. Se reportaron los siguientes porcentajes para cada fase: línea base (88%), programa PEREU (71%) y entrenamiento en atención plena y aceptación EDAPA (50%). Al hacerse una

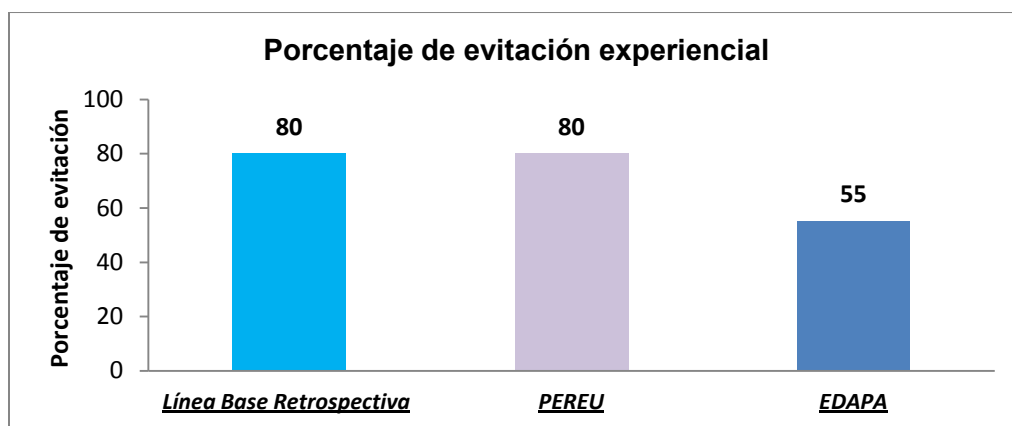
comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el PEREU y al finalizar el EDAPA se encontró un decremento del 21% en el nivel del craving.



Grafica 10. Porcentajes de Craving obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: "Línea Base Retrospectiva", "PEREU" y "EDAPA".

Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA)

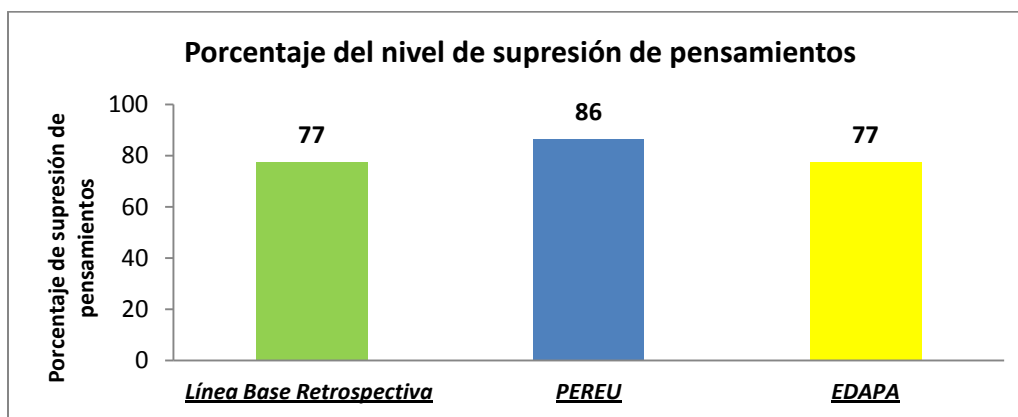
En la grafica 11 se muestran los porcentajes reportados por la usuaria en el "cuestionario de aceptación y acción" en cada fase de la intervención: línea base retrospectiva (80%); al finalizar el programa PEREU (80%); y al concluir el componente de entrenamiento de atención plena EDAPA (55%). Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el PEREU y al finalizar el EDAPA se encontró un decremento del 25%. Dicho decremento indica que la usuaria tendió a evitar menos su experiencia interna.



Grafica11. Porcentajes de evitación experiencial obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: "Línea Base Retrospectiva", "PEREU" y "EDAPA".

Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB)

En la grafica 12 se muestran los porcentajes obtenidos por la usuaria en el “Inventario de Supresión de Pensamientos”, durante la “Línea Base Retrospectiva” (77%); al finalizar el programa PEREU (86%), y al concluir el componente de entrenamiento de atención plena (77%). Se detectó un nivel de supresión de pensamientos igual, tanto al concluir el PEREU como el EDAPA, siendo menor en ambos casos en un 9% al reportado en línea base.

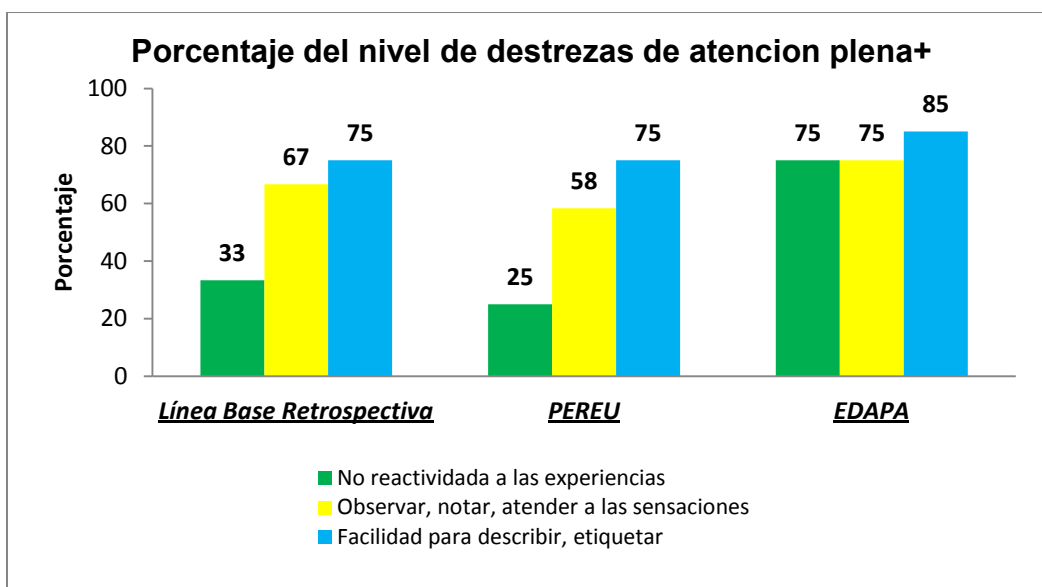


Grafica 12. Porcentajes de supresión de pensamientos obtenidos por la usuaria en tres diferentes fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA”

Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM - 29)

En las graficas 13 y 14 se muestran los porcentajes obtenidos por el paciente en las 6 subescalas del “cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness” en tres momentos diferentes; línea base, al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente EDAPA. En específico la grafica 13 representa los porcentajes de: “no reactividad”, “observar, atender a las sensaciones” y “facilidad para describir la experiencia”, que son destrezas de atención plena. Se reportaron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas después de concluir el programa PEREU: “no reactividad” (25%), “observar, atender las sensaciones” (58%) y “facilidad para describir la experiencia” (75%), mientras que después de la instrumentación del componente EDAPA se reportaron los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “no reactividad” (75%), “observar, atender las sensaciones” (75%) y “facilidad para describir la experiencia” (85%).

Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el programa PEREU con los obtenidos al finalizar el componente EDAPA se encontraron incrementos en cada una de las subescalas. En el caso de la subescala de “no reactividad” a la experiencia se detectó un incremento del 50%; para la de “observar, notar y atender a las sensaciones” se obtuvo un incremento del 17% y, por último, para la de “facilidad para describir y etiquetar la experiencia” se halló un incremento del 10%.

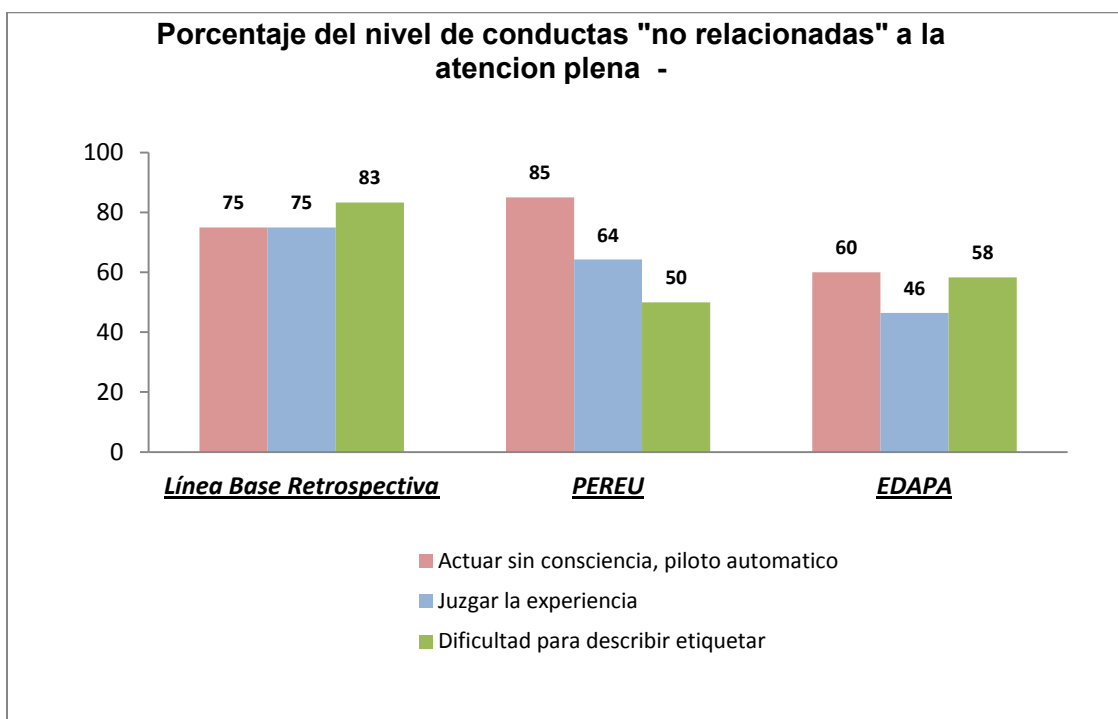


Grafica 13. Porcentajes de “No reactividad a las experiencias”, “Observar, notar, atender las sensaciones” y “Facilidad para describir” obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA”.

Por otro parte, la grafica 14 representan los porcentajes reportados en las subescalas de: “actuar sin consciencia”, “juzgar la experiencia” y la “dificultad para etiquetar o describir” en tres momentos diferentes; línea base retrospectiva, al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente EDAPA, Estas subescalas representan la parte contraria a las habilidades de atención plena. Indican una tendencia a “juzgar la experiencia interna”, “actuar sin consciencia de lo que ocurre en el momento presente” y, por lo tanto, podrían llevar a engancharse en conductas poco adaptativas como el uso de sustancias psicoactivas, así como a la dificultad para poder poner en palabras eventos encubiertos. Se reportaron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas después de concluir el programa PEREU: “actuar sin

consciencia” (85%), “juzgar la experiencia interna” (64%) y “dificultad para etiquetar o describir” (50%), mientras que después de la instrumentación del componente EDAPA se reportaron los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “actuar sin consciencia” (60%), “juzgar la experiencia” (46%) y “dificultad para describir o etiquetar” (58%).

Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el programa PEREU con los reportados al finalizar el componente EDAPA, se detectaron decrementos en las subescalas de: “actuar sin consciencia” de un 25%, y en la de “juzgar la experiencia interna” que mostró un decremento del 18%, por último, en la de “dificultad para describir o etiquetar” se detectó un incremento del 8%.

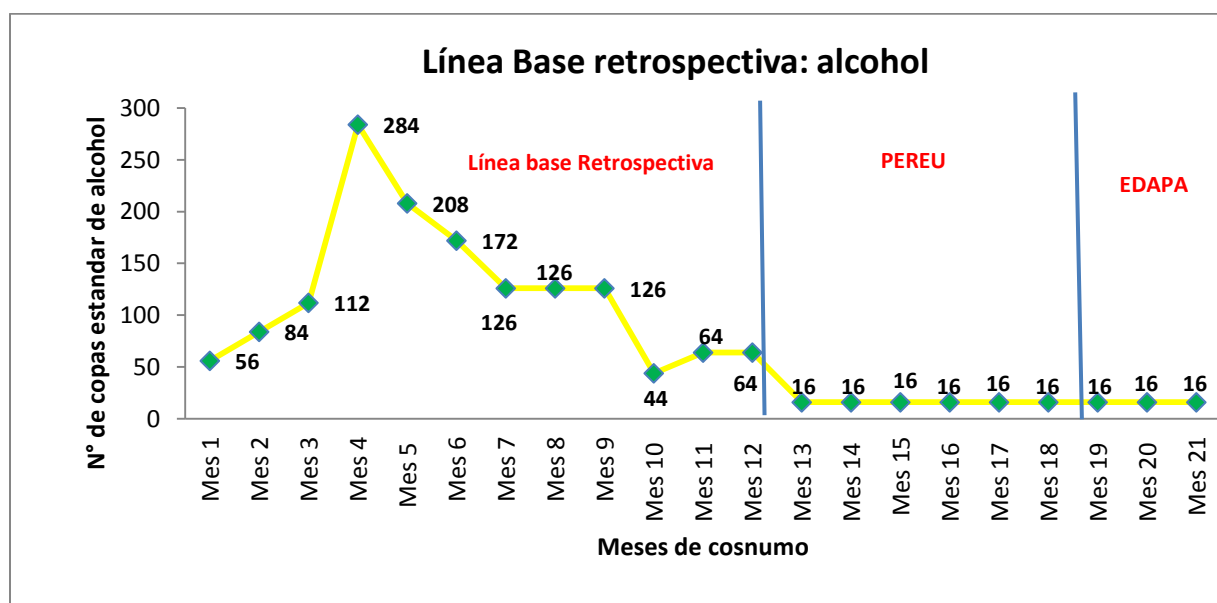


Grafica 14. Porcentajes de “Actuar sin consciencia, piloto automático”, “Juzgar la experiencia” y “Dificultad para describir” obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA”.

Resultados P2: A.L.

Línea base retrospectiva (LIBARE - A)

En la grafica 15 se presenta el consumo mensual de alcohol reportado por este usuario durante la Línea Base Retrospectiva, durante el programa PEREU y al finalizar el componente de entrenamiento de atención plena EDAPA. En este sentido el participante reporto un consumo mensual promedio de 123 copas estándar de alcohol previo a la intervención, reduciéndose a 16 copas estándar por mes durante la fase de intervención PEREU+EDAPA, detectándose en la evaluación final una reducción mensual global de 87%.

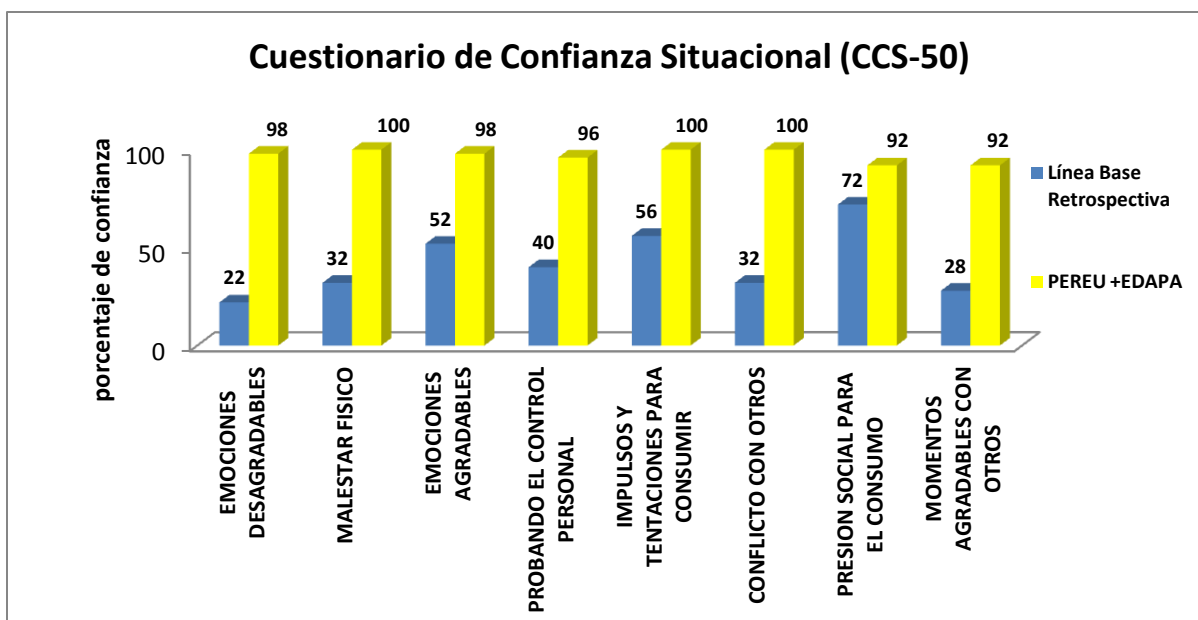


Gráfica 15. Numero de copas estándar consumidas mensualmente por el usuario durante la Línea Base Retrospectiva, durante el programa PEREU y durante el componente EDAPA.

Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50)

En la gráfica 16 se presentan los porcentajes de confianza situacional para no consumir droga reportados por el usuario en cada una de las subescalas del CCCD-A-50 en dos momentos diferentes: durante la Línea Base Retrospectiva y al finalizar la fase PEREU+EDAPA. En línea base retrospectiva se obtuvieron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas: “emociones desagradables” (22%); “malestar físico” (32%); “emociones agradables” (52%); “probando el control personal”

(40%); "impulsos y tentaciones para consumir" (56%); "conflicto con otros" (32%); "presión social para el consumo" (72%); y "momentos agradables con otros" (28%), mientras que los porcentajes obtenidos para cada una de las subescalas al finalizar la fase PEREU+EDAPA fueron: "emociones desagradables" (98%); "malestar físico" (100%); "emociones agradables" (98%); "probando el control personal" (96%); "impulsos y tentaciones para consumir" (100%); "conflicto con otros" (100%); "presión social para el consumo" (92%); y "momentos agradables con otros" (92%). En consecuencia, se reportaron incrementos en las subescalas: "emociones desagradables" (76%); "malestar físico" (68%); "emociones agradables" (46%); "probando el control personal" (50%); "impulsos y tentaciones para consumir" (46%); "conflicto con otros" (68%); "presión social para el consumo" (20%); y momentos agradables con otros (64%).

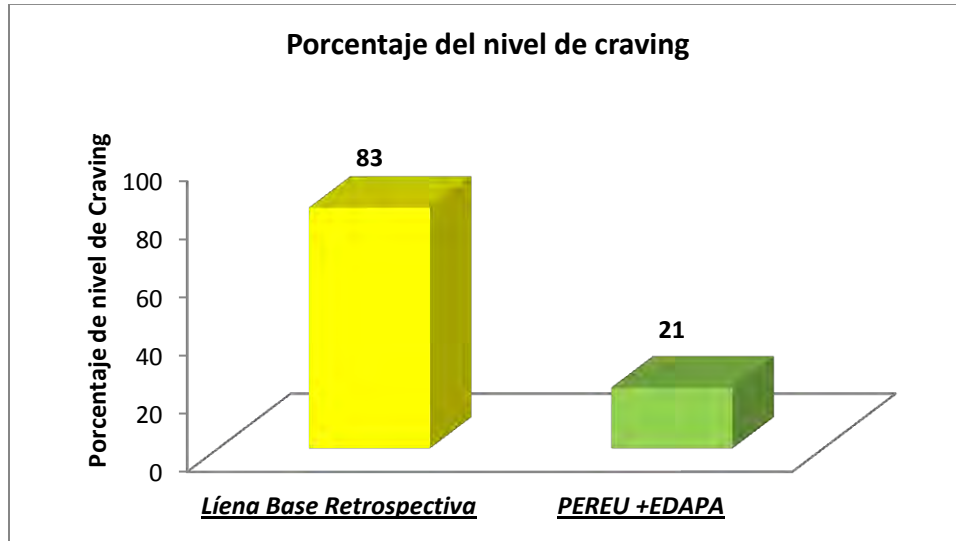


Grafica 16. Porcentajes de confianza del usuario para no consumir drogas durante las fases de línea base retrospectiva y al finalizar la fase PEREU+EDAPA.

Escala de Craving al alcohol de Penn (ECAP)

En la grafica 17 se muestran los porcentajes del Nivel de Craving reportado por el usuario en dos momentos diferentes: durante la línea base retrospectiva y al finalizar la fase PEREU+EDAPA. Se encontraron los siguientes porcentajes para cada fase:

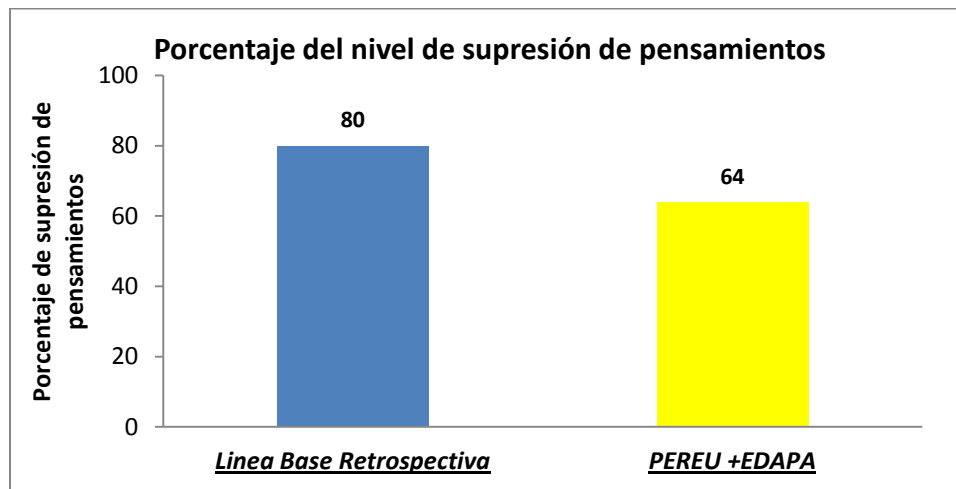
línea base (83%) y para la fase PEREU+EDAPA (21%), detectándose un decremento del nivel de craving del 62%.



Grafica 17. Porcentajes del nivel de craving, durante las fases de línea base retrospectiva y al final de la fase PEREU+EDAPA

Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB)

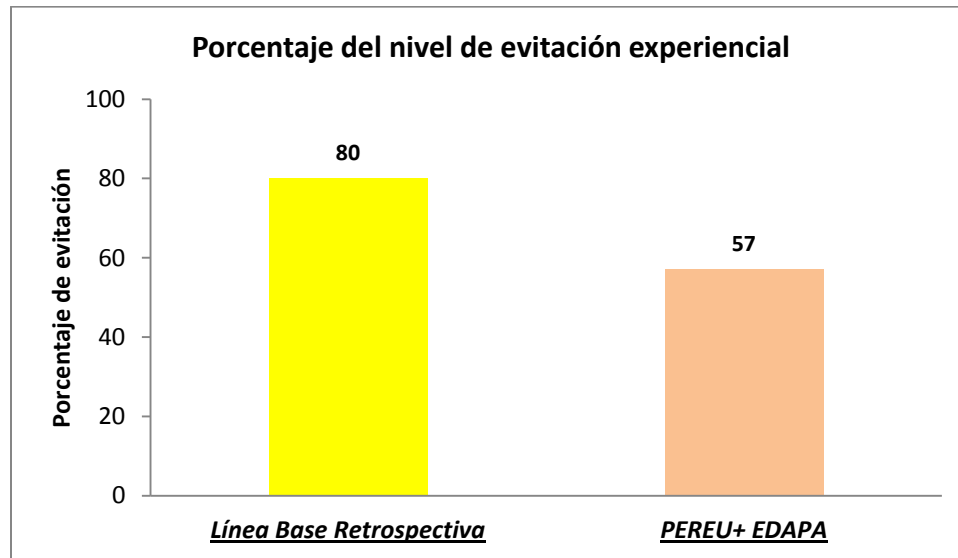
En la grafica 18 se muestran los porcentajes reportados por el usuario en el “Inventario de Supresión de Pensamientos” durante la Línea Base Retrospectiva (80%) y al finalizar la fase PEREU +EDAPA (64%), en este sentido se detectó un decremento del nivel de “supresión de pensamientos” del 16%.



Grafica 18. Porcentajes de supresión de pensamientos en las fases de línea base retrospectiva y PEREU+ EDAPA.

Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA)

En la grafica 19 se muestran los porcentajes reportados por la usuaria en el “cuestionario de aceptación y acción” durante la línea base retrospectiva (80%) y al finalizar la fase PEREU+EDAPA (57%), al hacerse la comparación se detectó que el nivel de “evitación experiencial” decremento en un 23%. Dicho decremento indicó que la usuaria tendió a evitar menos su “experiencia interna”.

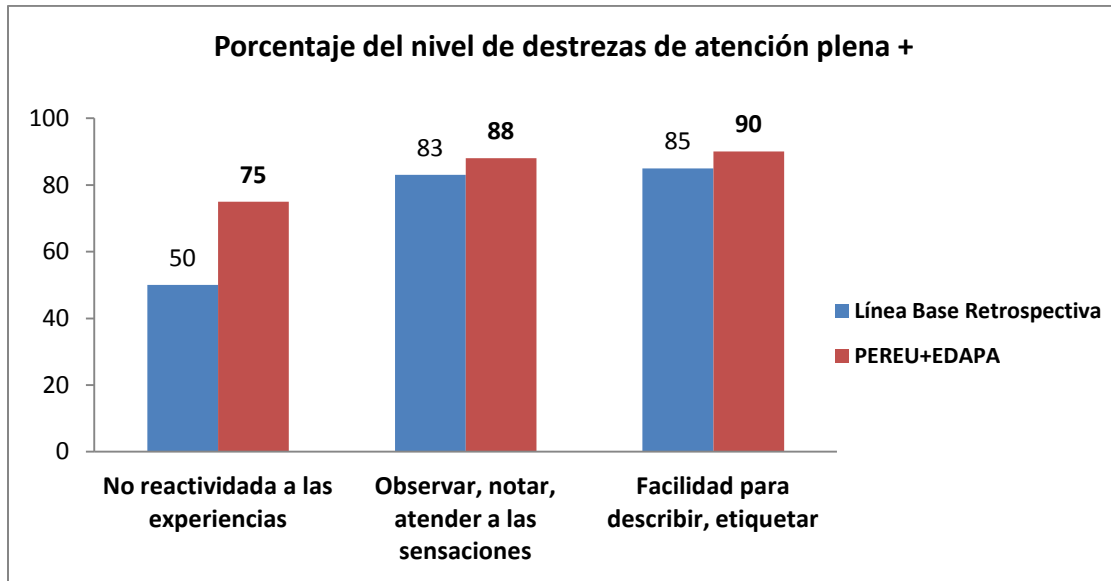


Grafica 19. Porcentajes de evitación, durante las fases de línea base retrospectiva y PEREU+EDAPA

Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM - 29)

En las graficas 20 y 21 se muestran los porcentajes obtenidos por este paciente en las 6 subescalas del “cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness” en dos momentos diferentes; durante la línea base retrospectiva y al concluir la fase PEREU+EDAPA. En específico, la gráfica 20 presenta los porcentajes de: “no reactividad” (50%), “observar, atender a las sensaciones” (83%) y “facilidad para describir la experiencia” (85%), que son destrezas de atención plena. mientras que después de la instrumentación de la fase PEREU+EDAPA, se reportaron los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “no reactividad” (75%), “observar, atender las sensaciones” (88%) y “facilidad para describir la experiencia” (90%), detectándose un incremento en cada una de ellas, así, para el caso de la subescala “no reactividad a la experiencia” este fue de 25%; para la de “observar, notar y a atender a las

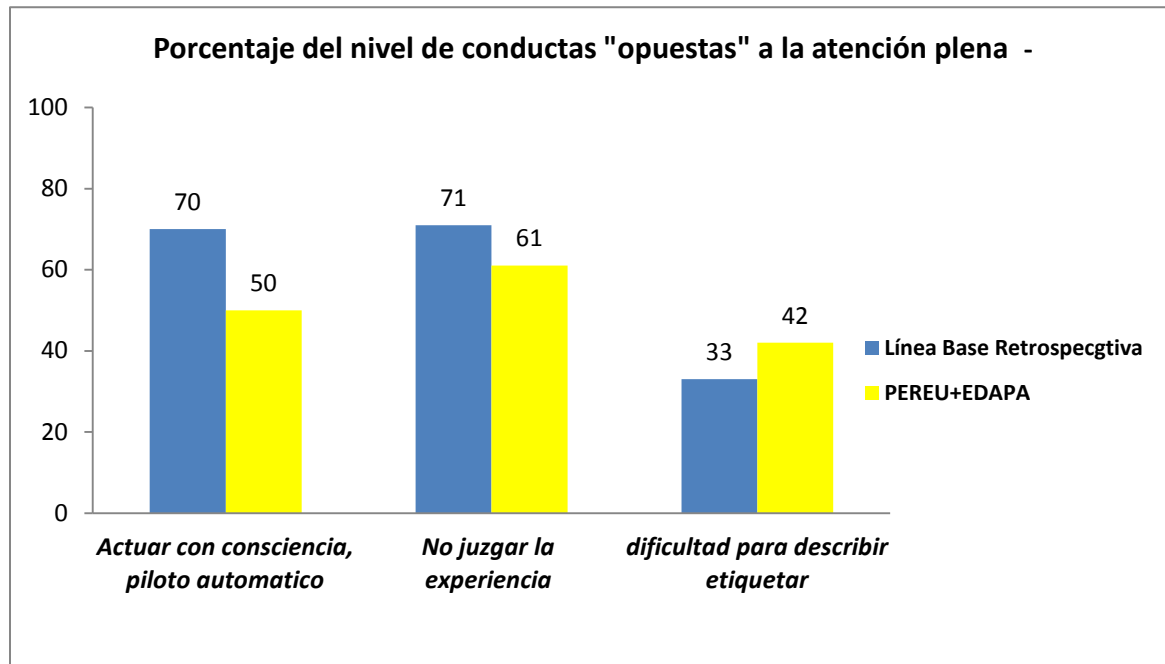
sensaciones” fue del 5%, y por último para la de “facilidad para describir y etiquetar la experiencia” fue del 5%.



Grafica 20. Porcentajes de “no reactividad a la experiencia”, “observar, notar, atender a las sensaciones” y “Facilidad para describir, etiquetar”, en las fases de “línea base retrospectiva” y “PEREU+EDAPA”

Por otro parte, la grafica 21 representa los porcentajes obtenidos en las subescalas de: “actuar sin consciencia” (70%), “juzgar la experiencia” (71%) y la “dificultad para etiquetar o describir” (33%), en dos momentos diferentes: línea base retrospectiva y al finalizar la fase PEREU+EDAPA, mientras que después de la instrumentación de la fase PEREU+EDAPA se reportaron los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “actuar sin consciencia” (50%), “juzgar la experiencia”(61%) y “dificultad para describir o etiquetar” (42%), detectándose un decremento en las siguientes subescalas al concluir la fase PEREU+EDAPA: En el caso de la subescala “actuar sin consciencia” se detectó un decremento del 20%; para la de: “juzgar la experiencia” se detectó un decremento del 10% y, por último, para la de “dificultad para describir etiquetar” se halló un incremento del 9%. Estas subescalas representan la parte contraria a las habilidades de atención plena. Indican una tendencia a “juzgar la experiencia interna”, a “actuar sin consciencia de lo que ocurre en el momento presente” y, por lo tanto, podrían llevar a engancharse en conductas

poco adaptativas como el uso de sustancias psicoactivas, así como a la dificultad para poder poner en palabras eventos encubiertos.



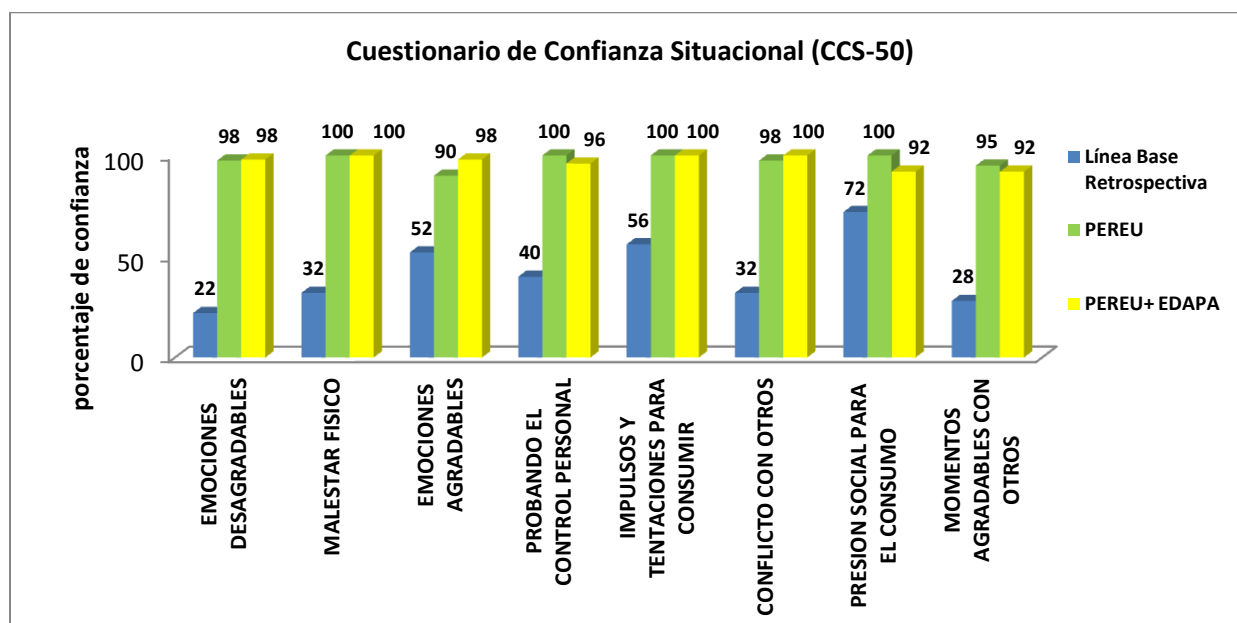
Grafica 21. Porcentajes de: “actuar sin consciencia”, “juzgar la experiencia” y “dificultad para describir la experiencia” en las fases de Línea Base Retrospectiva y PEREU+EDAPA.

Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50)

En la gráfica 22 se presentan los porcentajes de confianza situacional reportados por parte del usuario para no consumir drogas, en tres momentos diferentes: durante la línea base retrospectiva, al finalizar el programa PEREU y después del entrenamiento del componente de atención plena EDAPA, destacándose los porcentajes detectados al finalizar el programa PEREU y el componente EDAPA. Al finalizar el programa PEREU se reportaron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas: “emociones desagradables” (98%); “malestar físico” (100%); “emociones agradables” (90%); “probando el control personal” (100%); “impulsos y tentaciones para consumir” (100%); “conflicto con otros” (98%); “presión social para el consumo” (100%); y “momentos agradables con otros” (95%), mientras que los porcentajes obtenidos para cada una de las subescalas al finalizar el componente EDAPA fueron: “emociones desagradables” (98%); “malestar físico” (100%);

“emociones agradables” (98%); “probando el control personal” (96%); “impulsos y tentaciones para consumir” (100%); “conflicto con otros” (100%); “presión social para el consumo” (92%); y “momentos agradables con otros” (92%).

Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el programa PEREU con los obtenidos al finalizar el componente EDAPA, se encontraron incrementos en la subescalas de: “emociones agradables” (8%); y “conflicto con otros” (2%); por otra parte las de “emociones desagradables”, “emociones agradables”, e “impulsos y tentaciones” se mantuvieron sin cambios, por último en las siguientes subescalas se encontró un incremento: “probando el control personal” (4%); “presión social para el consumo” (8%); y “momentos agradables con otros” (3%).

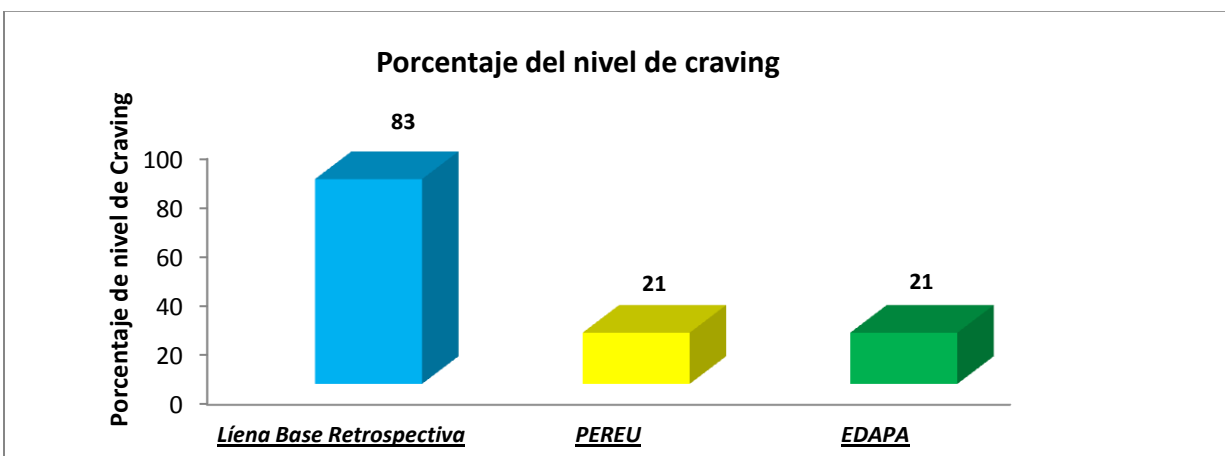


Grafica 22. Porcentajes de confianza obtenido por el usuario en tres fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA”.

Escala de Craving al alcohol de Penn (ECAP)

En la grafica 23 se muestran los porcentajes del Nivel de Craving reportadas por el usuario durante la línea base retrospectiva, al concluir el programa (PEREU) y al finalizar el componente de atención plena (EDAPA). Se reportaron los siguientes porcentajes para cada fase: línea base (83%), programa PEREU (21%) y componente de entrenamiento en atención plena y aceptación EDAPA (21%). Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos

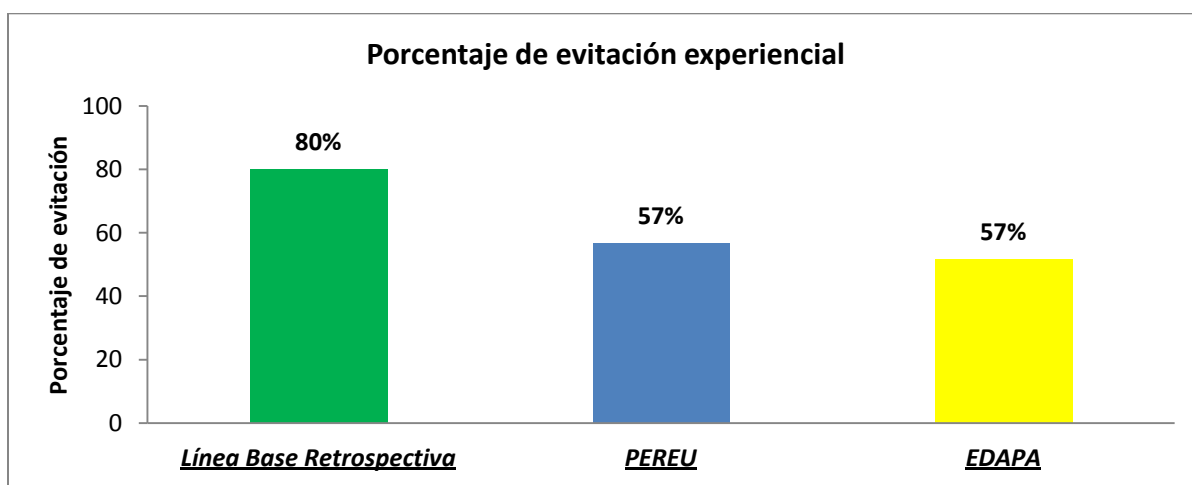
al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente EDAPA no se observaron diferencias.



Grafica23. Porcentajes del nivel de craving del usuario en tres diferentes fases: "Línea Base Retrospectiva", "PEREU" y "EDAPA".

Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA)

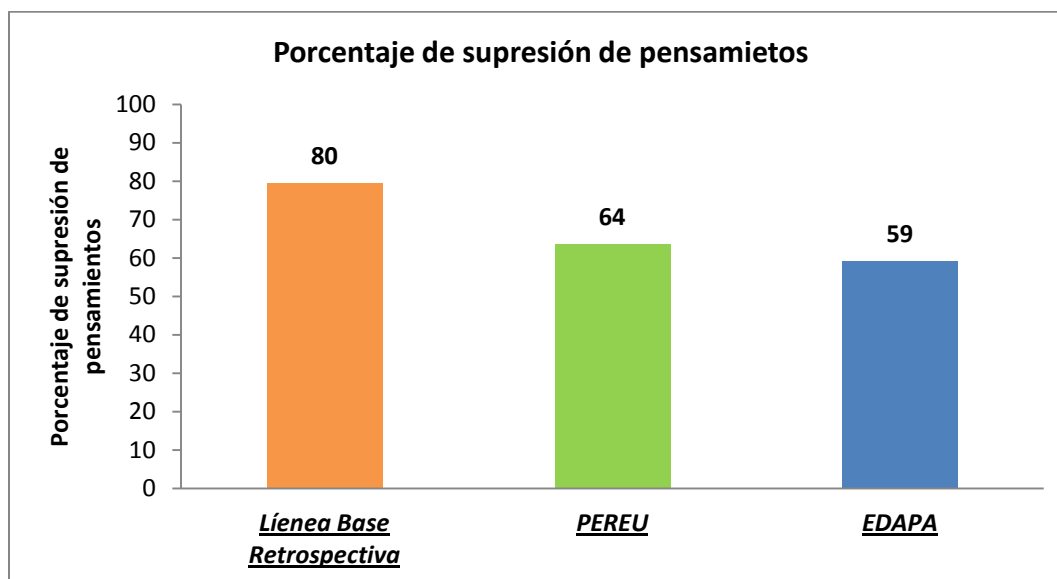
En la grafica 24 se muestran los porcentajes reportados por la usuaria en el "cuestionario de aceptación y acción" en cada fase de la intervención: línea base retrospectiva (80%); al finalizar el programa PEREU (57%); y al concluir el componente de atención plena EDAPA (57%). Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el PEREU y al finalizar el EDAPA no se encontraron diferencias.



Grafica 24. Porcentajes de evitación experiencial, del usuario en tres diferentes fases: "Línea Base Retrospectiva", "PEREU" y "EDAPA".

Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB)

En la grafica 25 se muestran los porcentajes obtenidos por el usuario en el “Inventario de Supresión de Pensamientos” durante la línea base retrospectiva (80%); al finalizar el programa PEREU (64%), y al concluir el componente de atención plena EDAPA (59%). Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente EDAPA se detectó un decremento del 5%.



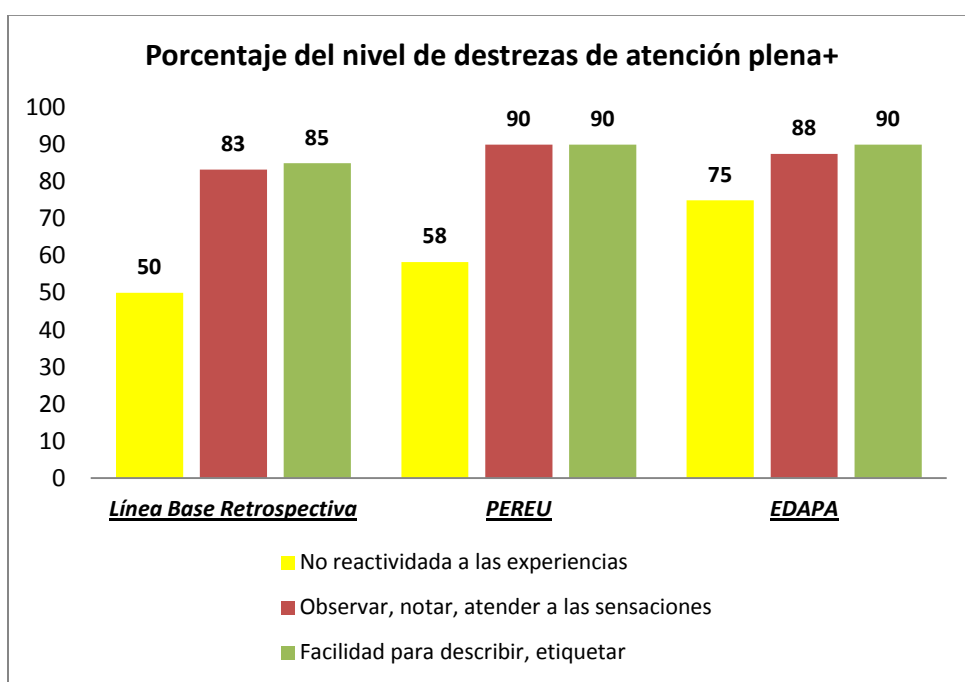
Grafica 25. Porcentajes de supresión de pensamientos obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA

Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM - 29)

En las graficas 26 y 27 se muestran los porcentajes obtenidos por el usuario en las 6 subescalas del “cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness” en tres momentos diferentes; línea base retrospectiva, al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente EDAPA. En específico, la grafica 26 presenta los porcentajes de: “no reactividad”, “observar, atender a las sensaciones” y “facilidad para describir la experiencia”, que son destrezas de atención plena. Se reportaron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas después de concluir el programa PEREU: “no reactividad” (58%), “observar, atender las sensaciones” (90%) y “facilidad para describir la experiencia” (90%), mientras que después de la instrumentación del

componente EDAPA se reportaron los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “no reactividad” (75%), “observar, atender las sensaciones” (88%) y “facilidad para describir la experiencia” (90%).

Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el programa PEREU con los obtenidos al finalizar el componente EDAPA se encontró un incremento en la subescala de “no reactividad” del 17%, mientras que hubo un decremento para la de “Observar, atender a las sensaciones” del 2% y por último la de “facilidad para describir y etiquetar la experiencia” no mostro cambios.

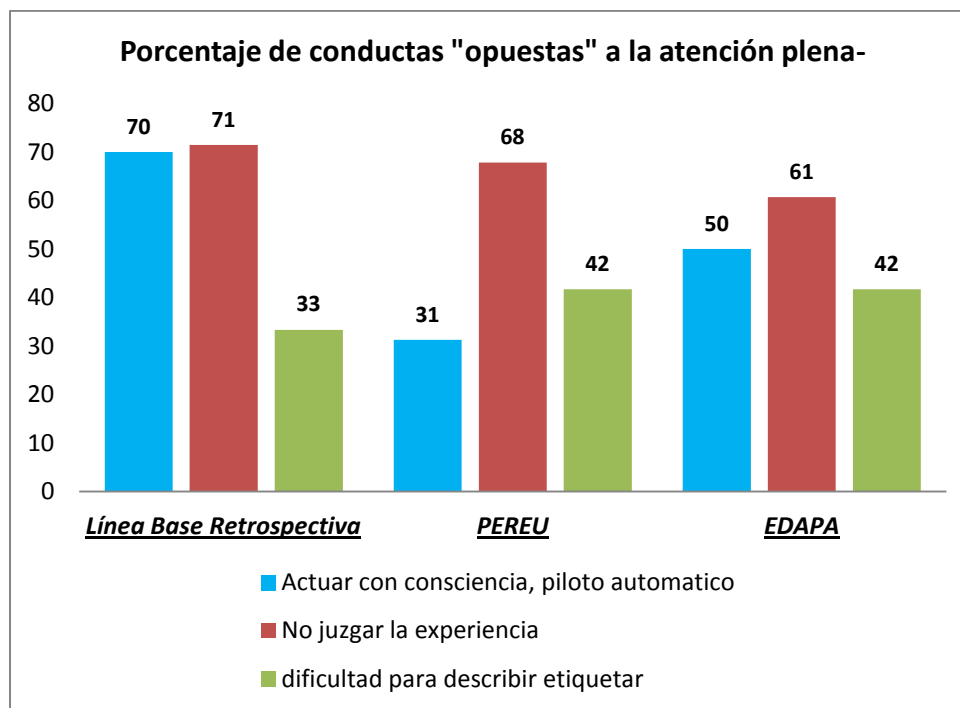


Grafica 26. Porcentajes de “no reactividad”, “observar, notar y atender las sensaciones” y “facilidad para describir” obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA”

Por otro parte, en la grafica 27 se presentan los porcentajes obtenidos por este usuario en las subescalas de: “actuar sin consciencia”, “juzgar la experiencia” y la “dificultad para etiquetar o describir” en tres momentos diferentes; línea base retrospectiva, al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente EDAPA. Estas subescalas representan la parte contraria a las habilidades de atención plena. Indican una tendencia a “juzgar la experiencia interna”, a “actuar sin consciencia de lo que ocurre en el momento presente” y, por lo tanto, podrían llevar a engancharse en

conductas poco adaptativas como el uso de sustancias psicoactivas, así como a la dificultad para poder poner en palabras eventos encubiertos. Se reportaron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas después de concluir el programa PEREU: “actuar sin consciencia” (31%), “juzgar la experiencia interna” (68%) y “dificultad para etiquetar o describir” (42%), mientras que después de la instrumentación del componente EDAPA se reportaron los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “actuar sin consciencia” (50%), “juzgar la experiencia” (61%) y “dificulta para describir o etiquetar” (42%).

Al hacer una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el programa PEREU con los obtenidos al finalizar el componente EDAPA se encontró un incremento en la subescala de “actuar sin consciencia” 19%, mientras que hubo un decremento en la de “No Juzgar la experiencia” 7% y, por último, en la de “dificultad para describir o etiquetar la experiencia” no mostro cambios.

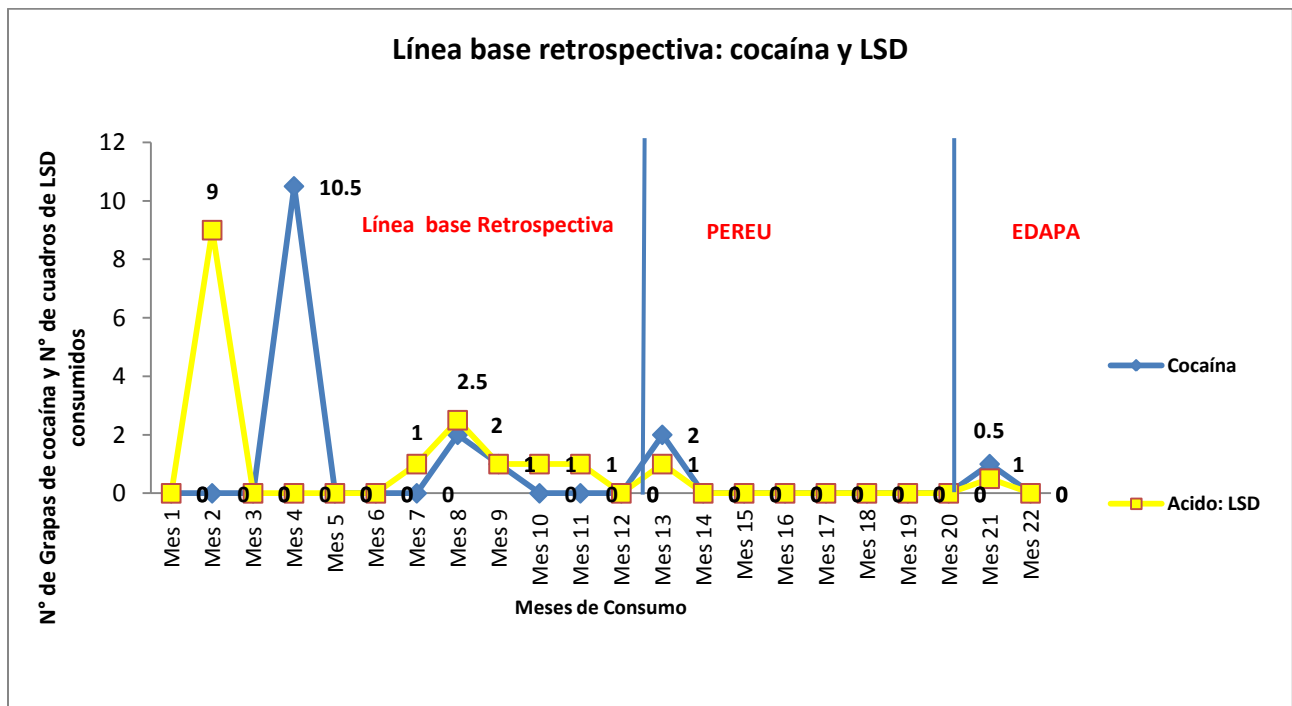


Grafica 27. Porcentajes de “Actuar con consciencia”, “No juzgar la experiencia” y “Dificultad para describir” obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA”

Resultados P3: A.V.

Línea base retrospectiva (LIBARE - D)

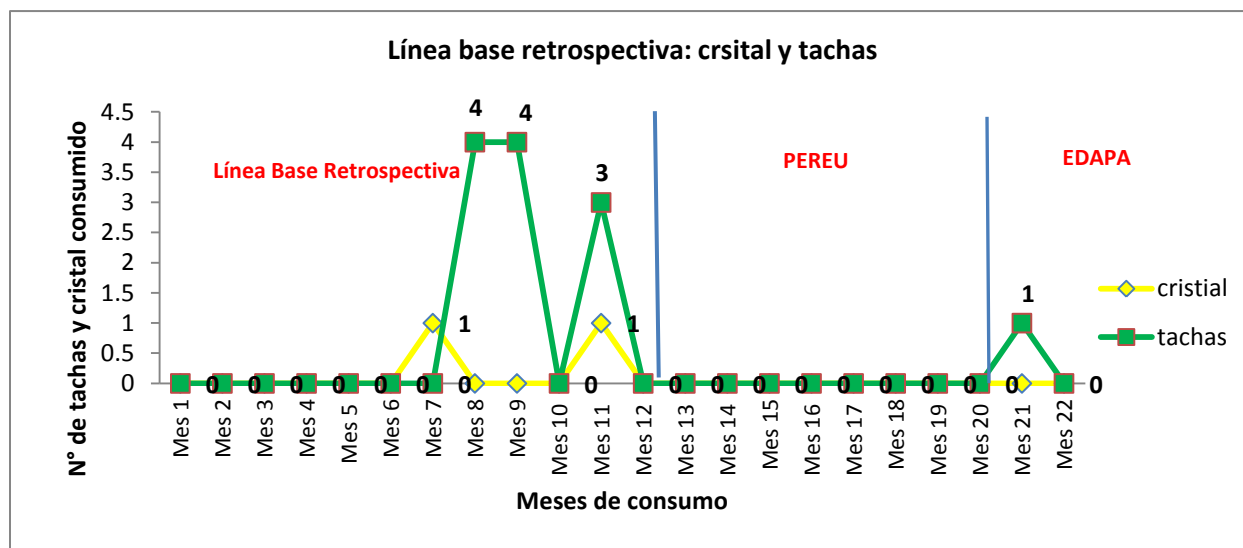
En la grafica 28 se presenta el consumo mensual de LSD y cocaína reportada para este usuario durante la Línea Base Retrospectiva, durante el programa PEREU y durante el Componente de Entrenamiento de atención plena EDAPA. En este sentido el participante reporto un consumo mensual de entre 1 y 2.5 “cuadros” de LSD y de entre 1 y 10.5 “grapas” de cocaína previo a la intervención, logrando mantener la abstinencia al finalizar la instrumentación de la fase PEREU+EDAPA. Cabe señalar que se registró una caída en el mes 21.



Gráfica 28. Numero de grapas y cuadros de LSD consumidos mensualmente por el paciente durante la Línea Base Retrospectiva, durante el programa PEREU y al finalizar la instrumentación de la fase PEREU+EDAPA

En la grafica 29 se presenta el consumo mensual de “cristal” y “tachas” de este usuario durante la fase de Línea Base, durante el programa PEREU y durante el Componente de Entrenamiento de Atención Plena EDAPA. En este sentido el participante reporto un consumo mensual de entre 1 y 4 “tachas” previo a la

intervención, logrando mantener la abstinencia al finalizar la fase PEREU+EDAPA, cabe señalar que se registró una caída en el mes 21.

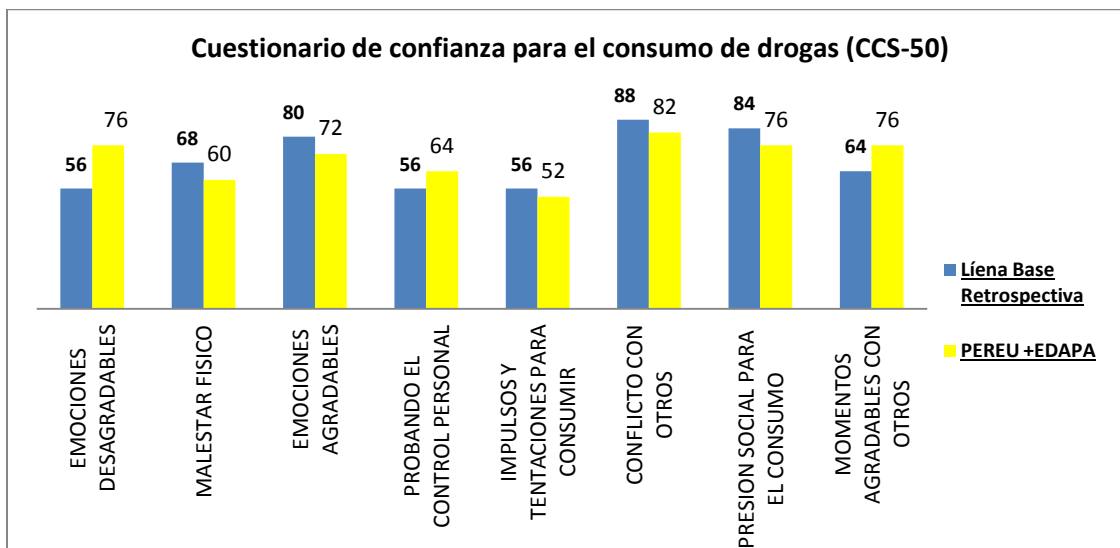


Grafica 29. Numero de “grapas” y “cuadros” de LSD reportados consumidos mensualmente por el paciente durante la fase de Línea Base retrospectiva y al finalizar la fase PEREU+EDAPA

Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50)

En la gráfica 30 se presentan los porcentajes de confianza situacional para no consumir droga reportados por el usuario en cada una de las subescalas del CCCD-A-50 en dos momentos diferentes: durante la línea base retrospectiva y al finalizar la fase PEREU+EDAPA. En línea base se obtuvieron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas: “emociones desagradables” (56%); “malestar físico” (68%); “emociones agradables” (80%); “probando el control personal” (56%); “impulsos y tentaciones para consumir” (56%); “conflicto con otros” (88%); “presión social para el consumo” (84%); y “momentos agradables con otros” (64%), mientras que los porcentajes obtenidos para cada una de las subescalas al finalizar la fase PEREU+EDAPA fueron: “emociones desagradables” (76%); “malestar físico” (60%); “emociones agradables” (72%); “probando el control personal” (64%); “impulsos y tentaciones para consumir” (52%); “conflicto con otros” (82%); “presión social para el consumo” (76%); y “momentos agradables con otros” (76%). En consecuencia, Se reportaron incrementos en las subescalas: “emociones desagradables” (20%); “probando el control personal” (8%); “Momentos agradables con otros” (12%) y

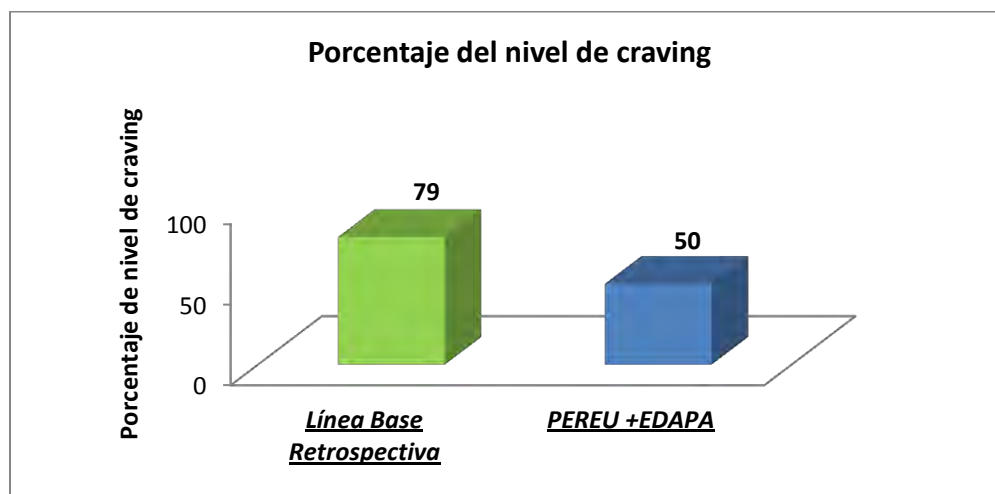
decrementos para las subescalas de: “malestar físico” (8%), emociones agradables (8%), “impulsos y tentaciones para consumir” (4%); y “conflicto con otros” (6%); presión social para el consumo (8%).



Grafica 30. Porcentajes de confianza obtenidos por el usuario en las fases de Línea Base Retrospectiva y PEREU+EDAPA.

Escala de Craving al alcohol de Penn (ECAP)

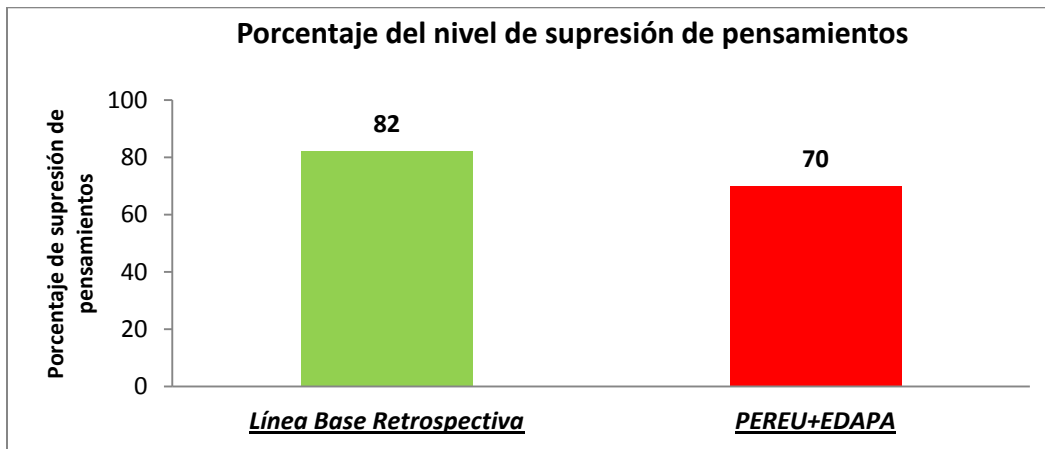
En la grafica 31 se muestran los porcentajes del Nivel de Craving reportados por este usuario en dos momentos diferentes: durante la Línea Base Retrospectiva (79%) y al finalizar la fase PEREU+EDAPA (50%), detectándose un decremento del nivel de craving después de la fase PEREU+EDAPA del 29%.



Grafica 31. Porcentajes de craving obtenidos por el usuario en las fases de Línea Base Retrospectiva y PEREU+EDAPA.

Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB)

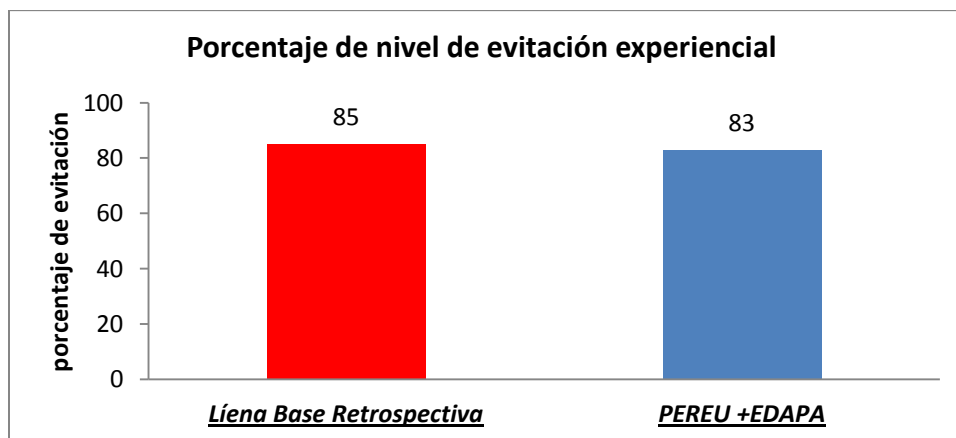
En la grafica 32 se muestran los porcentajes obtenidos por el paciente en el “Inventario de supresión de pensamientos”, en las fases de Lina Base Retrospectiva (82%) y al finalizar la fase PEREU+EDAPA (70%). Sé encontró un decremento del nivel de supresión de pensamientos después de la intervención PEREU+EDAPA del 12%.



Grafica 32. Porcentajes del supresión de pensamientos en dos momentos: línea base y PEREU+ EDAPA

Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA)

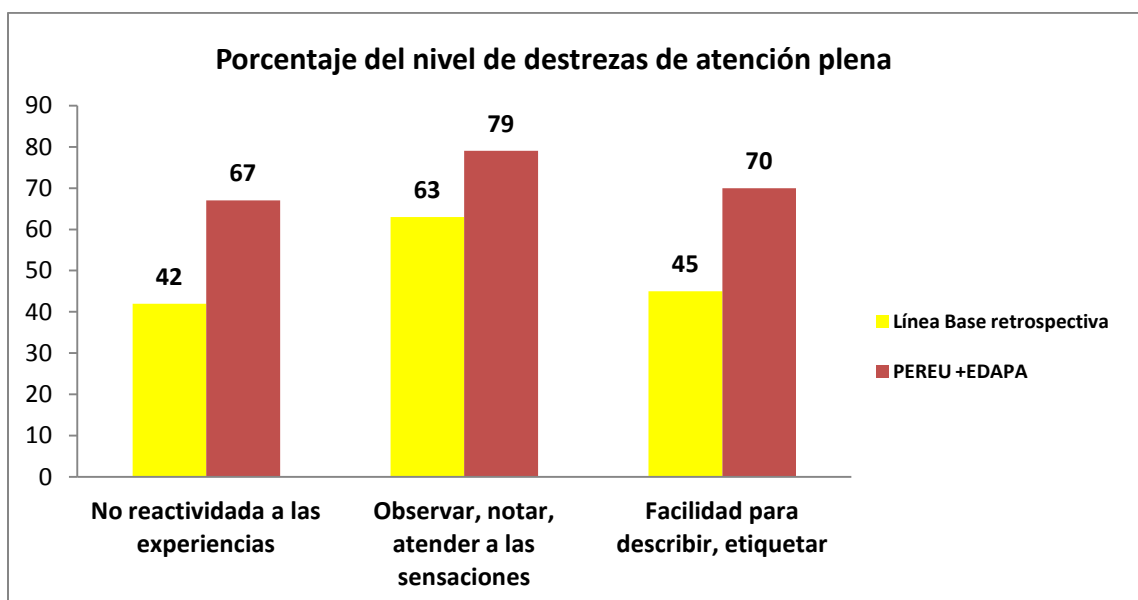
En la grafica 33 se muestran los porcentajes reportados por el usuario en el “cuestionario de aceptación y acción”, en la fases de línea base retrospectiva (85%) y al finalizar la fase PEREU+EDAPA (83%). Se detectó que el nivel de “evitación experiencial” decremento en un 2% al finalizar la fase PEREU+EDAPA.



Grafica 33. Porcentajes de evitación experiencial obtenidos por el usuario en las fases de Línea Base Retrospectiva y PEREU+EDAPA.

Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM - 29)

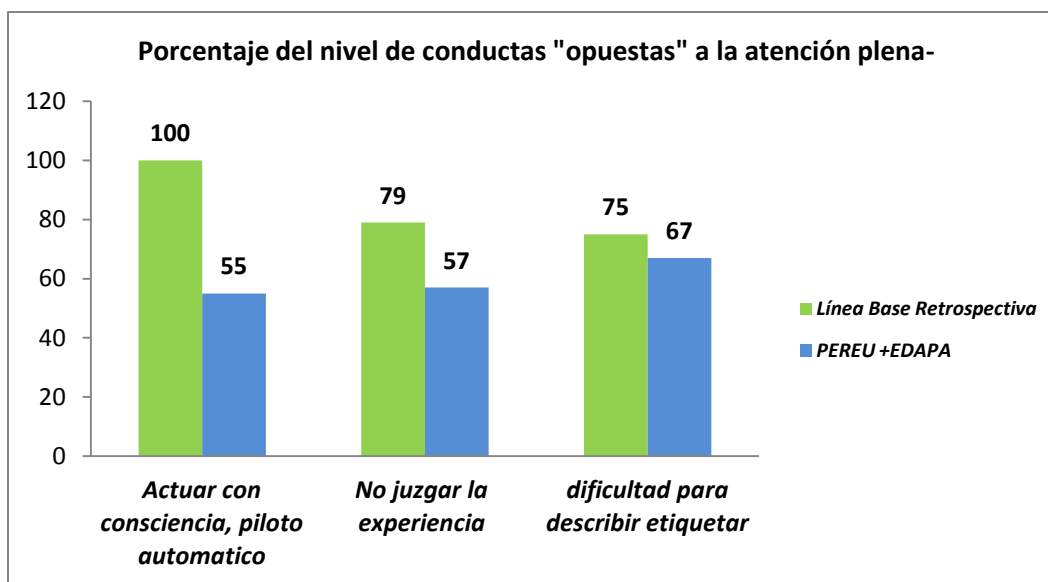
En las graficas 34 y 35 se muestran los porcentajes obtenidos por el paciente en las 6 subescalas del “cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness” en dos momentos diferentes; línea base retrospectiva y al concluir la fase PEREU+EDAPA. En específico la grafica 7 presenta los porcentajes de: “no reactividad” (42%), “observar, atender a las sensaciones” (63%) y “facilidad para describir la experiencia” (45%), que son destrezas de atención plena, mientras que después de la instrumentación de la fase PEREU+EDAPA se reportaron los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “no reactividad” (67%), “observar, atender las sensaciones” (79%) y “facilidad para describir la experiencia” (70%), detectándose un incremento en cada una de ellas, así, para el caso de la subescala “no reactividad a la experiencia” éste fue de 25%; para la de: “observar, notar y a atender a las sensaciones” fue del 16%, y por último para la de “facilidad para describir y etiquetar la experiencia” fue del 15%.



Grafica 34. Porcentajes de “no reactividad a las experiencias”, “observar, notar y atender las sensaciones” y “facilidad para describir” obtenidos por el usuario en las fases: “Línea Base Retrospectiva” y “PEREU+EDAPA”

Por otro parte, en la grafica 35 se presentan los porcentajes obtenidos en el cuestionario de mindfulness en dos momentos diferentes; Línea Base y fase de PEREU+EDAPA en las subescalas de: “actuar sin conciencia” (100%), “juzgar la experiencia” (79%) y “dificultad para describir o etiquetar” (75%), mientras que al

finalizar la fase de PEREU+EDAPA se reportaron los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “actuar sin consciencia” (55%), “juzgar la experiencia” (57%) y “dificultad para describir o etiquetar” (67%). Se reportó un decremento en cada una de las subescalas en la fase PEREU+EDAPA. En el caso de la subescala “actuar sin consciencia” se observó un decremento del 45%; para la de: “juzgar la experiencia” se detectó un decremento del 22% y, por último, para la de “Dificultad para describir etiquetar” se halló un decremento del 8%. Estas subescalas representan la parte contraria a las habilidades de atención plena. Indican una tendencia a “juzgar la experiencia interna”, a “actuar sin consciencia de lo que ocurre en el momento presente” y, por lo tanto, podrían llevar a engancharse en conductas poco adaptativas como el uso de sustancias psicoactivas, así como a la dificultad para poder poner en palabras eventos encubiertos.



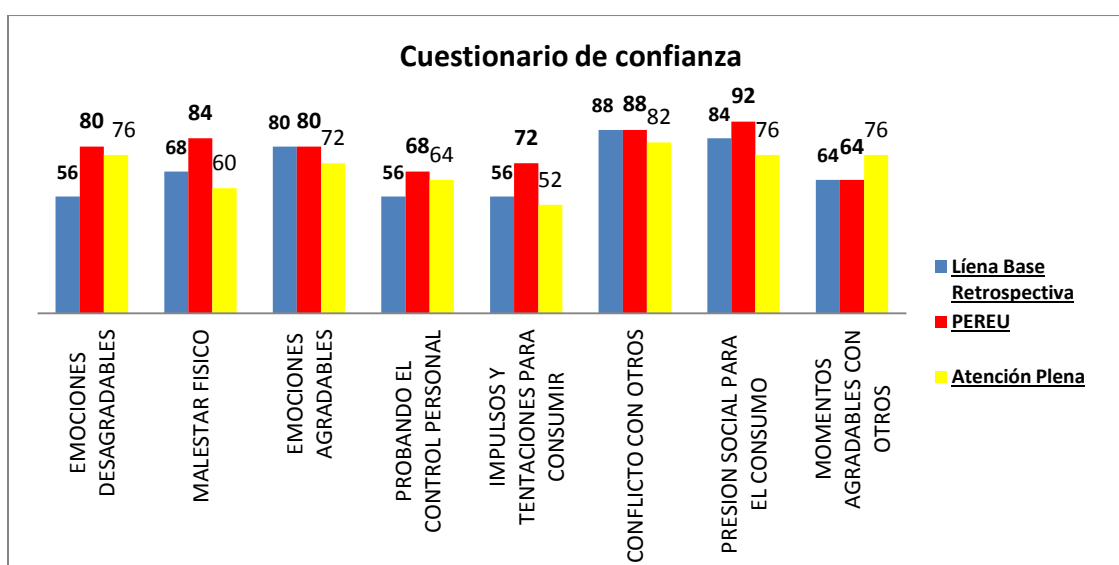
Grafica 35. Porcentajes de “Actuar con consciencia, piloto automático”, “No juzgar la experiencia” y “Dificultad para describir” obtenidos por el usuario en las fases: “Línea Base Retrospectiva” y “PEREU+EDAPA”

Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas – Alcohol (CCCD – A – 50)

En la gráfica 36 se presentan los porcentajes de confianza situacional del usuario para no consumir drogas, en tres momentos diferentes: en la línea base, a la finalización del programa PEREU y al finalizar la instrumentación del componente de atención plena (EDAPA), destacando los porcentajes obtenidos con la instrumentación

del programa PEREU y el componente EDAPA. Al finalizar el programa PEREU se obtuvieron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas: “emociones desagradables” (80%); “malestar físico” (84%); “emociones agradables” (80%); “probando el control personal”: (68%); “impulsos y tentaciones para consumir” (72%); “conflicto con otros” (88%); “presión social para el consumo” (92%); y “momentos agradables con otros” (64%), mientras que los porcentajes obtenidos para cada una de las subescalas al finalizar el EDAPA fueron: “emociones desagradables” (76%); “malestar físico” (60%); “emociones agradables” (72%); “probando el control personal” (64%); “impulsos y tentaciones para consumir” (52%); “conflicto con otros” (82%); “presión social para el consumo” (76%); y “momentos agradables con otros” (76%).

Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el programa PEREU con los obtenidos al finalizar el componente EDAPA, se encontró un incremento en la subescala de: “momentos agradables con otros” (12%) y en las subescalas restantes se reporto un decremento: “emociones desagradables” (4%); “malestar físico” (24%); “emociones agradables” (8%); probando el control personal (4%); “impulsos y tentaciones para el consumo” (20%); “conflicto con otros” (6%); y “presión social para el consumo” (16%), los decrementos en estas subescalas se pueden deber a que el usuario experimento una caída poco tiempo antes de concluir el tratamiento.

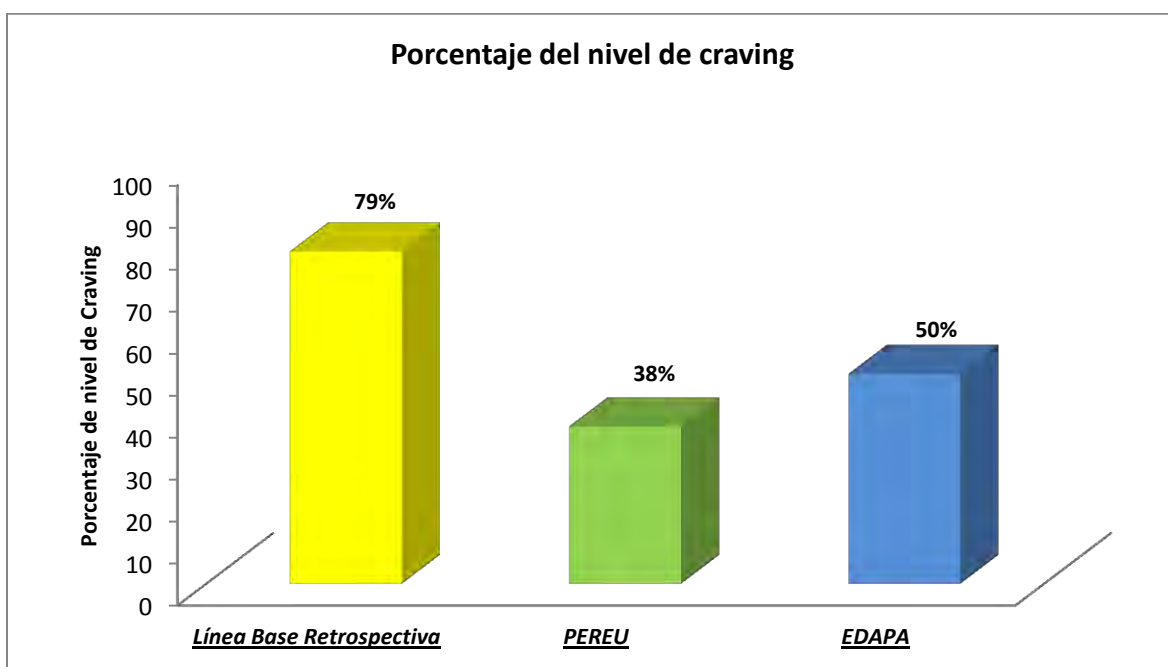


Grafica 36. Porcentajes de confianza obtenido por el usuario en tres fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA”.

Escala de Craving al alcohol de Penn (ECAP)

En la grafica 37 se muestran los porcentajes del Nivel de Craving del usuario durante la Línea Base Retrospectiva, al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente de entrenamiento de atención plena (EDAPA). Se reportaron los siguientes porcentajes para cada fase: línea base retrospectiva (79%), programa PEREU (38%) y entrenamiento en atención plena y aceptación EDAPA (59%).

Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente EDAPA se detectó un incremento del 12%.

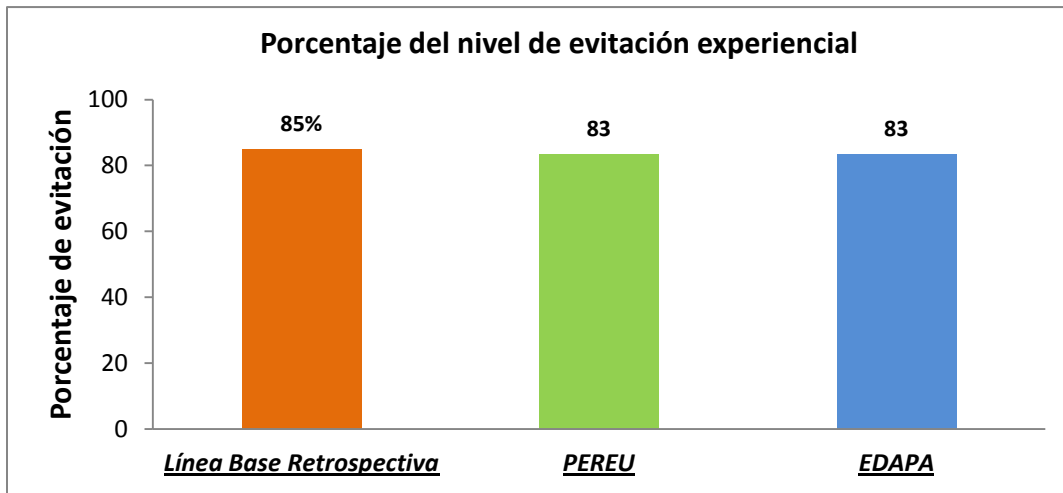


Grafica 37. Porcentajes de craving obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: "Línea Base Retrospectiva", "PEREU" y "EDAPA".

Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA)

En la grafica 38 se muestran los porcentajes reportados por el usuario en el "cuestionario de aceptación y acción" en cada fase de la intervención: línea base retrospectiva (83%); al finalizar el programa PEREU (83%); y al concluir el componente de entrenamiento de atención plena EDAPA (70%). Al hacerse una comparación entre

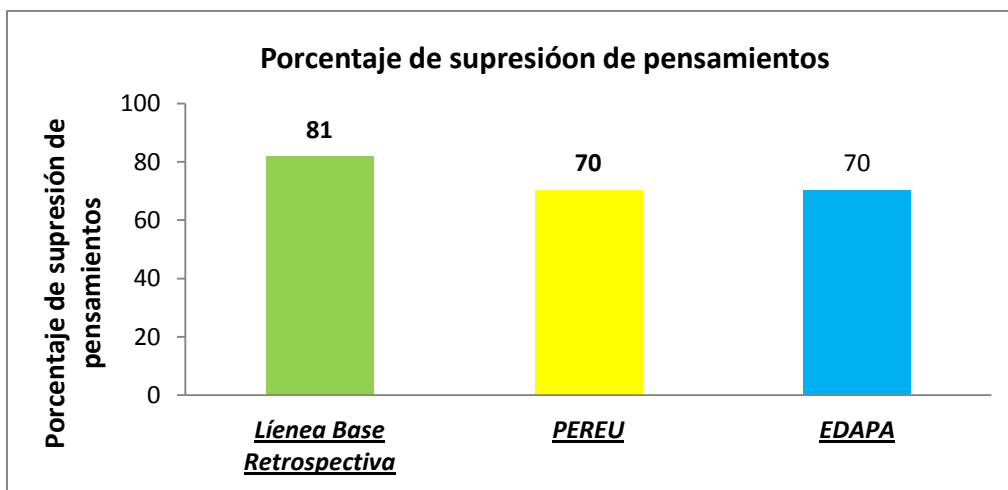
los porcentajes obtenidos al concluir el PEREU y al finalizar el EDAPA no se encontró ninguna diferencia.



Grafica 38. Porcentajes de evitación experiencial, obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: "Línea Base Retrospectiva", "PEREU" y "EDAPA".

Inventario de supresión de pensamientos oso blanco (ISPOB)

En la grafica 39 se muestran los porcentajes obtenidos por el usuario en el "Inventario de supresión de pensamientos", durante la línea base retrospectiva (81%); al finalizar el programa PEREU (70%), y al concluir el componente de entrenamiento de atención plena (70%). Al hacer una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el PEREU y al finalizar el EDAPA no se encontró ninguna diferencia.

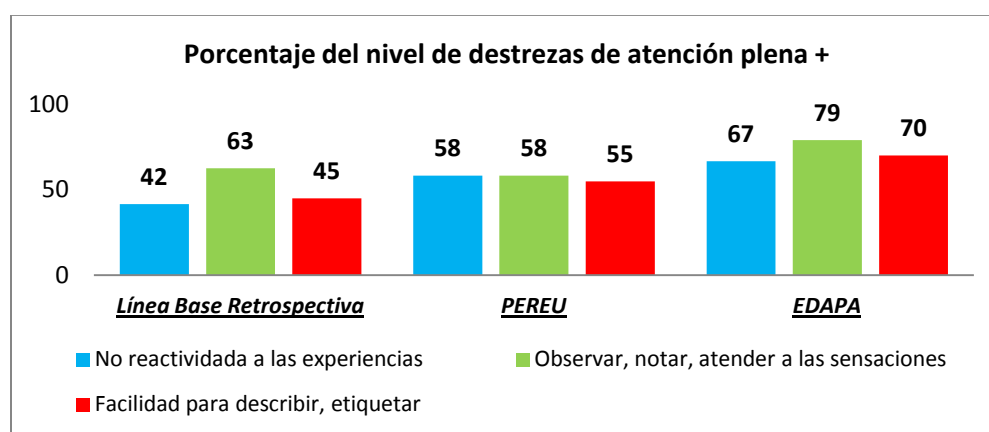


Grafica 39. Porcentajes de supresión de pensamientos, obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: "Línea Base Retrospectiva", "PEREU" y "EDAPA".

Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM - 29)

En las graficas 40 y 41 se muestran los porcentajes obtenidos por el usuario en las 6 subescalas del “cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness” en tres momentos diferentes; línea base retrospectiva, al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente EDAPA. En específico la grafica 40 representa los porcentajes de: “no reactividad”, “observar, atender a las sensaciones” y “facilidad para describir la experiencia”, que son destrezas de atención plena. Se reportaron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas después de concluir el programa PEREU: “no reactividad” (58%), “observar, atender las sensaciones” (58%) y “facilidad para describir la experiencia” (55%), mientras que después de la instrumentación del EDAPA se reportan los siguientes porcentajes en cada una de las subescalas: “no reactividad” (67%), “observar, atender las sensaciones” (79%) y “facilidad para describir la experiencia” (70%).

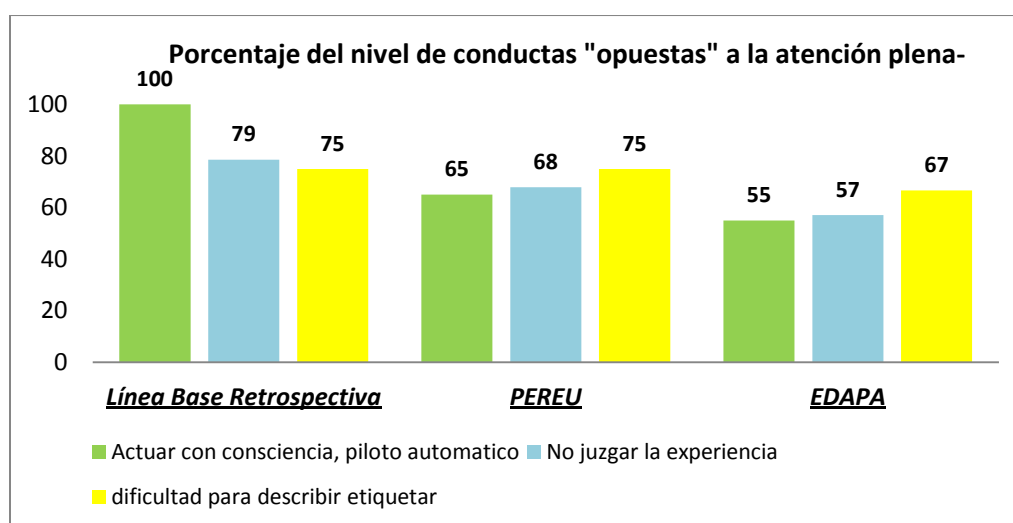
Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el programa PEREU con los obtenidos al finalizar el componente EDAPA, se encontraron incrementos en cada una de las subescalas. En el caso de la subescala de “no reactividad” a la experiencia se encontró un incremento del 9%; para la subescala de “observar, notar y a atender a las sensaciones” se obtuvo un incremento del: 21% y por ultimo para la subescala de “facilidad para describir y etiquetar la experiencia” se halló un incremento del 15%.



Grafica 40. Porcentajes de “No reactividad a las experiencias”, “Observar, notar, atender las sensaciones” y “Facilidad para describir” obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA”.

Por otro parte, la grafica 41 representa los porcentajes obtenidos en las subescalas de: “actuar sin consciencia”, “juzgar la experiencia” y la “dificultad para etiquetar o describir” en tres momentos diferentes; línea base, al concluir el programa PEREU y al finalizar el componente EDAPA. Estas subescalas representan la parte contraria a las habilidades de atención plena. Indican una tendencia a “juzgar la experiencia interna”, a “actuar sin consciencia de lo que ocurre en el momento presente” y, por lo tanto, podrían llevar a engancharse en conductas poco adaptativas como el uso de sustancias psicoactivas, así como a la dificultad para poder poner en palabras eventos encubiertos. Se reportaron los siguientes porcentajes para cada una de las subescalas después de concluir el programa PEREU: “actuar sin consciencia” (65%), “juzgar la experiencia interna” (68%) y “dificultad para etiquetar o describir” (75%), mientras que después de la instrumentación del componente EDAPA se reportaron los siguientes porcentajes, en cada una de las subescalas: “actuar sin consciencia” (55%), “juzgar la experiencia” (57%) y “dificulta para describir o etiquetar” (67%).

Al hacerse una comparación entre los porcentajes obtenidos al concluir el programa PEREU con los obtenidos al finalizar el componente EDAPA, se encontraron decrementos en cada una de las subescalas: “actuar sin consciencia” (10%); “juzgar la experiencia interna” (11%); y “dificultad para describir o etiquetar” (8%).



Grafica 41. Porcentajes de “Actuar con consciencia, piloto automático”, “No juzgar la experiencia” y “Dificultad para describir” obtenidos por el usuario en tres diferentes fases: “Línea Base Retrospectiva”, “PEREU” y “EDAPA”.

Discusión y conclusiones

La presente investigación tuvo como objetivo principal evaluar la efectividad de una intervención basada en destrezas de enfrentamiento (PEREU), y de atención plena y de aceptación (EDPA), así como determinar la contribución del componente EDAPA al tratamiento PEREU. Para ello, se comparó la cantidad mensual de sustancia psicoactiva consumida y los niveles de: “autoeficacia”, “supresión de pensamientos”, “evitación experiencial”, “craving” y “destrezas de atención plena” de cada uno de los participantes al inicio y al final de la intervención (PEREU + EDAPA). Se esperaba que aumentaran las variables de autoeficacia y destrezas de atención plena y que disminuyeran las variables de supresión de pensamientos, evitación experiencial, craving y consumo.

Con respecto al primero de los dos objetivos (evaluar la efectividad), los resultados obtenidos indicaron que la intervención resultó serlo al reducir, significativamente, el nivel de consumo de sustancias psicoactivas en los tres participantes, así como en mostrar aumentos en los porcentajes de “autoeficacia”, “no reactividad a la experiencia interna”, “observar, notar, atender a las sensaciones” y “facilidad para describir o etiquetar la experiencia” (estas últimas tres son destrezas de atención plena), y en detectarse disminución en las variables de “supresión de pensamientos” (en dos de los tres sujetos), “evitación de experiencias”, en “no juzgar la experiencia”, “actuar en piloto automático” y “dificultad para describir o etiquetar la experiencia” y el nivel de craving.

Así mismo, los resultados concordaron con los estudios de otras intervenciones, tal como la reportada por Bowen et al., (2009) quienes encontraron, al finalizar su estudio, un mayor nivel de “aceptación” y de “actuar con consciencia”, así como una disminución en el nivel de “craving”. Cabe señalar, que la intervención desarrollada por Bowen et al., (2009), al igual que la intervención de la presente investigación, consistió en un programa de intervención para desordenes por uso de sustancias que integró a la Prevención de Recaídas (tratamiento cognitivo-conductual motivacional para el abordaje de la adicción a sustancias psicoactivas), como eje central de la intervención, elementos de la atención plena, la identificación de situaciones de riesgo o

disparadoras del consumo, en la que los participantes fueron entrenados en: identificar señales tempranas de una recaída, incrementar el reconocimiento de señales internas y externas previamente asociadas al consumo y desarrollar destrezas de enfrentamiento adecuadas e incrementar la autoeficacia, mientras que en el entrenamiento en destrezas de atención plena y aceptación se entrenó a los participantes en: traer a la consciencia los disparadores del consumo conforme estos surgían, monitorear las reacciones internas y promover elecciones conductuales que no involucraran el consumo, para lo cual se incrementó la aceptación de estados positivos y negativos tanto emocionales, físicos, como cognitivos. Fue una intervención de tipo “pos cuidado”, es decir se administró a aquellos pacientes que habían concluido un tratamiento relacionado con el uso perjudicial de sustancias psicoactivas.

Los resultados de la presente investigación también confirmaron los de intervenciones (Linehan et al. 1999; Dimeff & Linehan, 2008; Linehan 1993) que han contemplado elementos de entrenamiento en destrezas de atención plena y entrenamiento en destrezas de enfrentamiento como la Terapia Dialectico Conductual (TDC), en especial, con la versión desarrollada para personas con problemas de uso de sustancias psicoactivas y con diagnóstico de personalidad límite. Este tipo de intervención logró reducir el consumo de sustancias psicoactivas de forma significativa entre pacientes que consumían una o varias sustancias a la vez y que, además, habían sido diagnosticados con trastorno límite de la personalidad. Esta intervención enseñó cuatro tipos de destrezas: destrezas para tolerar el malestar, destrezas de atención plena, destrezas de regulación emocional y destrezas de interacción personal (Linehan et al. 1999; Dimeff & Linehan, 2008; Linehan 1993).

En el caso particular de la versión desarrollada para abuso de sustancias, se integraron elementos tales como: pactar un periodo de abstinencia mínimo, desarrollar destrezas para identificar señales y preparar respuestas para situaciones de riesgo, evitar situaciones de consumo a través de conseguir un nuevo número telefónico, diciendo a los conocidos que ya no se consumirá, y deshaciéndose de los objetos relacionados al consumo. También se realizaron análisis conductuales de los episodios de las caídas o recaídas en caso de ocurrir, identificándose los eventos que

condujeron y siguieron a esta, considerando a la recaída como una experiencia de la que se puede aprender para anticipar futuras caídas o recaídas, lo que permitió que el paciente saliera lo más rápido del efecto violatorio de la meta descrito por Marlatt (Linehan et al. 1999; Dimeff & Linehan, 2008; Linehan 1993).

Por otro lado, los resultados también confirmaron los encontrados por Vieten, Astin, Buscemi y Galloway (2010) quienes reportaron, al final de su intervención, un decremento: del craving, del afecto negativo, de la reactividad emocional, del estrés percibido y un incremento del bienestar psicológico y de la atención plena. Cabe señalar, que dicha intervención consistió en un entrenamiento de habilidades de atención plena, tales como: “explorar y tolerar estados internos” (pensamientos, sensaciones y emociones), promover la “no resistencia” y la “no evitación”. Es importante notar que en dicha intervención se consideró a la recaída como parte del resultado de los esfuerzos de los individuos por manejar o controlar experiencias internas desagradables o que no se quieren, por lo que incrementar la aceptación del craving, los estados afectivos negativos y el estrés, en lugar de evitar cambiar o controlarlos, reduce la probabilidad de una recaída.

En conclusión, los resultados obtenidos en la presente investigación además de resultar efectivos, confirmaron los resultados obtenidos por intervenciones que utilizaron entrenamiento en destrezas de enfrentamiento y de atención plena y de aceptación (Witkiewitz, Marlatt, Walker, 2005; Bowen, Parks, Coumar & Marlatt, 2006; Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013; Bowen, Chawla, Collins, Witkiewitz, Hsu, Clifasefi, Garner, Douglas, Larimer, & Marlatt, 2009). De igual manera, la literatura de investigación indica que este tipo de intervenciones cuenta con evidencia de su eficacia, tal es el caso de la revisión efectuada por Zgierska et al., (2009), la cual estuvo conformada por 22 estudios. Los resultados de dicha revisión indicaron que este tipo de intervención psicológica basada en destrezas de atención plena es segura y eficaz, sin embargo no es concluyente, debido a las limitaciones metodológicas de algunos de los estudios considerados.

No obstante, y a pesar de que como se ha señalado, existen intervenciones que integran estas dos estrategias, la mayoría de ellas utilizan el entrenamiento en

destrezas de atención plena y aceptación como parte central de su intervención, encontrándose en la literatura pocos estudios que integren, al “entrenamiento clásico” en destrezas de enfrentamiento, con componentes basados en destrezas de atención plena y de aceptación. Entre estas pocas se encuentra la creada por South, Longo, Kransnikow, Wickes, Mitchell, et al. (2008), en la que se combinaron ciertos elementos eficaces de las intervenciones cognitivo-conductuales-motivacionales y los del entrenamiento en destrezas de atención plena, identificados en estudios previos, sin embargo, a la fecha, no se han reportado datos que prueben su efectividad, aunque al parecer resulta prometedora. Entre los componentes que se integraron en dicha investigación se encuentran: la entrevista motivacional, el análisis funcional, el reconocimiento de señales del craving, la activación conductual, así como elementos de la prevención de recaídas.

Con respecto al segundo objetivo de la presente investigación (contribución del componente EDAPA) los resultados obtenidos confirmaron, al igual que lo han hecho otros estudios, que los programas que utilizan el entrenamiento de destrezas de enfrentamiento se ven beneficiados al integrar componentes de atención plena y de aceptación en su estructura, como en el caso del PEREU, pues estos reducen variables que el “entrenamiento clásico” en destrezas de enfrentamiento no afectan, tal como es el caso de la supresión de pensamientos, que se refiere a intentar sacar fuera de la mente pensamientos poco deseables o que provocan malestar y que, incluso, dicha estrategia suele tener efectos contrarios, además de que se encuentra asociado a la recaída y en algunos sujetos se relaciona con otras variables como la evitación experiencial, y el estado de ánimo negativo (véase a: Wegner & Schneider, 1987; Wegner & Zanakos, 1994; Wegner, 1997; Sullivan, Rouse, Bishop & Johnston, 1997; Wenzlaff & Wegner, 2000; Bowen et al. 2007; Wegner, 2011; Witkiewitz, Bowen, Douglas & Hsu, 2013). Por otro lado, los resultados obtenidos también proporcionan evidencia a favor de la propuesta de Longabaugh y Morgenstern (1999), sobre la incorporación de elementos de otras intervenciones eficaces al entrenamiento clásico de destrezas de enfrentamiento.

Por ello, el segundo objetivo de la investigación fue determinar en qué medida contribuyó el EDAPA al tratamiento global al alterar la variable supresión de pensamientos y las variables que se relacionan a ésta, tales como: la evitación experiencial. En este sentido, los resultados obtenidos por los participantes variaron, es decir, los porcentajes obtenidos por cada uno de los participantes en la mayor parte de las medidas fueron menores al finalizar el componente EDAPA con respecto a los obtenidos al finalizar el tratamiento PEREU, señal de que el PEREU no afectó, directamente, estas variables, dado que no entrena formalmente a los usuarios en técnicas de aceptación y atención plena, aunque la utilización de autorregistros y técnicas de identificación de pensamientos pueden fomentar en los usuarios un distanciamiento de sus pensamientos y mayor consciencia de su conducta problemática, lo que podría explicar el decremento observado al finalizar el PEREU en dichas variables, aún y cuando no las entrena directamente.

Por otra parte, los resultados en las variables que disminuyeron fueron similares a los obtenidos por investigaciones que entrenan estas mismas destrezas ya antes mencionadas. Con el propósito de tener una mejor comprensión del papel que la variable supresión de pensamientos tiene y de sus implicaciones en el tratamiento, es que se llevo a cabo un estudio adicional que proporcionara esta evidencia (ver apéndice 2). En un primer momento, se identificó que la población con problemas con dependencia a sustancias psicoactivas tendió a suprimir sus pensamientos con mayor frecuencia que aquellos que no tenían problemas y, en un segundo momento, se encontró que la supresión de pensamientos más los días transcurridos desde el último consumo, fueron predictores del craving, otro de las variables relacionadas a la recaída.

Los resultados encontrados de este segundo estudio comparativo y de predicción del craving (ver apéndice 2), indicaron que la supresión de pensamientos es una variable que debe de ser abordada de forma directa por el tratamiento que atiende la adicción. Por otra parte, los resultados obtenidos al finalizar el PEREU reportaron decrementos en algunas de estas variables, lo cual se pudo deber a que, durante la intervención PEREU, se entrena a los participantes a monitorear su conducta a través

de registros, a realizar análisis funcional de su conducta de consumo, a identificar situaciones de riesgo, a identificar sus emociones y pensamientos, lo que permite crear un descentramiento de éstos, además de haberse incluido algunas destrezas como “la ola del deseo”, técnica basada en la atención plena y aceptación, aun y cuando su propósito no es el alterar la supresión de pensamientos o fomentar habilidades de aceptación y atención plena.

Por otra parte, aunque los porcentajes obtenidos al finalizar el PEREU en estas variables disminuyeron en comparación a los obtenidos en línea base por los participantes, los porcentajes son elevados lo que, posiblemente, se debió a que este entrenamiento utiliza entre sus componentes estrategias de modificación de pensamientos que, si bien pueden ser útiles en ciertas ocasiones, cuando se emplean de forma continua pueden provocar el efecto contrario, tal y como ha quedado ilustrado anteriormente (ver apéndice 2) lo que indica que la utilización permanente de dichas estrategias puede llegar a ser perjudicial y es, en este punto, que el entrenamiento en destrezas de atención plena y aceptación pueden ser incluido al propiciar aceptación de dichas sensaciones y pensamientos. El entrenamiento en estas destrezas puede ser visto como un procedimiento de contracondicionamiento de las respuestas asociadas al craving y a estados del ánimo negativo (Bowen et al. 2011; Bowen et al. 2009).

Los resultados anteriores sugieren que aún cuando la intervención PEREU es una estrategia adecuada, por sí misma, para conseguir un cambio al aumentar la autoeficacia y reducir el consumo de sustancias, lo que confirma los resultados anteriormente reportados (Quiroga, 2008; Quiroga, Vital & Cabrera, 2008; Quiroga, Vital & Cabrera, 2009; Quiroga & Vital, 2010; Quiroga, Vital & Cabrera, 2011; Fernández & Quiroga, 2010; Pérez & Quiroga, 2010; Cabrera, Quiroga & Vital, 2012; Díaz, Vital & Quiroga, 2012; Mondragón, Vital & Quiroga, 2012), sin embargo no afecta, de forma directa, variables tales como la supresión de pensamientos y, que los componentes de atención plena si lo hacen. La inclusión de estas destrezas concuerda con lo propuesto por Annis y Davis (1996) con respecto a que las estrategias para inducir un cambio de una conducta pueden no ser las técnicas más adecuadas para generalizar y mantener los efectos del tratamiento, es por ello, que el entrenamiento en

destrezas de atención plena y aceptación es un componente que ayuda a los participantes a mantener las ganancias del tratamiento.

Es este sentido que las estrategias de iniciación al cambio, tales como la evitación de situaciones de riesgo o las que, posteriormente, son empleadas por la modificación de cogniciones o sentimientos desagradables, son estrategias que sirven durante la fase de iniciación al cambio y en las primeras fases de mantenimiento del mismo, lo que concuerda con las fases que el PEREU emplea, mientras que las destrezas de atención plena y aceptación pueden ser entrenadas durante la fase de mantenimiento, una vez que el paciente ha conseguido un cambio en su consumo de sustancias psicoactivas (abstinencia o reducción del consumo), dicha lógica obedece a que en las primeras fases del tratamiento no se cuenta con las destrezas necesarias para hacer frente a las situaciones de consumo y a los efectos de abstinencia que se pueden experimentar al suspender el consumo de sustancias psicoactivas, pues se sabe que, por ejemplo, el nivel de craving es mayor poco tiempo después de la interrupción del consumo (Sánchez-Hervás, Bou, Del Olmo, Tomás & Morales, 2001; Raymond, 1999 (ver apéndice 2).

En este mismo sentido, el entrenamiento en destrezas de atención plena y aceptación son útiles en ciertos contextos ambientales, donde existen disparadores o señales relacionadas al consumo que no pueden ser evitadas o aquellas que se encuentran, inesperadamente, o no pueden ser alteradas, por ejemplo anuncios relacionados al consumo de alcohol o miembros de la familia que suelen consumir y con quienes se convive, lo que permite enfrentar de forma efectiva dichas situaciones y, con ello, incrementar la autoeficacia y la posibilidad de evitar una caída o recaída, pues se sabe que el nivel de autoeficacia es una variable predictora para experimentar una recaída (Annis & Davis, 1996).

Por otra parte, es importante considerar que la intervención PEREU es un tratamiento igualado a las etapas de cambio propuestas por Prochaska y Diclemente (1984), el cual plantea que cada una de las fases del PEREU es igual a las del modelo transteórico del cambio, lo que supone que el entrenamiento en destrezas de atención plena y aceptación corresponde al estadio del mantenimiento del cambio. Es

importante señalar, que aunque las intervenciones basadas en la atención plena y la aceptación tienen similitudes con los enfoque de entrevista motivacional, no se han integrado ambos componentes en una intervención, aunque existen investigaciones que sugieren esto (Bricker & Wyszynski, 2012). Lo anterior supone que integrar un componente de entrevista motivacional, tal y como lo hace el PEREU y mantener este estilo, a lo largo de la terapia, mostraría efectos iniciales de la efectividad e estos componentes. Así mismo el PEREU+EDPA es una intervención diseñada para pacientes que, actualmente, consumen sustancias y planean hacer un cambio en su consumo, pues tanto la propuesta por Bowen et al., (2009), como la de Vieten et al., (2010), son para pacientes que tienen un periodo sin consumo, o han concluido un tratamiento.

Se puede considerar que la intervención PEREU+EDAPA considera los mecanismos de cambio hipotetizados por Marlatt (2005), que son: destrezas de enfrentamiento, craving, autoeficacia, motivación, y estrategias metacognitivas (atención plena), lo que sugiere una mejor comprensión del fenómeno de la adicción a sustancias psicoactivas y la obtención de mejores resultados.

Si bien los resultados encontrados proporcionan evidencia inicial de la efectividad de este tipo de entrenamiento, deben de considerarse las limitaciones del presente estudio al momento de interpretar los resultados. En un primer momento, se debe de considerar el tamaño de la muestra, que es reducido, la forma de calificación de los instrumentos, los posibles efectos de acarreo que pudieron existir entre cada una de los componentes, así como los de instrumentación. Deben de considerarse, además, aspectos que pueden afectar la validez interna del estudio como la fidelidad al protocolo de intervención, pues si bien los participantes recibieron igual número de sesiones, el tiempo transcurrido entre cada una de éstas vario, debido a condiciones ajenas a la investigación (por ejemplo: periodos vacacionales). Por otra parte, deben de considerarse las propias limitaciones que los instrumentos pudieron representar, en especial el cuestionario de Aceptación y Acción o las subescalas que evalúan atención plena (ver apéndice 1).

Por todo lo anterior, se sugieren futuras investigaciones que contemplen, por una lado, muestras más amplias de participantes, la instrumentación de diseños con grupos, con el propósito de conducir análisis estadísticos y generalizar los resultados, así como de la instrumentación del número total de sesiones consideradas en el manual original propuesto por Bowen, Chawla y Marlatt (2011), pues, si bien se instrumentaron aquellas destrezas identificadas como principales, la inclusión de otras destrezas restantes puede incrementar la eficacia del tratamiento. También se sugiere para mejorar los resultados ampliar el tiempo de las sesiones a una hora y media, integrar estrategias que incrementen la adherencia al tratamiento por parte de los participantes como las propuestas por Dimeff y Linehan, (2008) tales como; contacto por teléfono o email entre semana, también se sugiere la creación de instrumentos diseñados, exclusivamente, para población mexicana con validez cultural. También se recomienda utilizar diseños de ciego o doble ciego, así como de la utilización de marcadores biológicos con el propósito de tener mayor certeza de los resultados obtenidos.

Para mayores informes o preguntas mandar correo a: romeroeros@hotmail.com

Referencias

- Ayala, H. A., Echeverría, L., Sobell, M. B., Sobell, L. C. (1988). Una alternativa de intervención breve y temprana para bebedores problema en México. *Acta Comportamental*, 6(1), 71-93.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10 (2), 125-143.
- Baer, R. A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13 (1), 27-45.
- Barraca, M.J. (2004). Spanish adaptation of the acceptance and action questionnaire (AAQ). *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 4 (3), 505-515.
- Barragán, L. T., González, J. V., Medina, M. E. M., & Ayala, H. V. (2005). Adaptación de un modelo de intervención cognoscitivo-conductual para usuarios dependientes de alcohol y otras drogas a población mexicana: un estudio piloto. *Salud Mental*, 28(1), 61-71.
- Barragán, L.T., Flores, M. M., Medina, M. M., & Ayala, H. V. (2007). Modelo integral de satisfacción de cotidiana en usuarios dependientes de alcohol y otras drogas. *Salud Mental*, 30(3), 29-38.
- Beck, J. B. (2000). *Terapia Cognitiva*. España: Editorial Gedisa.
- Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10, 52-69.
- Bien, T. H., Miller, W.R., & Toningan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315-336.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 11 (3), 230-241.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: a clinician's guide*. New York: The Guilford Press.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewits, K., Hsu, Grow, J., Clifasefi, S., Garner, M., Douglas, A., Larimer, M. E., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295-305.
- Bowen, S., Parks, G. A., Coumar, A., & Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation in the prevention and treatment of addictive behaviors. En D.K. Nauriyal, M. S.

- Drummond y Y.B. Lal (Eds.), *Buddhist Thought and applied psychological research* (pp.393-413). New York: Rutledge.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., & Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 32, 2324-2328.
- Blackburn, I.M., Eunson, K. M., & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- Breslin, F. C., Zack, M., & McMain, S. (2002) An information-processing Analysis of mindfulness: implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 275-299.
- Brewer, J. A., Bowen, S., Smith, J. T., Marlatt, G. A., & Potenza, M. N. (2010). Mindfulness-based treatments for co-occurring depression and substance use disorder: what can we learn from the brain? *Addiction*, 105, 1698-1706.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2001). Do changes in dysfunctional attitudes mediate changes in depression and anxiety in cognitive behavioral therapy?. *Behavior Therapy*, 32, 337-369.
- Butler, A. C., Chapman, J E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Cabrera, A.T., Quiroga, A.H., & Vital, C.M. (2012). Aplicación del Programa de Prevención Estructurada de Recaídas en un Usuario Dependiente al Alcohol. *Revista Mexicana de Psicología. Número Especial. Memoria in Extenso*. Pp. 1836-1838. Octubre. ISSN 010185-6073
- Carmelo, V. (2007). *Técnicas cognitivas de intervención clínica*. España: Editorial Síntesis.
- Carrol, K. M., Fenton, L. R., Ball, S.A., Nich, C., Frankforter, T. L., Shi, J., & Rounsaville, B. J. (2004). Efficacy of disulfiram and cognitive behavior therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 61, 264-272.
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1452-1460.
- Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2003). Bridging the gap: a hybrid model to link efficacy and effectiveness research in substance abuse treatment. *Psychiatric services*, 54 (3), 333-339.
- Chance, P. (2001). *Aprendizaje y conducta*. México: Editorial Manual Moderno.

- Chambless, D. L. (2002). Beware the dodo bird: the dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 13 - 16.
- Chesa, V. D., Elías, A. M., Fernández, V. E., Izquierdo, M., E., & Sitjas, C., M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 24(89), 2911-2930.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D.H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72 (2), 176 - 191.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D.H., & George, W. H. (2006). Couple and Individual adjustment for 2 years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (6), 1180 - 1191.
- Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte de Alcohol. Medina-Mora ME, Villatoro-Velázquez JA, Fleiz-Bautista C, Téllez-Rojo MM, Mendoza-Alvarado LR, Romero-Martínez M, Gutiérrez-Reyes JP, Castro-Tinoco M, Hernández-Ávila M, Tena-Tamayo C, Alvear-Sevilla C y Guisa-Cruz V. México DF, México: INPRFM; 2012.
- Díaz, J. A., Vital, C.M. & Quiroga, A.H. (2012). Aplicación de un programa de prevención de recaídas en un Paciente Dependiente de Alcohol. *Revista Mexicana de Psicología. Número Especial*. Pp. 1504-1506. Octubre. ISSN 010185-6073.
- Dimeff, L. A., & Linehan, M. M. (2008). *Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers*. *Addiction Science & Clinical Practice*.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., Rizvi, S. L., Gollan, J. K., Dunner, D. L., & Jacobson, N. S. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468-477.
- Ellis, A., & Abrahms, E. (1980). *Terapia Racional Emotiva: mejor salud y superación personal afrontando nuestra realidad*. México: Editorial Pax México.
- Fernández, T.M., & Quiroga, A.H. (2010). Reporte de caso aplicando el Programa de Prevención Estructurada de Recaídas en un paciente consumidor (marihuana). *Revista Mexicana de Psicología. Número Especial, Memoria en Extenso*, pp. 994-996. Octubre. ISSN 0185607.3
- Ferrero, G., R., & Vives, M. C. (2004). *Panace@*. 5 (16), 97-99.

- Fruzzetti, A., E., & Erikson, K., R. (2010). Mindfulness and acceptance interventions in cognitive-behavior therapy. En K. S. Dobson (Ed.), *Handbook of Cognitive-Behavioral therapies* (pp. 347-372). New York: The Guilford Press.
- Flannery, B. A., Volpicelli, J. R., & Pettinati, H. M. (1999). Psychometric properties of the penn alcohol craving scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23 (8), 1289- 1295.
- Fletcher, L., & Hayes, S. C. (2006). Relational frame theory, acceptance and commitment therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 23(4), 315-336.
- Gifford, E. V., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Antonuccio, D. O., Piasecki, M. M., Rasmussen-Hall, M. L., & Palm, K., M. (2004). Acceptance-based treatment for smoking cessation. *Behavior Therapy*, 35, 689-705.
- Hayes, S. C. (2002). Acceptance, Mindfulness and Science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 101-106.
- 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.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (2001). *Relational Frame Theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic Publishers.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Wilson, K. G. (2012). Contextual behavioral science more adequate to the challenge of the human condition. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 1, 1-16.
- Hayes, S. C., & Shenk, C. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 249-254.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Follette, V. M., & Lenehan, M. M. (Eds.) (2004). *Mindfulness and Acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*. United States of America: The Guilford Press. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Hayes, S.C., Villatte, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, Aware, and Active: Contextual Approaches as Emerging Trend in the Behavioral and Cognitive Therapies.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Wilson, K.G., Bisset, R. T., Pistorello, J., Taormino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J.P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: a preliminary test of a working model. *Psychological Record*, 54, 553-578.
- Sánchez-Hervás, E., Bou, N. M., Del Olmo, G. R., Tómas, G. V., & Morales, G. E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 3 (4), 237-243.
- Huebner, R. B., & Tonigan, J. S. (2007). The Search for mechanisms of behavior change in evidence-based behavioral treatments for alcohol use disorders: Overview. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31, (S3) 1S-3S.
- Irving, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(4), 563-570.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P.A., Addis, M. E., Koemer, K., Gollan, J. K., Goertner, R., & Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 295-304.
- Kazdin, A. E. (2000). *Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas*. México: Editorial Manual Moderno.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 10 (2), 144-156.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (8), 1116-1129.
- Kohlenberg, R. J., Hayes, S. C., & Tsai, M (1993). Radical behavioral psychotherapy two contemporary example. *Clinical Psychology*, 13, 579-592.
- Kohlenberg, R. J., Tsai, M., Ferrero, G. R., Valero, A. L., Fernández, P. A., & Virues, O. J.(2005). Psicoterapia analítico funcional y terapias de aceptación y compromiso: teoría, aplicaciones, y continuidad con el análisis del comportamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(2), 349-371.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Parker, C. R., Bolling, M. Y., & Kanter, J.W. (1999). Focusing on the client therapist interaction: Functional analytic psychotherapy: A behavioral approach. *European Psychotherapy*, 1(1), 15-25.

- Kramer, H.C., Wilson, G. T, Fairburn, C. G., & Agrass, W.S. (2002). Mediators and Moderators of treatment effects in randomized clinical trials. *Archives of general Psychiatry*, 59(10), 877-883.
- Lau, M. A., Segal, Z.V., & William, J. M. G. (2004). Teasdale's differential activation Hypothesis: implications for mechanisms of depressive relapse and suicidal behavior. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1001-1017.
- Lozano, C. B., Sobell, L. C., & Ayala, H. V. (2002). Diseminación del modelo de tratamiento autocambio dirigido para bebedores excesivos de alcohol, en instituciones de salud de México.
- Lazano-Ponce, E., Salazar-Martínez, E., Gutiérrez-Castrellón, P., Angeles-Llerenas, A., Hernández-Garduño, A., & Viramontes, J. L. (2004). Ensayos clínicos aleatorizados: variantes, métodos de aleatorización, análisis, consideraciones éticas y regulación. *Salud pública de México*, 4(6), 559- 584.
- Lazar, S. W., Bush, G., Ficchione, G. L., Khalsa, G., & Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*, 11, 1581- 1585.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. United States of America: The Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2003). *Manual para el tratamiento de los trastornos de personalidad limite*. España: Paidós.
- Linehan, M. M. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8 (4), 279-292.
- Lira-Mandujano, J., Gonzáles-Betanzos, F., Carrascoza, C. A. V., Ayala, H. E. V., & Cruz-Morales, S. E. (2009). Evaluación de un programa de intervención breve motivacional para fumadores: resultados de un estudio piloto. *Salud Mental*, 32, 35-41.
- Longabaugh, R., Donovan, D. M., Karno, M. P., McCrady, B. S., Morgenstern, J., & Tonigan, J. S. (2005). Active Ingredients: how and why evidence-based alcohol behavioral treatment interventions work. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, (2) 235-247.
- Longabaugh, R. & Morgenstern, J. (1999). *Cognitive-Behavioral Coping-Skills Therapy for Alcohol Dependence*. *Alcohol Research & Health*, 23, (2) 78-85.
- Luborsky, L., Rosenthal, R., Diguier, L., Andrusya, T. P., Berman, J. F., Levitt, J, T., Seligman, D, A., & Krause, E. D. (2002). The dodo bird verdict is alive an well-mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 2-12.

- Luciano, S. M. C., & Valvidia, S. M. S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT). Fundamentos, Características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27 (2), 79-91.
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, 6(4), 459-480.
- Mañas, M. I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: la tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Papeles del psicólogo*, 40, 26-34.
- Marlatt, G. A., & Chawla. (2007). Meditation and alcohol use. *Southern Medical Journal*, 100 (4), 451-453.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist philosophy and the treatment of addictive behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44-50.
- Martínez, K. I. M., Salazar, M. L. G., Pedroza, F. J. C., Ruiz, G. M. T., & Ayala, H. E. V. (2008). Resultados preliminares del programa de intervención breve para adolescentes que inician el consumo de alcohol y otras drogas. *Salud mental*, 31 (2), 119-127.
- Martínez, K. I. M., Pedroza, F. J. C., Vacío, M. A. M., Jiménez, A. L. P., & Salazar, M. L. G. (2008). Consejo Breve para adolescentes escolares que abusan del alcohol. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 34(2), 247-264.
- Meyers, R. J., Roizen, H. G., & Smith, J. E. (2011). The community reinforcement approach. *Alcohol Research & Health*, 33 (4), 380-388.
- Miller, W. R., Walters, S., & Bennett. M. (2000). How effective is alcoholism treatment in the United States. *Journal of Studies on Alcohol*, 62(2), 211-220.
- Millers, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). *Addiction*, 97, 265-277.
- Mondragón, G.R., Vital, C.M. & Quiroga, A.H. (2012). Un programa Cognitivo-Conductual-Motivacional en el tratamiento de adicciones: Un estudio de caso clínico. *Revista Mexicana de Psicología*. Número Especial. p. 755-756. Octubre. ISSN 0185607.3
- Morgenstern, J., & Longabaugh, R. (2000). Cognitive-Behavioral treatment for alcohol dependence: a review of evidence for its hypothesized mechanisms of action. *Addiction*, 95 (10), 1475-1490.
- Morgenstern, J., & Mckay, J. R. (2007). Rethinking the paradigms that inform behavioral treatment research for substance use disorders. *Addiction*, 102, 1377-1389.
- Muñoz, M., & Bermejo, M. (2001). *Entrenamiento en inoculación de estrés*. España: Editorial Síntesis.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Estrategia mundial para reducir el uso nocivo de alcohol. Suiza.
- Oropeza, R. T., Medina-Mora, M. E. I., & Sánchez, J. J. S. (2007). Evaluación de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *Revista Mexicana de Psicología*, 24 (2), 219-231.
- Orsillo, S. M., & Roemer, L. (Eds.) (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment*. United States of America: Springer.
- Ostafin, B. D., & Marlatt, G. A. (2008). Surfing the urge: experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of social and Clinical Psychology*, 27(4), 404-418.
- Pascual, J. L., Frias, M. D. N., & Monterde, H. I. (2004). Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 87, 1-8.
- Palfai, T. P., Monti, P. M., Colby, S. M., & Rohsenow, D. J. (1997). Effects of suppressing the urge to drink on the accessibility of alcohol outcome expectancies. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1) 59-65.
- Palfai, T. P., & Ostafin, B. D. (2003). Alcohol-related motivational tendencies in hazardous drinkers: assessing implicit response tendencies using the modified-IAT. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1149-1162.
- Pérez, R. L., & Quiroga, A. H. (2010). Aplicación del Programa de prevención Estructurada de Recaídas en un usuario consumidor de alcohol. *Revista Mexicana de Psicología*. Número especial, Memoria in Extenso. Pp. 1312-1313. Octubre. ISSN 0185607.
- Pérez-Romero, L. A. (2014). *Prevención estructurada de recaídas basada en destrezas de enfrentamiento y de atención plena (mindfulness) y aceptación para el mantenimiento del cambio en problemas de adicción a sustancias psicoactivas*. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, D.F., México.
- Quiroga, H. A., Sánchez, J. J. S., Medina-Mora, M. E. I., & Aparicio, C. F. N. (2007). Desarrollo de un modelo cognitivo-conductual motivacional para estudiantes universitarios con problemas de alcohol. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 563-577.
- Quiroga, H. (Trad.) (2003). *Línea Base Retrospectiva para la evaluación del consumo de Alcohol (LIBARE-A)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México. D.F. Traducida y adaptada al español del original en lengua inglesa de Sobell, C., & Sobell, B. (2000). *Alcohol Timeline Followback (TLFB)*. En *American Psychiatric Association (ed.), Handbook of psychiatric measures (pp. 477-479)*.

Washington, D.C., American Psychiatric Association., y de Sobell., C., & Sobell, B. (2003) Alcohol consumption measures. En J. P. Allen & V. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers* (rev. Ed.), Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Quiroga, A.H., Vital, C.M., & Cabrera, A.T. (2008). Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes Universitarios con problemas de Alcohol: Significancia Clínica y Estadística. *Revista Mexicana de Psicología*. Número Especial. p. 121. Octubre. ISSN 01855607-3

Quiroga, A.H., Vital, C.M., & Cabrera, A.T. (2009). Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes Universitarios con problemas de Alcohol: Resultados de seguimiento a dos años. *Revista Mexicana de Psicología*. Número Especial. p. 755-756. Octubre. ISSN 0185607.3

Quiroga, A.H., & Vital, C.M. (2010). Prevención Estructurada de Recaídas para estudiantes Universitarios con problemas de Alcohol: Resultados de seguimiento a tres años. *Revista Mexicana de Psicología*. Número Especial, Memoria in Extenso. Pp. 369-370. Octubre. ISSN 0185607.3

Quiroga, A.H., Vital, C.M. & Cabrera, A.T. (2011). Prevención de Recaídas para estudiantes Universitarios con dependencia sustancial al Alcohol: Resultados a cuatro años. *Revista Mexicana de Psicología*. Número Especial. p. 1016-1017. Octubre. ISSN 0185607-3

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003_a). Prevención Estructurada de Recaídas para Estudiantes Universitarios con Dependencia Sustancial a Severa al Alcohol y otras Drogas (PEREU): Un enfoque de consejo para pacientes de consulta externa. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, H.M., Herie, M. A. & Watkin-Merek, L. (1996). *Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach*, (pp. 1-210). Center for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Center. Toronto, Canadá.

Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.) (2003_b). *Escala de Dependencia al Alcohol (EDA - 25)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Skinner, Horn, Wanberg & Master (1984). *Alcohol Dependence Scale (ADS)*. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario. Canadá. Conductas Adictivas. México, D.F

Quiroga, H., & Vital, M. (Trads.) (2003_c). Prueba de Detección de Abuso de Drogas (PDAD-20). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Skinner (1982). *The Drug Abuse*

- Screening Test (DAST). Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario, Canadá.
- Quiroga, H. y Vital, M. (Trads.) (2003_d). *Inventario de Situaciones de Consumo de Alcohol (ISCA- A- 50)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, M. & G. Martin (1985). Inventory of Drug-Taking Situations– Alcohol. En H. M. Annis., M. A. Herie & L. Watkin-Merek, (1996). Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach, (pp. 28-36), Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá.
- Quiroga, H. & Vital, M. (Trads.). (2003_e). *Cuestionario de Confianza para el Consumo de Drogas-Alcohol (CCCD- A -50)*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, Programa de Conductas Adictivas. México, D.F. Traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Annis, M., Herie, A. & Watkin-Merek, L. (1996). Drug-Taking Confidence Questionnaire (DTCQ-50). En H. M. Annis, M. A. Herie & L. Watkin-Merek, Structure Relapse Prevention. An Outpatient Counselling Approach. (pp. 72-80). Centre for Addiction and Mental Health, Addiction Research Foundation, Clark Institute of Psychiatry, Donwood Institute, Queen Street Mental Health Centre. Toronto, Canadá, 1996.
- Quiroga, A. H., & Vital, C.M. (Trads.). (2003_f) Algoritmo de compromiso para el cambio (ACC-A). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, programa de Conductas Adictivas. México, D.F. instrumento traducido y adaptado al español del original en lengua inglesa de Shoeber, R., & Annis, H.M. (1995). The commitment to Change Algorithm for Alcohol (CCA-D): Psychometric properties. Manuscript in preparation.
- Raymond, F. A. (1999). What is Craving? Models, and implications for treatment. *Alcohol research & Health*, 23(3), 165- 173.
- Rojas, E., Real, T., Garcia-Siberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamientos de adicciones en México. *Salud Mental*, 34, 351-365.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2002). Expanding our Conceptualization of treatment for generalized anxiety disorder: integrating mindfulness / Acceptance-Based Approaches with Existing Cognitive-Behavioral Models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2012). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductual*. España: Editorial Desclée Brouwer.
- Sánchez-Hervás, E., Molina. B. N., Del Olmo, G. R., Tomás, G. V., & Morales, G. E. (2001). Craving y adicción a drogas. *Trastornos Adictivos*, 3(4), 237-243.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena: un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. España: Editorial Desclée Brouwer.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of Psychotherapy. The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Smith, J. E., Meyers, R. J., & Miller, W. R. (2001). *The community reinforcement approach to the treatment of substance use disorders*. *The American Journal on Addiction*, 10, 51-59.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2005). Guided self-change model of treatment for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 199-210.
- Snyder, D. K., Williams, R. M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: a 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 252 - 274.
- Sullivan, M. J. L., Rouse, D., Bishop, S., & Jhonston, S., (1997). Thought suppression, Catastrophizing, and pain. *Cognitive Therapy and Research*, 21 (5), 555-568.
- Teasdale, J. D., Segal, Z.V., & William, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and Therapy*, 33 (1), 25 - 39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z.V., William, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse / recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 615-623.
- Tiffany, S. T. (1999). Cognitive Concepts of Craving. *Alcohol research & Health*, 23(3), 215 - 224.
- Toll, B. A., Sobell, M.B., Wagner, E. F., Ridgeway, V. A., & Sobell, L. C. (2001). The relationship between thought suppression and smoking cessation. *Addictive Behaviors*, 26, 509-515.
- Wegner, D. M. (1997). When the antidote is the poison: Ironic mental control processes. *Psychological Science*, 8 (3), 148-150.
- Wegner, D. M., Schneider, D.J., Carter III, S. R., & White, T. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (1), 5-13.
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of Personality*, 62 (4), 615-640.
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review Psychology*, 51, 59-91.

- Wegner, D. M. (2011). Setting free the bears: escape from thought suppression. *American Psychologist Association*, 66 (8), 669-680.
- Wicksell, R. K., Olsson, G. L., & Hayes, S. C. (2010). Psychological flexibility as a mediator of improvement in Acceptance and Commitment therapy for patients with chronic pain following whiplash. *European Journal of Pain*, 1059.e1 – 1059.e 11.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: that was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59(4), 224-235.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19 (3), 211-228.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563-1571.
- Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R., & Marlatt, A. (2009). Mindfulness meditation for substance use disorders: a systematic review. *Substance Abuse*, 30(4), 266-294.

Anexos

Para mayores informes sobre los instrumentos mandar correo a: romeroeros@hotmail.com

ANEXO 1. Cuestionarios obtenidos del proceso de, traducción, adaptación y validación.

I) Escala de craving de alcohol de Penn adaptada a otras drogas (ECAP- D- 4)

Instrucciones: encierra el número más apropiado para cada pregunta

Si esta es la primera vez que estas contestando este cuestionario, las preguntas aplican a **LA ÚLTIMA SEMANA en que hayas consumido alcohol o drogas**. Si estas recibiendo algún tratamiento para la desintoxicación, excluye este periodo, contesta según aplique a tu situación, es decir si solo consumes alcohol contesta pensando en ello, lo mismo si es para el uso de otra droga y si son ambas hazlo pensando en la que más frecuentemente consumes.

1.- ¿Que tan frecuentemente has pensado en beber alcohol (o consumir droga) o que tan bien una bebida (o algo de droga) te haría sentir durante este periodo?

- ❖ Nunca, eso es, 0 veces durante este periodo
- ❖ Rara vez, eso es, 1 o 2 veces durante este periodo
- ❖ Ocasionalmente, eso es, 3 o 4 veces durante este periodo
- ❖ Algunas veces, eso es, 5 o 10 veces durante este periodo o 1 o 2 veces al día
- ❖ Con frecuencia, esto es, 11 a 20 veces durante este periodo o 2 o 3 veces al día
- ❖ La mayor parte del tiempo, esto es, 20 o 40 veces durante este periodo o 3 a 6 veces al día
- ❖ Casi todo el tiempo, esto es, más de 40 veces durante este día o más de 6 veces al día

2.- ¿Cuánto tiempo has pasado pensando en beber (o consumir droga) o en que tan bien una bebida (o algo de droga) te haría sentir durante este momento?

- ❖ Nada
- ❖ Menos de 20 minutos
- ❖ De 21 a 45 minutos
- ❖ De 46 a 90 minutos
- ❖ De 90 minutos a 3 horas
- ❖ De entre 3 a 6 horas
- ❖ Más de 6 horas

3.- ¿Que tan difícil sería resistir tomar una bebida durante este periodo (o consumir algo de droga), si supieras que tienes una botella de alcohol (o algo de droga) en tu casa?

- ❖ En absoluto, no sería difícil
- ❖ Muy levemente difícil
- ❖ Levemente difícil
- ❖ Moderadamente difícil
- ❖ Muy difícil
- ❖ Extremadamente difícil
- ❖ No sería capaz de resistir

4.- Manteniendo en mente tus respuestas a las preguntas anteriores, por favor calcula cuanto deseo por lo general tuviste por consumir alcohol o droga, según sea el caso, en el periodo de tiempo señalado.

- ❖ Nunca pensé en beber (o consumir droga) y nunca tuve el deseo de beber (o consumir)
- ❖ Rara vez pensé en beber (o consumir) y rara vez tuve el deseo de beber (o consumir)
- ❖ Ocasionalmente pensé en beber (o consumir droga) y ocasionalmente tuve el deseo de beber (o consumir droga)
- ❖ Algunas veces pensé en beber (o consumir droga) y algunas veces tuve el deseo de beber o (consumir droga)
- ❖ Con frecuencia pensé en beber(o en consumir droga) y frecuentemente tuve el deseo de beber (o consumir)
- ❖ La mayor parte del tiempo pensé en beber (o consumir) y también la mayor parte del tiempo tuve el deseo de beber (o consumir)
- ❖ Casi todo el tiempo pensé en beber (o consumir) y también casi todo el tiempo tuve el deseo de beber (o consumir droga)

J) Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness (CCFM - 39)

Edad: ____ Sexo: H M

Abajo encontraras algunas oraciones, por favor indica que tan cierta es cada oración si la aplicarás a ti, utiliza la siguiente escala para hacer tu elección.

Preguntas	Nunca es cierto	Casi nunca es cierto	Algunas veces es cierto	Siempre es cierto
1.- Normalmente cuando tengo, imágenes o pensamientos perturbadores, puedo simplemente observarlos sin reaccionar				
2.- Normalmente cuando tengo, imágenes o pensamientos perturbadores, me siento tranquilo poco después de tenerlos				
3.- Por lo general, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiosas, simplemente los noto y los dejo que se vayan				
4.- Cuando me baño, estoy alerta de las sensaciones del agua en mi cuerpo				
5.- Me doy cuenta de cómo los alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones				
6.- Presto atención a las sensaciones, como el viento en el pelo o el sol en mi cara				
7.- Pongo atención a los sonidos, tales como el “tic – tac” del reloj, el canto de los pájaros, o los carros que pasaban				
8.- Me doy cuenta de elementos visuales en obras de arte o en la naturaleza, tales como colores, formas, texturas o patrones de luz y sombra				

	Nunca es cierto	Casi nunca es cierto	Algunas veces es cierto	Siempre es cierto
9. - Pongo atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y conducta				
10.- Me resulta difícil mantener la concentración en lo que está pasando en el presente				
11.- Parece que estoy en piloto automático y sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo				
12. - Hago de prisa actividades sin estar realmente atento a ellas				
13. - Hago trabajos o tareas de forma automática, sin ser consciente de lo que estoy haciendo				
14. - Me encuentro haciendo cosas sin poner atención				
15. - Soy bueno en encontrar las palabras para describir mis sentimientos				
16. - Fácilmente puedo poner mis creencias, opiniones y expectativas en palabras				
17. - Es difícil para mí encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando				
18. - Me cuesta pensar en las palabras adecuadas para expresar lo que siento acerca de las cosas				
19. - Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, es difícil describirla porque no puede encontrar las palabras adecuadas				
20. - Aún cuando me siento terriblemente molesto, puedo encontrar una manera de ponerlo en palabras				

	Nunca es cierto	Casi nunca es cierto	Algunas veces es cierto	Siempre es cierto
21. - Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras				
22.- Usualmente puedo describir lo que siento en este momento con gran detalle				
23. - Me digo a mí mismo, que no debía de estar sintiendo como me estoy sintiendo				
24. - Creo que algunos de mis pensamientos son anormales o malos y no debería de pensar de esa manera				
25.- Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos				
26.- Me digo a mí mismo, que no debería de estar pensando en la forma en que estoy pensando				
27. - Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y no debería de sentirlas				
28.- No estoy de acuerdo con migo mismo cuando tengo ideas irracionales				
29. -Por lo general, cuando tengo pensamientos o imágenes angustiosas, me juzgo como bueno o malo, dependiendo de lo que se trata el pensamiento o imagen				

K) Cuestionario de Ace y Acc (CAA - 15)

Abajo encontraras una lista de afirmaciones, por favor califica que tan verdadera resulta cada una de las afirmaciones si la aplicaras a ti. Usa la siguiente escala para hacer tu elección.

1	2	3	4
Nunca es cierto	Casi nunca es cierto	Algunas veces es cierto	Siempre es cierto

1.- Intento que no entren en mi mente pensamientos y sentimientos que no me gustan, procurando no pensar en ellos	1	2	3	4
2.- Una persona que realmente es estable, no debería actuar con gran dificultad ante las situaciones difíciles, como lo hago yo	1	2	3	4
3.- Hay algo que se puede hacer para evitar tener los pensamientos y sentimientos que son desagradables	1	2	3	4
4.- Hay muchas actividades que dejo de hacer cuando me siento deprimido o ansioso	1	2	3	4
5.- Cuando me siento deprimido o ansioso, soy incapaz de poner atención a mis responsabilidades	1	2	3	4
6.- Cuando me comparo con otras personas, parece que la mayoría de ellas están manejando su vida mejor de lo que yo lo hago	1	2	3	4
7.- Evito ponerme en situaciones donde estoy incomodo	1	2	3	4
8.- Trato de evitar con fuerza los sentimientos de tristeza y ansiedad	1	2	3	4
9.- Para que pueda hacer algo debo de tener todas mis dudas resultas	1	2	3	4
10.- Paso mucho tiempo pensando en las cosas que haré, una vez que me sienta mejor	1	2	3	4
11.- Tengo miedo de mis sentimientos	1	2	3	4
12.- Como o bebo más de lo normal cuando estoy pasando por un momento emocionalmente inestable	1	2	3	4

1	2	3	4
Nunca es cierto	Casi nunca es cierto	Algunas veces es cierto	Siempre es cierto

13.- Para estar listo, para hacer algo, tengo que sentirme bien con respecto a ello	1	2	3	4
14.- Evito situaciones que pudieran provocarme sentimientos y pensamientos desagradables	1	2	3	4
15.- Para realizar una acción, debo de estar seguro de que el resultado de la acción que tomaré es correcto	1	2	3	4

L) Inventario de supresión - oso blanco (ISPOB - 12)

Este cuestionario trata sobre pensamientos, no hay respuestas correctas o incorrectas, así que por favor responda honestamente a cada uno de los puntos que siguen. Asegúrese de contestar cada pregunta encerrando en un círculo la letra que aparece alado de cada oración.

A	B	C	D
<i>Nunca es cierto</i>	<i>Casi nunca es cierto</i>	<i>Algunas veces es cierto</i>	<i>Siempre es cierto</i>

1.- Algunas veces me pregunto porque tengo los pensamientos que tengo	A	B	C	D
2.- Tengo pensamientos que no puedo detener	A	B	C	D
3.- Hay imágenes que vienen a mi mente y que no puedo borrar	A	B	C	D
4.- Mis pensamientos frecuentemente vuelven a una idea	A	B	C	D
5.- Siempre trato de poner los problemas fuera de mi mente	A	B	C	D
6.- Hay pensamientos que siguen dando vueltas en mi cabeza	A	B	C	D
7.- Hay cosas en las que trato de no pensar	A	B	C	D
8.- A veces realmente desearía que pudiera dejar de pensar	A	B	C	D
9.- Algunas veces hago cosas para distraerme de mis pensamientos	A	B	C	D
10.- Tengo pensamientos que trato de evitar	A	B	C	D
11.- Hay muchos pensamientos que tengo y que no le digo a nadie	A	B	C	D

ANEXO 2. Cartas descriptivas de las sesiones del entrenamiento en habilidades de atención plena y aceptación

Componente: Mantenimiento del cambio: “Atención plena”



Para mayores informes sobre el manual de intervención o instrumentos mandar correo a:

romeroeros@hotmail.com

Índice

Sesión 1: Piloto automático y recaída

- Visión general de la primera sesión: materiales, objetivos, tema, resumen de la sesión y prácticas para la casa.
- Folleto 1.1.- Visión general de sesiones del componente.
- Folleto 1.2.- Definición de Atención Plena.
- Folleto 1.3.- Sesión 1, tema y ejercicio para realizar en casa: piloto automático y recaída.

Sesión 2: Conciencia de los disparadores y los deseos intensos

- Visión general de la segunda sesión: materiales, objetivos, tema, resumen de la sesión y prácticas para la casa.
- Folleto 2.1.- Problemas comunes en la práctica de la mediación y en nuestras vidas cotidianas.
- Folleto 2.2.- Hoja de trabajo para detectar los disparadores para el consumo.
- Folleto 2.3.- Sesión 2, tema y ejercicio para realizar en casa: conciencia de los disparadores y de los deseos intensos.

Sesión 3: Atención plena en situaciones de alto riesgos

- Visión general de la tercera sesión: materiales, objetivos, tema, resumen de la sesión y prácticas para la casa.
- Folleto 4.1.- Sesión 4, tema y ejercicio para realizar en casa: atención plena en situaciones de alto riesgo.
- Folleto 4.2.- Registro de práctica diaria.

Sesión 4: Aceptación y Acciones hábiles

- Visión general de la cuarta sesión: materiales, objetivos, tema, resumen de la sesión y prácticas para la casa.
- Folleto 5.1.- Hoja de trabajo del espacio de la respiración de la sobriedad en situaciones difíciles.
- Folleto 5.2.- Posturas de movimientos consientes.
- Folleto 5.3.- Sesión 5, tema y ejercicio para realizar en casa: aceptación y acciones hábiles.
- Folleto 5.4.- Registro de práctica diaria.

SESIÓN 1

Piloto Automático y Recaída

Materiales

- ❖ Pasas, (ó arándano rojo y seco)
- ❖ Folletos
- ❖ Pizarrón y marcadores (opcional)
- ❖ Folleto 1.1: visión general de las sesiones de tratamiento
- ❖ Folleto 1.2: Definición de Atención Plena
- ❖ Folleto 1.3: Sesión 1 tema y ejercicio para realizar en casa: Piloto Automático y Recaída
- ❖ Folleto 1.4: Registro de práctica diaria

Tema

Quando experimentamos deseos intensos o urgencias de consumir alcohol o drogas, algunas veces nos involucramos en conductas reactivas y actuamos sobre ellas, sin plena conciencia de lo que está ocurriendo y cuáles serán las consecuencias. Esta primera sesión introduce la idea de “piloto automático” o “actuar sin conciencia”, y discute la relación entre el piloto automático y la recaída. Comenzamos utilizando la conciencia atenta para reconocer esta tendencia y a continuación aprender maneras para pasar de esta conducta habitual y algunas veces contraproducente a la observación de lo que está pasando en nuestras mentes y en nuestros cuerpos sin reaccionar automáticamente. Esta sesión utiliza el ejercicio de la “pasa” para introducir la conciencia atenta y contrastarla con el piloto automático. La práctica del escaneo corporal es entonces introducida como una forma de traer la atención a las experiencias del momento presente del cuerpo.

Objetivos

- ❖ Introducir la idea del “piloto automático” y crear conciencia de lo inconsciente que somos algunas veces
- ❖ Introducir fundamentos y prácticas del Modelo de Prevención de Recaídas Basado en la Atención Plena
- ❖ Presentar a la atención plena como un medio para convertirse consiente de los patrones de la mente
- ❖ Introducir el escaneo corporal como una forma de traer la conciencia a las expresiones físicas

Resumen de la primera sesión

- ❖ Introducciones
- ❖ Expectativas del participante y reglas de confidencialidad y privacidad
- ❖ Ejercicio de la pasa (practica 1.1) / piloto automático y recaída
- ❖ Definir el concepto de atención plena
- ❖ Meditación del escaneo corporal (practica 1.2)
- ❖ Practica para la casa
- ❖ Cierre

Práctica para la casa

- ❖ Escaneo corporal 6 de 7 días
- ❖ Atención plena de una de actividad diaria
- ❖ Llenar el registro de práctica diaria

Práctica 1.1: ejercicio de la pasa

Voy a pasarte algunos objetos. Toma dos o tres y sostenlos en la palma de tu mano. Ahora, me gustaría invitarte a que escojas uno de estos objetos y tan bien como puedas trae tu atención entera a este objeto, por los siguientes minutos. Primero, debes notar solamente que objeto levantaste. ¿Hubo algo en particular en este objeto que atrajera tu atención?

Ahora observa este objeto cuidadosamente, como si nunca hubieras visto algo parecido. Trae tu atención a como lo observas, quizá levántalo con tu otra mano y observa todas sus cualidades. Podrías incluso imaginar que has llegado de otro planeta y que tu misión es observar este objeto con tanto detalle como sea posible, como si fueras a reportar al planeta donde vives todas sus propiedades.

Podrías sentir su textura entre tus dedos, nota su color y superficies y su forma única. Mientras estas haciendo esto, debes de estar consciente también de los pensamientos que estas tenido sobre el objeto, o sobre el ejercicio o acerca de cómo estás haciendo el ejercicio. Debes notar tus sensaciones, también, como placer o quizá aversión por este objeto o este ejercicio. Solo nota estos pensamientos o sensaciones también y lo mejor que puedas, trae tu atención de vuelta a explorar simplemente este objeto.

Podrías traer este objeto debajo de tu nariz e inhalar, nota si tiene algún aroma. Podrías incluso llevarlo a tu oído y apretarlo un poco y ver si tiene algún sonido. Y ahora toma otro y obsérvalo. Ahora tráelo lentamente a tus labios, se consciente del movimiento de tu brazo para posicionar a tu mano correctamente. Y entonces gentilmente coloca el objeto contra tus labios, date cuenta de cómo se siente allí. Mantenlo en ese lugar por un momento, se consciente de las sensaciones y de cualquier reacción. Quizá hay anticipación o tú boca empieza a salivar.

Ahora coloca el objeto en tu lengua y has una pausa aquí para sentir como se siente este objeto en la boca. Las superficies, las texturas, incluso la temperatura de este objeto. Ahora empecemos con una pequeña mordida en este objeto y has nuevamente una pausa. Nota que sabores son liberados, si la textura ha cambiado. Quizá el objeto ahora se ha convertido en dos objetos.

Ahora másticalo lentamente, nota su sabor actual y cambio en la textura. Quizá nota también como la lengua y la mandíbula trabajan juntas para colocar el objeto entre los dientes, como la lengua sabe exactamente donde colocar el objeto para que lo mastiques.

Y cuando te sientas listo para tragarlo, mira el impulso para tragarlo. Quizá has una pausa antes de tragarlo para notar la urgencia. Luego mientras tragas el objeto, tan bien como puedas, siente como baja de la garganta y llega dentro del estomago. Podrías aun darte cuenta de que tu cuerpo es un objeto pequeño y más pesado

Práctica 1.2: Meditación del escaneo Corporal

Permite que tus ojos se cierren suavemente. Tómate algunos momentos para entrar en contacto con el movimiento de tu respiración. Cuando estés listo trae su atención a las sensaciones físicas de tu cuerpo, especialmente a las sensaciones del tacto o la presión que surge cuando su cuerpo hace contacto con el suelo o la silla. Con cada exhalación, permítete dejarte ir, a hundirte un poco más en el suelo o en la silla.

La intención de esta práctica no es cambiar algo, sentirse diferente, relajado o en calma: esto puede suceder o no. En lugar de esto, la intención de la práctica es y en la medida de sus posibilidades, traer la conciencia a cualquier sensación que detecte, mientras enfocas tu atención en cada parte del cuerpo. Si encuentras que tu mente esta distraída, amablemente tráela devuelta a la conciencia de su cuerpo.

Ahora trae tu conciencia a las sensaciones físicas en su abdomen, llegando a darse cuenta de estas sensaciones, mientras inhalas y exhalas. Tomate unos cuantos minutos para sentir las sensaciones cambiantes, nota como la inhalación se siente diferente a la exhalación.

Habiendo conectado con las sensaciones en el abdomen, mueve el foco de tu conciencia a través del cuerpo y deposítala en los dedos del pie izquierdo. Enfócate en el dedo gordo del pie izquierdo. Nota todas las sensaciones en ese dedo. A continuación, permite a tu atención moverse a cada uno de los dedos en turno del pie izquierdo, lleva una curiosidad amable a las características de las sensaciones que encuentres, quizá notes la sensación de contacto entre los dedos, una sensación de hormigueo, calor o ninguna sensación en particular. Si hay áreas que no pueda sentir, solo mantén tu concentración allí, notando cualquier cosa que puedas de esa área.

Cuando esté preparado, siente o imagina la respiración entrando en los pulmones y, después descendiendo a través de todo el cuerpo, dentro del pie izquierdo, y a los dedos del pie izquierdo. Después, imagina que la respiración regresa a través de todo tu cuerpo, desde los dedos del pie. A continuación imagina que la respiración regresa y pasa por todos los lugares por los que lo hizo cuando inhalaste, desde los dedos de los pies, a través del cuerpo y sale por la nariz. De esta manera estas enviando tu respiración a los dedos del pie izquierdo, y después permites que regrese a través de todo tu cuerpo y salga por tu nariz. Tan bien como puedas, continúa con esto por unas pocas respiraciones. Posiblemente sea difícil mantener esto, solo practique tan bien como pueda, aproximándose de una manera juguetona.

Cuando esté listo, deje ir la conciencia de los dedos de sus pies, y lleve su conciencia a las sensaciones de la parte inferior de su pie izquierdo, traiga una conciencia curiosa y amable a la planta del pie, sintiendo todas las sensaciones, ahora lleve su conciencia a la parte superior del pie y a continuación al tobillo. Siente los músculos, huesos y tendones en el tobillo. Ahora mueva hacia arriba su atención a la pantorrilla y a la espinilla. Siente la ropa contra la piel de esa área, o cualquier sensación en los músculos. Ahora hacia arriba en la rodilla. Detectan tan bien como

puedas las sensaciones en esa área, mandando tu respiración a cada área conforme vas ascendiendo hacia la pierna. Podrías pensar en tu conciencia como si fuera un sistema de búsqueda, que se mueve lentamente a través de tu cuerpo, trayendo dentro del foco de atención cualquier sensación en esa área. Nuevamente, si hay áreas donde es difícil detectar alguna sensación, solo siente tanto como puedas. Ahora trae tu atención a atención al muslo izquierdo. Nota las sensaciones allí. Quizás sientas la presión de tu pierna contra la silla, o lugares donde esta parte de tu pierna hace contacto toca el piso si estuvieras acostado.

A lo largo de este ejercicio, y de vez en cuando, la mente inevitablemente se alejara de la respiración y del cuerpo. Esto es enteramente normal; esto es lo que la mente hace. Cuando notes esto, solo reconócelo, nota a donde se ha ido, y después amablemente regresa tu atención a la parte del cuerpo en cuestión.

Ahora envía tu atención hacia la pierna derecha, a través del pie derecho, y del interior de los dedos de este pie. Nuevamente, imagina que tu respiración desciende a los dedos de tu pie y vuelve arriba a través de tu cuerpo y sale por tu nariz. Continua trayendo la conciencia y una curiosidad amable a las sensaciones físicas, permitiendo que cualquiera de las sensaciones que este en los dedos, solo sean, como ellas son. Ahora nota que sientes en la planta de tu pie derecho, en el empeine de tu pie, y en el tobillo. Ahora lleva tu conciencia arriba a tu pantorrilla y nota las sensaciones allí. Ahora a la rodilla izquierda.

Si sientes algún dolor o incomodidad en alguna de estas áreas, solo date cuenta de eso, y practica enviando la respiración a esa área, y tan bien como puedas, deja que las sensaciones sean como son. Ahora gentilmente guía a tu conciencia a al interior de tu muslo derecho, nota la sensación en esa área. Ahora arriba en tus caderas y cintura, siente tu peso sobre la silla (o el piso). Ahora mueve tu foco de atención lentamente hacia arriba a tu abdomen. Siéntelo como desciende y baja con cada respiración. Ahora lleva tu atención al interior de tu tórax. Solo siente tantas sensaciones como puedas. Mueve tu sistema de búsqueda de atención alrededor de tu espalda, la espalda baja y la parte superior de la espalda, siente los lugares donde toca la silla o el piso. Siente cualquier lugar de tensión o molestia. Ahora arriba en tu pecho y tus hombros.

Cuando te hagas consiente de alguna tensión, o de otras sensaciones intensas en alguna parte en particular de tu cuerpo, podrías intentar respirar dentro de ellas, usando tu respiración para traer amablemente tu conciencia justo en las sensaciones, y tan bien como puedas, en la inhalación déjala ir.

Si notas que tus pensamientos están dispersos, o si te distraes o te inquietas, solo nota eso también. Está bien, solo amablemente guía a tu atención de vuelta a las sensaciones en tu cuerpo.

Guía ahora tu atención abajo al brazo izquierdo y al interior de los dedos de la mano izquierda. Siente cada dedo y los lugares donde hacen contacto con la silla o con

tu cuerpo. Ahora arriba en la muñeca y al antebrazo. Nota todas las sensaciones allí. En el codo, más arriba del brazo, el hombro. Nota cualquier tensión, pesadez.

Ahora mueve amablemente tu atención al otro lado de tu cuerpo, al lado derecho, abajo al brazo derecho, y en los dedos de la mano derecha. Siente cada uno de ellos separadamente. Nota cualquier hormigueo o urgencia por moverlos. Nota si hay algún dedo que eres incapaz de sentir tan bien como los otros. Ahora guía tu atención a la palma de la mano, a la muñeca, al antebrazo y al codo. Ahora concéntrate en tu brazo y hombro.

Deja que tu atención entre en tu cuello. Siente donde hay tensión o pesadez. Se consiente de las áreas en las cuales es difícil detectar sensaciones. Ahora lleva tu centro de atención arriba a la nuca. Ve si puedes sentir el pelo sobre tu cabeza. Trae tu conciencia al oído izquierdo, a continuación sobre el oído derecho. Ahora en la frente.

Explora ahora sobre las sensaciones en tu cara. Tus ojos, tus mejillas, tu nariz. Ve si puedes sentir la temperatura de la respiración y si cambia cuando inhalas y exhalas. Siente cualquier sensación en tus labios, en tu barbilla, cualquier tensión o pesadez en tu mandíbula. Trae tu conciencia a la parte más alta de tu cabeza.

Ahora después de que has escaneado tu cuerpo completo de esta forma, pasa algunos minutos siendo consciente de tu cuerpo como una unidad y de la respiración fluyendo libremente dentro y fuera de tu cuerpo.

Ahora muy lentamente y amablemente, mientras aun mantienes una conciencia de tu cuerpo, cuando estés listo, quizá mueve un poco tu cuerpo, mueve los dedos de tus pies y manos o amablemente estírate, luego permite a tus ojos abrirse y a tu conciencia incluir la habitación y a las personas alrededor tuyo.

Folleto 1.1: resumen de las sesiones

Sesión 1: piloto automático y recaída

En esta primera sesión, hablaremos de la idea de “piloto automático”, o la tendencia a comportarse de una forma mecánica. Hablaremos de esto específicamente en relación al uso de drogas y alcohol (como influye en los deseos intensos y urgencias “automáticamente” sin conciencia). Iniciamos esta exploración con un ejercicio llamado escaneo corporal para practicar a propósito trayendo la atención al cuerpo.

Sesión 2: Conciencia de los disparadores y deseos intensos

Esta sesión se centra en aprender a sentir/experimentar los disparadores, deseos intensos y pensamientos de usar alguna sustancia sin reaccionar automáticamente a ella. Nos centraremos en reconocer los disparadores y como se sienten las reacciones en el cuerpo, específicamente las sensaciones, pensamientos y emociones que algunas veces acompañan al deseo intenso por consumir o “craving”. Empezamos a usar la atención plena para traer más conciencia de este proceso típicamente automático, aprendiendo a experimentar el deseo intenso por consumir y las urgencias en una forma que incremente nuestras elecciones en como respondemos.

Sesión 3: Atención plena en situaciones de alto riesgo

Nos concentraremos en estar presentes en situaciones o con personas que han previamente sido asociadas con el uso de la sustancia, utilizando la atención plena para aprender a experimentar las presiones o urgencias para usar la sustancia sin automáticamente llegar a usar la sustancia. Identificamos peligros individuales para la recaída y exploramos formas para enfrentarse con la intensidad de los sentimientos que surgen en situaciones de alto riesgo.

Sesión 4: Aceptación y acciones hábiles

Algunas veces se puede sentir como una paradoja aceptar los pensamientos, sentimientos y sensaciones desagradables. La aceptación de la experiencia presente es una base importante para tomar cuidado de uno mismo verdaderamente y ver más claramente la mejor acción que se puede tomar. Se practican técnicas tales como: un espacio para la respiración y nos concentramos en usar estas en situaciones desafiantes. Esta sesión se mueve de notar señales de alarma y aprender a hacer una pausa a tomar acciones hábiles tanto en situaciones de alto riesgo como en la vida diaria.

Sesión 5: Ver los pensamientos como pensamientos

Exploraremos más adelante la consciencia del pensamiento y la relación que establecemos con este, poniendo una atención especial en experimentar los pensamientos como pensamientos (aun y cuando se sientan como verdaderos). Observaremos que rol juegan estos en el círculo de la recaída, especialmente en pensamientos que parecen problemáticos, y en formas más hábiles de trabajar con estos.

Folleto 1.2:
Definición de Atención Plena

*“La atención plena o mindfulness significa prestar atención
en una manera particular:
con propósito
en el momento presente
y sin juzgar.”*

Jon Kabat Zinn.

Folleto 1.3
Sesión 1 tema y ejercicio para realizar en casa
Piloto Automático y Recaída

Tema:

El piloto automático describe nuestra tendencia a reaccionar sin conciencia. Cuando experimentamos deseos intensos y urgencias por consumir alcohol u otras drogas, vamos la mayor parte del tiempo en piloto automático; esto es actuamos bajo la influencia de ellos sin conciencia plena de que está ocurriendo y de cuáles serán las consecuencias. La atención plena nos puede ayudar a salir de este modo de piloto automático, ayudándonos a aumentar nuestra consciencia y a hacer decisiones más conscientes en como respondemos, en lugar de reaccionar de la forma habitual y contraproducente.

Práctica para la casa, para la semana siguiente a la sesión 1

1.- Escaneo Corporal

Haz tu mejor esfuerzo por practicar el escaneo corporal 6 o 7 días entre el día de hoy y cuando nos volvamos a ver. No hay una forma correcta de hacerlo, ni tampoco algo en particular que debieras de experimentar. Solo nota cualquier cosa que este surgiendo en el momento presente.

2.- Atención plena en una actividad diaria

Escoge alguna actividad en la que te involucres cada día (por ejemplo; lavar los platos, tomar una café o té), y has lo mejor que puedas por traer tu atención entera a lo que experimentas de la misma forma en que los hicimos con la pasa. Podrías notar las cualidades del objeto o de la actividad, así como también las sensaciones, pensamientos o sentimientos que surjan.

3.- completa tu hoja de registro de práctica diaria

Llena está cada día, registra tu práctica de tención plena (tanto la del escaneo corporal como la de una actividad diaria. Por favor se honesto. No serás juzgado de ninguna forma acerca de lo mucho o poco que hayas sido capaz de practicar cada semana. Nota cualquier comentario tienes acerca de tu experiencia o cosas entren en la manera de practicar.

Folleto 1.4:
Hoja de registro de práctica diaria

Instrucciones: cada día, registra tu práctica de meditación, también percátate de algunas barreras, observaciones, o comentarios que tengas.

Fecha	Practica formal, ¿cuánto tiempo duro? CD	Atención plena de una actividad cotidiana	Observaciones comentarios
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	

SESIÓN 2

Conciencia de los disparadores y los deseos intensos

Materiales

- ❖ Pizarrón y marcadores
- ❖ Campana
- ❖ Folleto 2.1: problemas comunes en la práctica de la meditación (y en nuestras vidas cotidianas)
- ❖ Folleto 2.2: hoja de trabajo para detectar los disparadores
- ❖ Folleto 2.3: sesión 2 tema y ejercicio para realizar en casa: conciencia de los disparadores y de los deseos intensos
- ❖ Folleto 2.4: Registro de práctica diaria

Tema

Esta sesión se centra en reconocer los disparadores e introduce la práctica de experimentarlos sin reaccionar automáticamente ante estos. Empezamos por aprender a identificar los disparadores y observar como algunas veces nos llevan a una cadena de sensaciones, pensamientos, emociones y conductas. La atención plena puede traer este proceso a la conciencia, interrumpiendo las conductas automáticas reactivas y permitiendo una mayor flexibilidad y capacidad de elección.

Objetivos

- ❖ Continuar la práctica de incrementar la conciencia de las sensaciones del cuerpo
- ❖ Practicar la conciencia de las reacciones cognitivas, físicas y emocionales a los disparadores
- ❖ Mostrar como estas reacciones algunas veces llevan a conductas habituales y nos causan que perdamos consciencia de que esta actualmente pasando en este momento.
- ❖ Introducir la atención plena como una forma de crear una “pausa” en este proceso típicamente habitual.

Resumen de la segunda sesión

- ❖ Recepción
- ❖ Escaneo Corporal (práctica 1.2)
- ❖ Revisión de la tarea y obstáculos comunes
- ❖ Ejercicio de caminar por la calle (practica 2.1)
- ❖ Ejercicio de la ola del deseo (practica 2.2) y discusión de los deseos intensos
- ❖ Meditación de la montaña (practica 2.3)
- ❖ Práctica para la casa
- ❖ Cierre

Práctica para la casa

- ❖ Escaneo corporal
- ❖ Registro de práctica diaria
- ❖ hoja de trabajo para detectar los disparadores
- ❖ Atención plena de una actividad

Práctica 2.1: ejercicio de caminar por la calle

Fundamento: estamos constantemente interpretando y juzgando nuestra experiencia. Estas historias y juicios algunas veces proliferan, llevándonos a nuevos pensamientos, estados emocionales y algunas veces a la necesidad de reaccionar. Podríamos encontrarnos en un estado emocional o enganchado en una conducta con poca consciencia de cómo llegamos allí. Nos gustaría utilizar un ejemplo simple para ilustrar esto.

Encuentra una posición cómoda en tu silla. Permite que tus ojos se cierren, si lo prefieres, y tomate un momento solo para acomodarte. Voy a pedirte que imagines un escenario simple y que solo notes tanto como puedas tus pensamientos, emociones y las sensaciones de tu cuerpo. Imagina ahora que estas caminando en la calle. Imagina un lugar familiar, y observa realmente las señales que te rodean, escucha los sonidos que posiblemente estén en esta área, quizá los carros, las aves o las voces de las personas. O quizá esta muy silencioso. Ahora imagina que ves a alguien que conoces al otro lado de la calle, caminando en la dirección opuesta a ti, por lo que la persona está viniendo a ti. Deja que sea alguien a quien te alegra ver – quizá un amigo, un compañero del trabajo o alguien a quien podrías querer decir hola. Imagina a esa persona ahora. Conforme ves que esta persona está caminando hacia ti, nota que pensamientos pasan a través de tu mente y cualquier emoción o sensación que posiblemente estés experimentando.

Le sonrías y la saludas. La persona no te regresa el saludo y tan solo camina. Nota ahora que pasa por tu mente. ¿Qué pensamientos están surgiendo? Nota cualquier sentimiento o sensación en tu cuerpo y si pueden haber cambiado. Nota si tienes una urgencia o necesidad de actuar en alguna manera particular.

Cuando estés listo, permite a este escenario ir desapareciendo poco a poco y amablemente trae a tu consciencia de vuelta, dentro de la habitación y habré tus ojos.

Práctica 2.2: ejercicio de surfeo de la urgencia

Ahora vamos a hacer un ejercicio similar. Este ejercicio problema sea algo más intenso que el ejercicio previo. Te voy a pedir que te imagines a ti mismo en una situación que encuentres desafiante en tu vida presente, una en la cual este siendo provocado de alguna manera, quizá una situación en la que podrías ser tentado a consumir alcohol o drogas o engancharte en otra conducta que ha sido problemática para ti. Por favor cuida de ti mismo, eligiendo una situación que sea un reto pero no abrumadora. Conforme imagines esto. Te voy a pedir que imagines que no te enganches en la conducta reactiva. Si esta es el uso de la sustancia, entra en la discusión o pelea, o cualquier cosa que esto sea para ti. Te ánimo para permanecer con cualquier cosa que súrjalo lo mejor que puedas con una sensación de de amabilidad y curiosidad. Si el escenario que tu elegiste se siente abrumador o como algo que no quieres hacer o no estás listo para hacerlo, te ánimo para respetar ese límite (podrías imaginar una situación menos intensa en la que reacciones de una forma que se sienta automática o fuera de control). Por ejemplo podrías traer a la mente una relación o situación donde pudieras relacionar con enojo o de una manera que es dañina para ti o para otra persona. ¿Tienes algo en mente? Si en algún punto esto se vuelve abrumador, puedes siempre tan solo abrir tus ojos, o mover tan solo un poco tu cuerpo para volver al presente.

Ahora te voy a pedir que cierres tus ojos otra vez. Si esto se siente bien. Podrías dejarlos también abiertos si lo eliges, manteniendo un enfoque delicado a unos cuantos centímetros enfrente de ti y dejando a tus ojos tan solo descansar allí durante todo el ejercicio. Empieza por solo sentir tu cuerpo aquí en la silla. Notando las sensaciones. Dejando que la respiración fluya fácilmente dentro y fuera. Ahora trae este escenario que has elegido a la mente. Una situación que podría o ha causado en el pasado deseos intensos o urgencias por reaccionar en una manera reactiva, en una forma que no está de acuerdo con cómo quieres que sea en tu vida. Quizá estas con una cierta persona o en un cierto lugar. Quizá es algo que ha sucedido en el pasado que puedes recordar o una situación que imagines que sería desafiante para ti. Recuerda que en este escenario vas a hacer la elección de no usar ninguna droga o alcohol o a engancharte en cualquier comportamiento reactivo que este escenario te provoque.

Ahora tomate uno instantes para realmente imaginarte en esa situación o con esa persona. Imagina el evento o la situación que te condujo a tener esta reacción, e imagínate en ese punto, donde te sientes tentado o provocado, conforme pienses podrías actuar reactivamente. Vamos a hacer una pausa aquí por un momento. Algunas veces tendemos a caer tanto en el deseo intenso como a resistir éste. Sin embargo aquí vamos a explorar nuestra experiencia un poco, encontrando un balance, estando tan solo con la experiencia y observándola sin automáticamente reaccionar a ella.

Por lo tanto podrías estar notando cualquier emoción. Notando que pensamientos podrían estar viniendo o atravesando tu mente. ¿Qué sensaciones físicas estas experimentando en esa situación?, ¿Cómo se siente tu cuerpo?, notando

también, de que se trata esta experiencia que se siente intolerable. ¿Puedes estar con ella, y ser amable contigo mismo? Si te sientes abrumado en algún punto, puedes siempre regresar un poco, permitiendo a tus ojos abrirse o dejando que tu atención regrese a observar la respiración. Recuerda que estamos practicando el estar con la experiencia en una forma amable y curiosa. Estamos tomando la decisión de no actuar sobre ningún deseo intenso o urgencia que este surgiendo.....tan solo estemos con ellos y observándolos, lo mejor que puedas, que está pasando en tu cuerpo y en tu mente, como se siente una urgencia o deseo intenso, ve si puedes sentir que hay allí sin aprensarlo o resistirse a él.

Siente como es el no engancharse en una conducta, descubriendo que pasa cuando estas con esta experiencia y explórala un poco: ¿Que es lo que verdaderamente estas necesitando? ¿Hay algún anhelo por algo? Quizá hay miedo, coraje o soledad. Quizá alivio o libertad. ¿Qué es lo que realmente necesitas justo ahora? Solo permanece con esta incomodidad y sensación de poca familiaridad. Observando con una curiosidad amable.

Si el deseo o la urgencia se vuelve cada vez más intensa, podrías imaginarla como una marea del océano...imagina que montas esa ola, usando tu respiración como una tabla de surf para permanecer a salvo.....tu trabajo es surfear la ola del deseo desde su inicio y conforme crece, estando solo en ella, a través del punto más alto de su intensidad, mantén tu balance mientras la ola sube, permaneciendo en lo más lato de la ola hasta que naturalmente comience a descender. Estas montando esta ola en vez de sucumbir a la urgencia y ser consumido por ésta. Solo observa los patrones de cómo los deseos surgen y caen, y confía en que sin ninguna acción de tu parte, todas las olas del deseo, como las olas del océano, subirán y caerán, y eventualmente se desvanecerán.

Nota ahora como puedes simplemente estar presente con esta ola en lugar de inmediatamente reaccionar a ella. Acepta el deseo y permanece con él, sin entrar o actuar sobre él, sin tener que hacerlo desaparecer.

Ahora tomate el tiempo que necesites, amablemente deja ir el escenario que imaginaste, y lentamente y amablemente trae tu atención de vuelta dentro de la habitación. Toma un fuerte respiro si quisieras. Quizá mueve el cuerpo un poco si eso se siente bien.

Práctica 2.3: meditación de la montaña

Siéntate en una posición cómoda, con tu espalda recta pero relajada, con tu cabeza equilibrada sobre tu cuello y hombros, siéntate con una sensación de dignidad y tranquilidad. Cuando estés listo permite a tus ojos cerrarse, si esto es cómodo para ti. Si prefieres dejarlos abiertos, permíteles descansar en una mira descansada, quizá un poco enfrente de ti sobre el suelo. Y ahora permite que tu atención descase en la respiración y en como naturalmente fluye dentro y fuera de tu cuerpo. Tan solo observa tu cuerpo conforme respira. Entra en la tranquilidad, sentado con una sensación de entereza, con una postura que refleje esto.

Ahora, cuando estés listo, trae a la mente la imagen de una montaña. Imagina la montaña más hermosa que nunca hayas visto. Céntrate en la montaña o solo en la sensación de la montaña, permítele que venga más claramente a tu visión. Nota su forma, contorno: su elevado pico, su gran base anclada a la tierra, sus pendientes o lados inclinados. Nota lo enorme que es, que inamovible es, que hermosa es desde lejos y de cerca. Su figura y forma únicas. Quizá tu montaña tiene nieve en el cima y en los arboles sobre las pendientes más bajas. Quizá tenga un pico prominente, quizá una serie picos y una alta meseta. Sin embargo a si aparece, solo siéntate y respira con la imagen de la montaña, observado sus cualidades.

Cuando estés listo, observa si puedes traer la montaña dentro de tu cuerpo de esta forma tu cuerpo sentado aquí y la montaña se convertirán en uno. De tal forma que al estar sentado aquí, te conviertes en la montaña. Tu cabeza se convierte en el pico elevado, tus hombros y brazos en los lados de la montaña, tus muslos y piernas en la base de la montaña que la mantiene fija a tu silla o cojín. Experimenta en tu cuerpo una sensación de elevación desde la base de la montaña hasta arriba, a través de tu columna. Con cada respiración, te conviertes más y más en una montaña que respira, inquebrantable en su quietud, completamente es lo que eres, más allá de palabras y pensamientos, una presencia centrada, inmóvil y enraizada.

Como el sol viaja cada día a través del cielo y la luz, las sombras y colores están cambiando virtualmente momento a momento, la montaña solo está allí. En la tranquilidad de la montaña, la noche sigue al día y el día sigue a la noche, las estaciones del año siguen una a otra, y el clima cambia momento a momento, día a día. Calma permanente, todo cambia. En el verano no hay nieve excepto quizá en los picos. En el otoño, podría vestirse de un abrigo de colores, en invierno de una cobija blanca de nieve o hielo. En cualquier estación del año, podría encontrarse envuelta en nubes y neblina o golpeada por el granizo. Las personas podrían venir a ver la montaña y estar desilusionadas si no pueden verla claramente o podrían comentar sobre lo bello que es la montaña.

Y sin embargo y a través de todo esto, vista o no vista, con sol o nubes, en el sol sofocante o en el frío congelador, la montaña sigue estando allí. Sólida e inquebrantable. En algunos momentos visitada por tormentas violentas. Nieve, lluvia y

vientos de inimaginable magnitud; sin embargo y a través de todo la montaña solo sigue allí. Inamovible por lo que pasa en la superficie.

Mientras estés sentado mantén esta imagen en la mente, puedes traer estas mismas características; inquebrantabilidad, quietud y arraigo ante todo lo que cambia en tu vida, por encima de los segundos, horas y años. En nuestra practica meditativa y en nuestras vidas, experimentamos el constante cambio natural de la mente y el cuerpo, y todos los cambios en el mundo exterior.

Nosotros experimentamos nuestros propios periodos de luz y de oscuridad. Experimentamos tormentas de intensidad y violencia variable en el mundo exterior y en nuestras mentes. Resistimos periodos de oscuridad y dolor así como de alegría. Aun nuestra apariencia cambia constantemente, como la de la montaña, experimentando una alteración en su composición por sí misma.

A través de convertirnos en la montaña en nuestra meditación, podemos contactar con estas cualidades de fortaleza y estabilidad, adoptándolas como nuestras. Podemos usar su energía para sostener nuestros esfuerzos para encontrar cada momento con atención plena. Puede ayudarnos a ver que nuestros pensamientos y sentimientos, nuestras preocupaciones, nuestras tormentas emocionales y crisis, todas estas cosas que nos pasan son mucho como el mal tiempo en la montaña. Tendemos a tomarlo personalmente, pero como el clima, es impersonal. Manteniendo de esta forma, llegamos a conocer un silencio más profundo y sabiduría, de lo que podríamos haber pensado, justo aquí en medio de la tormenta. Las montañas tienen esto para enseñarnos, si podemos llegar a escuchar.

En la última parte de esta meditación, continua sentado con esta imagen de la montaña, encarnado sus raíces, tranquilidad y majestuosidad hasta que escuches el sonido de la palmada.

Folleto 2.1: retos comunes en la práctica de la meditación (y en nuestras vidas cotidianas)

Hay algunos retos que surgen muy comúnmente en el curso de la práctica de la meditación que la lista de estos retos ha permanecido constante a través de miles de años. Estas experiencias no son malas o inadecuadas; son simplemente parte de la práctica meditativa, y no significan que tu práctica meditativa no esté funcionando o que estas practicando de forma incorrecta. Estos retos son engañosos, astutos, porque cuando surgen son pueden ser extremadamente distractores, y las personas algunas veces se sienten derrotados por estos. Aprender a reconocer estas experiencias conforme surgen y conocer que son parte simplemente de la experiencia de la práctica de la meditación puede ser útil. No solo te ocurre a ti.

A través de reconocer estos retos en nuestra practica meditativa, podemos aprender también a notarlos en nuestra vida cotidiana y notar también las formas en las cuales tendemos a reaccionar a ellos.

1.- Aversión: esta es una experiencia de “no querer”. En cualquier momento que experimentamos algo y tenemos la reacción de no agrado, o el deseo de hacer que esa experiencia se aleje, podría ser descrita como aversión. Esta podrá incluir sentimientos de miedo, enojo, irritación, disgusto o resentimiento.

2.- Deseo: esta es la experiencia de “querer”. Puede ser tan sutil como querer sentirse relajado y tranquilo o tan extrema como una urgencia intensa por usar una sustancia.

3.- Inquietud o agitación: esta podría ser una especie de molestia. Puede ser experimentada físicamente, como un deseo intenso de moverse durante la meditación, o como agitación mental, donde la mente se siente inquieta o incomoda.

4.- Pereza o sueño: esta puede ser la sensación física de tener sueño o lentitud mental. Puede estar en la mente, en el cuerpo o en ambos.

5.- Incertidumbre o duda: estas pueden experimentarse como una sensación de duda o incertidumbre personal (“No puedo hacer esta práctica”) o como duda acerca de la practica y de su utilidad (“Estos es ridículo. Porque las personas solo se sentarían y verían su respiración”). La duda es un desafío astuto especialmente porque puede ser muy convincente. Puede ayudarnos recordar que la meditación ha sido empleada por miles de años y ha ayudado a miles de personas a transformar sus vidas. No hay nadie que no pueda participar en la práctica de la meditación, es accesible a quien quiera que desee practicarla, puede ser también una práctica desafiante, pero la parte importante es permanecer en ella, y cuando estos desafíos surjan traerlos también a tu conciencia.

Folleto 2.2

Hoja de registro de disparadores que notes.

Pon atención esta semana a que disparadores provocan deseo por alcohol o drogas. Usa el siguiente cuestionario para traer a la consciencia los detalles de la experiencia conforme esta ocurre.

<i>Fecha</i>	<i>Situación/Disparador</i>	<i>¿Qué sensación experimentaste?</i>	<i>¿Qué estado de ánimo, sentimientos o emociones tuviste?</i>	<i>¿Cuáles fueron tus pensamientos?</i>	<i>¿Qué hiciste?</i>
Viernes 3/04/ 13	Tuve una discusión con un amigo	Opresión en el pecho, frio, palmas de las manos sudorosas, latido del corazón rápido.	Ansiedad, deseo por consumir	Necesito algo que me saque de esta. ¿Cuánto efectivo tengo?	Tome una caminata, mas tarde hable con un amigo acerca de lo que me molestó.

SESIÓN 3

Atención plena en situaciones de alto riesgo

Materiales

- ❖ Pizarrón y marcadores (opcional)
- ❖ Folleto 4.1: sesión 4 tema y ejercicio para realizar en casa: atención plena de las situaciones de alto riesgo
- ❖ Folleto 4.2: Registro de práctica diaria

Tema

En esta sesión nos centraremos en estar presentes en situaciones desafiantes que han sido previamente asociadas con el uso de sustancias o con otras conductas reactivas. Aprenderemos como relacionarnos diferente con las presiones o urgencias para usar sustancias y practicaremos responder a estímulos altamente evocativos con conciencia más que con reacciones automáticas o por costumbre.

Objetivos

- ❖ Incrementar la conciencia de las situaciones de alto riesgo y de las sensaciones, emociones y pensamientos que tienden a ascender
- ❖ Practicar estar con sensaciones o emociones intensas e incómodas en lugar de evitarlas o tratar de deshacerse de ellas
- ❖ Aprende habilidades para que ayuden a estar presente y no ceder a la presión para usar sustancias en situaciones que previamente han sido asociadas con el uso
- ❖ Introducir la atención al caminar como otra práctica en incremento de la conciencia de otras sensaciones y traer la atención consciente dentro de la vida cotidiana.

Resumen de la segunda sesión

- ❖ Recepción
- ❖ Conciencia del ver
- ❖ Revisión de la tarea y obstáculos comunes
- ❖ Meditación mientras se está sentado: sonido, respiración, sensación y pensamiento (práctica 4.2)
- ❖ Espacio de la respiración de la sobriedad en situaciones desafiantes (práctica 4.3)
- ❖ Práctica para la casa
- ❖ Cierre

Práctica para la casa

- ❖ Meditación mientras se está sentado (6 ó 7 días)
- ❖ Mediación de la caminata o atención del caminar, por lo menos dos veces
- ❖ Espacio de la respiración de la sobriedad (diariamente, especialmente en situaciones desafiantes)

Práctica 3.1: Conciencia del escuchar

Toma un momento para sentarte en tu silla. Puedes cerrar tus ojos o dejarlos abiertos, como te sientas más cómodo. Solo permítete estar aquí en la habitación, siente tu cuerpo en la silla, como tu respiración entra y sale de tu cuerpo, nota todos los sonidos.

Escucha los sonidos dentro y fuera de la habitación. Escucha también los sonidos fuera como dentro de tu cuerpo, quizá escucha los sonidos más silenciosos, tan bien como puedas, deja ir las historias sobre los sonidos y tan solo escúchalos como secuencias de sonidos, suaves, altos o agudos.

Escucha la textura de los sonidos. No necesitas tratar de escuchar nada en particular, solo permite que los sonidos vengas a ti, como si escucharas con tu cuerpo entero, con todos tus sentidos, abierto y receptivo a la experiencia del sonido.

No hay necesidad de analizar o pensar los sonidos... Tan bien como puedas, tan solo experimentálos. Si notas que estas teniendo pensamientos como "Esto es extraño" o "No quiero hacer esto" tan solo nótalos y trae amablemente tu atención de vuelta a la experiencia de escuchar.

En cualquier momento que te percares que has empezado a pensar acerca de lo que estas escuchando en lugar de simplemente experimentarlo, amablemente trae tu atención de vuelta a escuchar simplemente.

Práctica 3.2: meditación de la respiración

Tómate un momento para sentarse en una postura natural, cómoda y relajada, con tus pies firmes sobre el piso, si estás sentado en una silla. Podría ser de ayuda sentarte lejos del respaldo de la silla, para que tu columna este adecuadamente posicionada. La forma en que estemos sentados durante la meditación puede ser muy importante.

Queremos una postura relajada con nuestra columna recta y nuestros hombros relajados. La cabeza puede estar inclinada un poco hacia el frente, para que si tus ojos se abren observen hacia el suelo. Encuentra una postura que represente dignidad y autosuficiencia, mientras aun permaneces relajado, no rígido. Así que tomate un momento para encontrar esa posición, esa sensación de alerta relajada. (Aquí el facilitador puede trabajar con la postura, corrigiéndola si es necesario).

Puedes mantener tus ojos abiertos o cerrados, con cualquiera de las formas con la que te sientas cómodo. A lo largo del curso, puedes querer experimentar con ambas manteniendo tus ojos abiertos y permitiéndoles cerrarlos en este ejercicio. Algunas veces es mejor comenzar con los ojos cerrados para poder centrar tu atención de mejor forma en tu experiencia, de que está pasando en tu mente y cuerpo. Pero por favor haz lo que sea más cómodo para ti. Si mantienes tus ojos abiertos, deja a tu mirada caer sobre un punto a unos cuantos metros enfrente de ti, sobre el piso o sobre la pared, mantén tu centro de atención suave, por lo que solo estas dejando a tus ojos descansar allí, y no realmente viendo algo.

Ahora permite a tu abdomen relajarse para que el aire pueda fluir fácilmente fuera y dentro. Suaviza los músculos de la cara, la mandíbula, los hombros y el cuello.

Tan bien como puedas deja ir cualquiera de los pensamientos o ideas que pudieras haber tenido en tu mente en el día. Solo permite que el pasado pase de lado, y deja ir los pensamientos y preocupaciones acerca de lo que viene después. Observa si puedes permitirte a ti mismo estar en este momento por este pequeño momento. Podrías “ser” por medio de traer la atención a las sensaciones físicas. Trae tu atención a las sensaciones físicas, puede ser una forma útil entrar o estar en el momento presente, porque no hay problema donde este tu mente, el cuerpo siempre está presente. Así que quizá ahora tan solo estés sintiendo el peso de tu cuerpo en la silla o en el cojín. Nota los lugares donde tu cuerpo hace contacto con el piso y con tu silla o cojín. Observa si puedes sentir la presión ligera de tu cuerpo contra tu piel o quizá el aire tocando tus manos o tu cara.

Ahora recoge tu atención y tráela a la respiración. Podrías sentirla en tu abdomen, como este se eleva y cae con la inhalación y la exhalación. Para ayudarte a centrar tu atención, puedes poner tu mano sobre tu abdomen para ayudarte a sentir la elevación y la caída de éste. O podrías escoger centrarte en el área justo debajo de tu nariz, sintiendo como el aire entra y deja el cuerpo.

Escoge le área donde sientas la sensación más fuerte y, tan bien como puedas, mantén tu atención allí, sintiendo la sensación de respirar. Sigue con tu conciencia las sensaciones físicas y cómo cambian con cada inhalación y exhalación. Percibe si puedes observar las pequeñas pausas entre la inhalación y la exhalación, y entonces de nuevo a la siguiente inhalación.

No estamos tratando de respirar profundamente o respirando de alguna forma, simplemente deja a tu cuerpo respirar de la forma en cómo naturalmente lo hace. No hay una forma particular en la que se suponga que tu cuerpo se deba de sentir. Simplemente estamos observando nuestro cuerpo como respira, permitiendo a tu experiencia sólo ser como ella es., sin necesidad de juzgarla o cambiarla.

Mientras estemos sentados con nuestra atención en nuestra respiración, la mente inevitablemente se distraerá. Ésto es natural, es lo que simplemente nuestra mente hace, ese es el hábito que permanentemente tiene. Cuando te vuelvas consciente de que tu atención ha sido capturada por un pensamiento, sentimiento o sensación, simplemente nóvalo. Puedes decirte a ti mismo “No ahora”, y permitirle a tu mente dejar el pensamiento o soltarlo, trayendo tu atención una vez más a cada una de las siguientes respiraciones. No hay necesidad de juzgarte a ti mismo cuando la mente se distraiga. Simplemente nóvalo, déjalo ir, y vuelve a la siguiente respiración. Este notar y estar otra vez es parte de la práctica.

Esto podría pasar unos cientos de veces y está bien. Simplemente guía tu atención de vuelta a la respiración y comienza otra vez.

Siempre que te encuentres alejado de lo que ocurre por los pensamientos o la intensidad de las sensaciones físicas, tan bien como puedas, trae una amable y cuidadosa curiosidad a tu experiencia. Luego reconéctate con el aquí y el ahora por medio de traer tu atención de vuelta a las sensaciones de la respiración.

En estos últimos momentos, renueva tu intención de estar presente, lo mejor que puedas, comenzando una y otra vez, tantas veces como necesites. Dejando ir los pensamientos y esta otra vez justo aquí, con atención en las sensaciones de la respiración.

Ahora amablemente expande tu centro de atención para incluir a la habitación y a las personas que te rodean aquí. Cuando estés listo, amablemente y atentamente permite a tus ojos abrirse, estando con esta sensación de conciencia.

Práctica 3.3: espacio para la respiración serena/sobria

Hemos estado haciendo varias meditaciones largas, tanto aquí como en casa. Ahora queremos traer estas prácticas a nuestras vidas de una forma que puedan ayudarnos a hacerle frente a dificultades diarias, situaciones estresantes, o a disparadores del consumo de sustancias, etcétera. Por lo que este es un ejercicio que puedes hacer casi donde sea, en cualquier momento, porque es muy breve y muy simple. Este ejercicio es especialmente útil cuando nos encontramos en situación estresante o de alto riesgo. Como vimos la semana pasada, algunas veces cuando somos activados por cosas dentro de nosotros mismos o en nuestro medio ambiente, tendemos a reaccionar de forma automática, lo que puede resultar en que nos comportemos de formas que no ayudan a nuestros intereses. Esta es una técnica que puede ser utilizada para ayudarnos a salir de este modo automático y convertirnos en más conscientes y atentos de nuestras acciones.

1. El primer paso es detenerse o ir más lento, justo donde estemos, y hacer la decisión de salir del piloto automático, a través de traer la conciencia a este momento.
2. Ahora solo observa lo que está sucediendo en este momento, en tu cuerpo, en tus emociones y en tus pensamientos.
3. Lleva tu atención y concentración simplemente a las sensaciones de la respiración
4. Aumenta la conciencia otra vez para incluir una sensación de el cuerpo entero y de la situación en la que estas.
5. Ahora nota como puedes responder con conciencia. Hablaremos de este último paso un poco más la siguiente vez

Intentémoslo ahora. Puedes mantener tus ojos abiertos o cerrados.

1. El primer paso es detenerse, salir del modo de piloto automático.
2. El siguiente paso es observar que está pasando en tu mente y en tu cuerpo justo ahora. ¿Cuál es tu experiencia en este momento?, ¿Que sensaciones notas?, ¿Hay alguna incomodidad o tensión en tu cuerpo?, ¿Que pensamientos están presentes?, ¿Que emociones puedes notar, y en que parte de cuerpo están?, solo reconóceselas, que esa es tu experiencia justo ahora.
3. Ahora tienes una sensación de lo que está pasando justo ahora en este momento. Ahora reconcentra tu atención, céntrala en la respiración, a la elevación y descenso de tu abdomen, momento a momento, respiración a respiración, tan bien como puedas.
4. Y el siguiente paso es permitir a tu conciencia expandirse, e incluir una sensación de tu cuerpo entero. Manteniendo a tu cuerpo entero en esta conciencia más suave y espaciosa.
5. Detecta que este es un lugar desde el cual tú puedes ser capaz de responder a cualquier situación con más conciencia.

Y luego, cuando te encuentres listo, muy gentilmente solo permite a tus ojos abrirse.

Práctica 3.4: espacio de la respiración serena o sobria (DORER) en situaciones desafiantes.

Vamos a realizar un ejercicio parecido al de la respiración serena o sobria (DORER) que realizamos la semana pasada, lo llevaremos un paso más allá. Una vez más, esté es un ejercicio que puedes hacer casi en cualquier lugar, en cualquier momento, porque es muy breve y simple. Puede ser usado en medio de una situación de alto riesgo o en una situación estresante, si te encuentras molesto por algo, o cuando estés experimentando urgencias o deseos intensos para usar sustancias.

¿Puedes revisar cuales son los pasos de esta práctica?

Detente y sal fuera del “piloto automático” en cualquier situación en la que te encuentres. Este es el primer paso en liberarte del modo del “piloto automático”, detenerte puede ser en sí mismo un paso poderoso en hacer cambios en tu vida.

Observa lo que está pasando justo ahora, en este momento.

Trae tu atención a tu respiración.

Expande tu conciencia para incluir la sensación de tu cuerpo como una unidad.

Responde atentamente, con conciencia del conjunto de elecciones que tienes enfrente de ti en esta situación. ¿Cuál es la mejor forma en la que puedes cuidar de ti mismo en esta situación?

Para esta ejercicio, vamos a pedirte que te imagines a ti mismo en una situación en la que probablemente pudieras haber reaccionado de una forma que no fuera adecuada para tus intereses. Podría ser una situación en la que te hayas sentido tentado a usar sustancias. Solamente te vamos a pedir que te imagines como lo hiciste hace unas semanas cuando realizamos el ejerció del surfear del deseo, que no uses o reacciones de alguna forma que sea dañina para ti o para alguien más. Te animamos a que permanezcas con cualquier cosa que surja con una sensación de curiosidad y amabilidad.

Si esto se siente como algo que no quieres hacer o para lo que aun no te encuentras preparado, te animamos a respetar ese límite. Podrías imaginar un escenario en el que reaccionas en una forma que se sienta automática o reactiva. Por ejemplo, una relación o situación, donde podrías reaccionar con enojo o en alguna forma que sea perjudicial para ti o para otra persona. Es mejor escoger algo desafiante pero no abrumador.

Así que ahora intentémoslo:

Cierra tus ojos, si eso te hace sentir cómodo, y trae a la mente una situación o circunstancias que haya pasado, o imagina una que pudiera ser desafiante para ti. Puedes utilizar alguna que la hayamos halado o pensar en otra diferente si tu quisieras. Esta podría ser una situación o persona o quizá una emoción que tiendan a provocar una reacción en ti – quizá deseo intenso por consumir o urgencias para usar una

sustancia o quizá la urgencia para comportarse reactivamente. Tomate un momento para imaginar esa persona, lugar, situación o sentimiento ahora.

Así que el primer paso es detenerse, justo allí en el punto más desafiante, has la decisión de salir fuera del piloto automático.

El siguiente paso es observar, llegar a convertirse realmente consciente de que está pasando contigo ahora, primero nota las sensaciones físicas, que están pasando en tu cuerpo. Nota las emociones, ahora nota cualquier pensamiento que pueda estar surgiendo. Nota también cualquier urgencia que pudieras tener y a la que pudieras reaccionar en cierta manera. No estamos apartando ninguna cosa u obteniéndola por la fuerza, solo estamos conociendo lo que está pasando. Siente como es el solo observar tu experiencia por un momento.

El tercer paso es recoger nuestra atención y dejarla tan solo reposar en la **respiración**, consciente de los movimientos del abdomen, de su elevación y caída en cada respiración, tan solo usando el ancla de la respiración para entrar a tu cuerpo y estar presente.

Ahora habiendo recolectado la atención, el siguiente paso **es expandir** esta conciencia para incluir una sensación de tu cuerpo entero, corazón, y mente, incluye cualquier hormigueo o tensión, revisa nuevamente con la mente y cualquier pensamiento o urgencia. Mantén tu cuerpo entero en esta conciencia más espaciosa y más suave.

Desde este lugar de una conciencia mas grande, nota una vez más la situación de alto riesgo en la que estas....., la situación, la emoción, o la persona que es un riesgo para ti. Y observa las opciones que tienes frente a ti. Observa que no hay problema con los pensamientos o sensaciones que estén cruzando tu mente o cuerpo justo ahora, aun tienes varias opciones de cómo responder. Desde este lugar de conciencia y compasión para contigo, pregúntate cual es la mejor de las opciones para ti, cuál de ellas es la que concuerda mas con cómo quieres que tu vida sea, con lo que es realmente importante para ti. Imagínate a ti mismo haciendo esta opción, la que te llevara lejos de usar o de reaccionar en formas que sean dañinas para ti y los demás. Mientras haces esta elección, vuelve a notar otra vez que está pasando en tu cuerpo. ¿Cuáles son las sensaciones, pensamientos y sentimientos que están allí?

Cuando estés listo amablemente deja ir esa escena, permite a tu atención regresar a esta habitación, permite a tus ojos abrirse.

Sesión 3 tema y práctica para la casa: atención plena en la vida cotidiana
Tarea 3.2

Tema

La meditación de la atención plena puede ayudarnos a incrementar la conciencia y subsecuentemente a hacer decisiones más sabias en nuestra vida cotidiana. Porque el respirar es siempre una experiencia en el momento presente, haciendo una pausa y poniendo atención a la respiración puede ser una forma para regresar al momento presente y al interior de nuestro cuerpo. Cuando estamos más presentes, somos algunas veces más conscientes y menos reactivos y puedes hacer decisiones desde una posición más fuerte y clara. El espacio de la respiración DORER es una práctica que puede extender esta cualidad de atención plena, desde una práctica formal (sentada o acostada) a situaciones diarias y retos que encontremos.

Practica para la casa, después de la sesión 3

1.- Empieza a integrar el espacio de la respiración DORER en tu vida cotidiana. Es mejor practicar esta tanto en el día como también en situaciones de reto. Haz una nota de tus prácticas en la hoja de registro diario.

Espacio para la respiración serena/sobria
Tarea 3.5

Este es un ejercicio que puedes hacer en cualquier lugar, en cualquier momento es muy breve y muy sencillo. Puede ser utilizado en medio de una situación de alto riesgo o estresante, si estas alterado por algo, o cuando estas experimentando urgencias o deseos intensos de usar alguna sustancia. Puede ayudarte a sacarte del estado de piloto automático, convirtiéndote menos reactivo y mas consciente y atento de tu respuesta.

Una forma de ayudarte a recordar estos pasos es el acrónimo: DORER (D=detenerse, O=observar, R=respirar, E=expandir y R= responder) o SOBER (sobrio/sereno) por sus siglas en ingles (S=stop, O=observe, B=breath, E=expand, R=respond).

D- Detener. Cuando estés en una situación estresante o de riesgo, o incluso en cualquier momento del día, recuerda detenerte o ir más despacio y checa que es lo que está pasando. Este es el primer paso en salir del piloto automático.

O-Observar. Observa las sensaciones que están ocurriendo en tu cuerpo. También observa cualquier emoción, o pensamiento que estés teniendo. Solo nota tanto como puedas tu experiencia.

R-respirar. Reconcentra tu atención y tráela de vuelta a tu respiración.

E-Expande tu conciencia para incluir el resto de tu cuerpo, tu experiencia y la situación, observa si puedes amablemente mantener todo esto en conciencia.

R-Responder (contra reaccionar) atentamente, con conciencia de que es necesariamente verdadero en la situación y cómo puedes tomar cuidado de ti mismo de la mejor forma. Cualquiera que sea lo que está pasando en tu mente y cuerpo, aun tienes una elección de cómo responder.

Folleto 3.3: hoja de registro de práctica diaria

Instrucciones: cada día, registra tu practica de meditación, también percátate de algunas barreras, observaciones, o comentarios que tengas.

Fecha	Practica formal, ¿cuánto tiempo duro?	Espacio de la respiración serena DORER	Observaciones comentarios
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	
	_____ minutos	¿Qué actividad?	

SESION 4

Aceptación y acciones hábiles

Materiales

- ❖ Pizarrón y marcadores (opcional)
- ❖ Folleto 4.1: usar la hoja de trabajo del Espacio de la respiración de la sobriedad en situaciones desafiantes
- ❖ Folleto
- ❖ Folleto 4.3: sesión 5 tema y ejercicio para realizar en casa: aceptación y acciones hábiles
- ❖ Folleto 4.4: Registro de práctica diaria

Tema

Es importante encontrar el balance entre aceptar cualquier cosa que surja mientras que al mismo tiempo se alientan acciones saludables y positivas. Por ejemplo, puede ser que no tengamos control sobre las cosas que nos pasan, emociones que surjan, el trabajo actual o las situaciones familiares, o las reacciones y conductas de otras personas. Cuando luchamos contra estas cosas, sin embargo, tendemos a sentirnos frustrados, enojados, o derrotados, lo que puede ser un disparador para el uso de sustancias. Cuando aceptamos el presente como es, no estamos siendo pasivos. Estamos permitiendo lo que ya es, sin lucha o resistencia. Esto es algunas veces un primer paso necesario hacia el cambio. Lo mismo pasa con la auto aceptación, algunas veces requiere de una completa aceptación de nosotros mismos tal y como somos antes de que un verdadero cambio pueda ocurrir.

Objetivos

- ❖ Introducir y cultivar una relación diferente hacia las experiencias desafiantes, tal como sensaciones, emociones o situaciones desagradables.
- ❖ Discutir el rol de la aceptación en el proceso de cambio

Resumen de la cuarta sesión

- ❖ Recepción
- ❖ Meditación mientras se está sentado: sonido, respiración, sensación y pensamiento (practica 5.1)
- ❖ Revisión de la practica
- ❖ Espacio de la respiración de la sobriedad (practica 5.2)
- ❖ Usando el Espacio de la respiración de la sobriedad en situaciones desafiantes
- ❖ Discusión de la aceptación y de las acciones hábiles
- ❖ Practica para la casa
- ❖ Cierre

Practica para la casa

- ❖ Registro de práctica diaria
- ❖ Meditación sentada o escaneo del cuerpo
- ❖ Espacio de la respiración de la sobriedad regularmente y cuando se encuentre en situaciones de alto riesgo o desafiantes
- ❖ Usar la hoja de trabajo del Espacio de la respiración de la sobriedad en situaciones desafiantes

Meditación sentada: sonido, respiración, sensación y pensamiento.

Practica: 4.1

Tomate unos momentos para sentarte en tu silla, encuentra una postura que se sienta relajada, centrada y dignificante. Permite que tus ojos se cierren si es cómodo para ti. Siente el peso de tu cuerpo – donde hace contacto con tu silla- donde tus pies o tus piernas hacen contacto con el piso. Los puntos de contacto donde tu cuerpo sé toca así mismo. Quizá tus manos descansando sobre tus piernas o tus brazos contra tus costados. Quizá puedas sentir los lugares donde tu ropa toca tu piel.

Ahora trae tu atención a los sonidos y las sensaciones del escuchar. Podrías oír tanto los sonidos fuera como dentro de tu cuerpo, cerca y fuera. Nota las texturas y tonos de los sonidos. Nota como la mente etiqueta o hace sentido de los sonidos. Permanece lo mejor que puedas con la experiencia cruda del escuchar en vez de los pensamientos o ideas. Conforme los pensamientos surjan, regresa una y otra vez a la experiencia del sonido. Y si te das cuenta que te has alejado de la experiencia del sonido, tan solo nota esto y amablemente guía tu atención de vuelta a la experiencia de escuchar.

Ahora deja que los diferentes sonidos se desvanezcan en el fondo de la consciencia y permite que tu atención descanse naturalmente en tu respiración. La inhalación, la exhalación, y la breve pausa entre ellas. Consciente de las sensaciones de tu abdomen conforme la respiración se mueve fuera y dentro de tu cuerpo. Notando como tu cuerpo sabe exactamente qué hacer. Tan solo observando, como tu cuerpo respira, el estiramiento ligero de tu abdomen conforme se eleva con cada inhalación, y la amable caída con cada exhalación. Tan bien como puedas, permanece con cada respiración conforme entra y sale de tu cuerpo. Cada vez que notes que tu mente se ha extraviado o alejado, amablemente déjala, y vuelve a iniciar otra vez, permitiendo a tu atención volver a tu respiración.

Ahora cuando estés listo, permite a tu respiración desaparecer en el fondo de tu experiencia y cambia tu atención a las sensaciones en el cuerpo. Nota todas las diferentes sensaciones que pudieran estar presentes en este momento: sensaciones de tacto, presión, hormigueo, latidos, comezón, o cualquier cosa que notes. Pasa unos momentos explorando estas sensaciones

Si hay sensaciones que son particularmente intensas o incómodas, trae tu atención a estas áreas y ve si puedes estar con ellas, respira dentro de éstas y explora con amabilidad y curiosidad los patrones detallados de sensaciones: ¿Cómo se sienten realmente estas sensaciones?, ¿cambian o permanecen igual?, ¿hay alguna forma de experimentar esta incomodidad sin resistiré o luchar?, nota cualquier sensación que surja, has cabida a cualquier cosa que este aquí con amabilidad. Si hay tensión, mitígala tan bien como puedas. Observa ahora si puedes tan solo permitir que sea cualquier cosa que este allí.

Ahora permite que el centro de tu atención cambie de las sensaciones a la consciencia de los pensamientos. Observa si puedes notar los pensamientos que surgen automáticamente en tu mente. Observa cada pensamiento tal y como aparece y pasa. Si te das cuenta que te has involucrado o perdido en un pensamiento, solo observa eso también y amablemente vuelve a la consciencia del pensar. Deja ir, comenzando cada vez que te encuentres involucrado con un pensamiento. Si notas que tu mente se encuentra repetidamente perdida en pensamientos, siempre puedes reconectarte con el aquí y ahora a través de traer tu consciencia de vuelta a los movimientos de tu respiración. Continúa observando los pensamientos como surgen y pasan por un momento.

Amablemente cambia tu foco de atención ahora de los pensamientos a la consciencia de las emociones o sentimientos que puedan estar presentes. Quizá tristeza, frustración, inquietud. Cualquier cosa que notes. ¿Cuál es esa emoción o sensación? ve si puedes permitirte abrirte a este sentimiento. ¿Cómo se siente esta emoción?, ¿donde está en el cuerpo? quizá haya sensaciones específicas que acompañen a esta emoción. Quizá haya hormigueo o tensión en algún lugar. Quizá pesadez en el pecho, o latidos rápidos del corazón. Quizá hay calor o presión en algún lugar. O quizá haya una sensación que impregna todo tu cuerpo. Solo ve que puedes notar. Conociendo que hay allí y dejándolo ser.

En estos últimos momentos, ve si puedes mantener el cuerpo entero en la consciencia: la respiración saliendo fuera y dentro del cuerpo, las otras sensaciones a lo largo del cuerpo, cualquier pensamiento que surja.

Este es el poema escrito por Rumi llamado “la casa de los huéspedes”

“La casa de los huéspedes”

*“Esto de ser humanos es
como una casa de invitados.
Cada mañana una nueva llegada.
Una alegría, una depresión, una maldad,
un darse cuenta momentáneo aparece
como un inesperado visitante.*

*Dales la bienvenida y entreténlos a todos!
Aunque sean una multitud de penas,
que violentamente barren tu casa,
y vacíen su interior.*

*Aun así, trata a cada invitado
con honorabilidad.*

*Te puede estar limpiando
para alguna nueva delicia.*

*El pensamiento oscuro,
la vergüenza, la malicia,
recíbelos en la puerta riendo,
e invítalos a entrar.*

*Se agradecido con quien quiera que venga,
porque cada uno ha sido enviado
como un guía del más allá”*

Rumi

Conforme la meditación se acerca al cierre, muy amablemente permite a tu consciencia expandirse a los otros en la habitación. Quizá tomando un momento para apreciar el compromiso y esfuerzo involucrados en realizar esta práctica, apreciándote a ti mismo.

Tomate tu tiempo – permanece con esta sensación de consciencia de amplitud. Lentamente abre tus ojos mientras aun permaneces con esta consciencia, permitiendo a tu centro de atención expandirse al resto de la habitación.

Práctica 4.2: meditación de la SERENIDAD (transporte)

Vamos a practicar el espacio de la respiración de la SERENIDAD, como lo hicimos la semana pasada, pero lo haremos un poco diferente en esta ocasión. Una vez más podrías recordar esta práctica con el acrónimo DORER (Ó SOBER (sobrio/sereno) por sus siglas en ingles (S=stop, O=observe, B=breath, E=expand, R=respond).

D- Detenerse. Cuando estés en una situación estresante o de riesgo, o incluso en cualquier momento del día, recuerda detenerte o ir más despacio y checa que es lo que está pasando. Este es el primer paso en salir del piloto automático.

O-Observar. Observa las sensaciones que están ocurriendo en tu cuerpo. También observa cualquier emoción, o pensamiento que estés teniendo. Solo nota tanto como puedas tu experiencia.

R-respirar. Reconcentra tu atención y tráela de vuelta a tu respiración.

E-Expande tu conciencia para incluir el resto de tu cuerpo, tu experiencia y la situación, observa si puedes amablemente mantener todo esto en conciencia.

R-Responder (contra reaccionar) atentamente, con conciencia de que es necesariamente verdadero en la situación y cómo puedes tomar cuidado de ti mismo de la mejor forma. Cualquiera que sea lo que está pasando en tu mente y cuerpo, aun tienes una elección de cómo responder.

Primero me gustaría invitarte a que te pongas cómodo. Ahora cuéntame algo que te moleste o te frustre. Puedes ser algo que haya pasado hoy, quizá en el camino mientras te dirigías hacia aquí (quizá alguien se te atravesó en el trafico o tuviste que esperar mucho tiempo el camión). Escoge alguna situación simple, no las grandes molestias en tu vida. ¿Tienes algo en mente? bien, cuéntamelo durante los siguientes minutos, cuando diga que es suficiente, detendrás tu conversación y en ese momento haremos el ejercicio del espacio de la SERENIDAD. (Charlar por uno o dos minutos).

Bien este momento suspendemos la charla, donde quieras que te encuentres detente, justo ahora en este momento. Ahora observa, tan solo convierte consciente de lo que pasa justo ahora. ¿Qué sensaciones están en tu cuerpo?, ¿Qué pensamientos están pasando por tu mente?, tan solo nota la experiencia en su totalidad, sin juzgarla o tratarla.

Ahora reúne tu atención, por medio de centrarte en tu respiración. Trayéndola a los movimientos de la elevación y caída de tu abdomen, a las sensaciones de la

respiración moviéndose dentro y fuera, y solo permanece con esto por unos pocos momentos.

Ahora permite a tu consciencia expandirse, para incluir la sensación de cuerpo como una unidad, todas las sensaciones que están aquí. También una consciencia de cualquier sentimiento o emoción. También registra lo que ocurre con tu mente – la calidad de la mente y cualquiera de los pensamientos que estén allí.

Y finalmente, desde este lugar de una consciencia más grande, nota que puedes tomar una opción de las que tienes de la forma en cómo responder.

Quizá reflexiona un poco en tu interacción conmigo y tan solo percibe si hay algo que quisieras decir o hacer diferente. Si te gustaría decirme algo, tomate un tiempo para hacerlo ahora.

Ahora permite a tu atención volver de vuelta y abre tus ojos.

Hoja de trabajo: utilizando el espacio de la respiración SERENA en situaciones desafiantes.

Tarea: 4.1

Instrucciones: en la columna de la izquierda, enlista alguna situación (persona, lugar, relación, emoción o evento) que haya pasado esta semana que se sienta desafiante, disparadora, o como una situación de alto riesgo. En las siguientes columnas, escribe lo que hayas notado acerca de tus reacciones, especialmente sensaciones, pensamientos, o emociones que puedan ser señales para ti, para que en el futuro tomes el espacio de la SERENIDAD. En la tercera columna, anota si fuiste capaz de tomar el espacio de la respiración SERENA, y en la columna final, escribe tu respuesta a esta situación.

Situación de alto riesgo o disparador (Persona, lugar, emoción o evento)	Reacción (Sensación, pensamientos, sentimientos que puedan ser señales para utilizar el espacio de la respiración SERENA)	¿Espacio de la SERENIDAD? SI o NO	¿Cómo respondiste?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Observa que las reacciones en la segunda Columna pueden ser señales para que **detengas** y tomes un momento para el espacio de la respiración. Ve si puedes reconocer estas reacciones y empieza a emplearlas como recordatorios para salir del piloto automático o modo reactivo y **observa** tu experiencia.

“La casa de los huéspedes”

*“Esto de ser humanos es
como una casa de invitados.
Cada mañana una nueva llegada.
Una alegría, una depresión, una maldad,
un darse cuenta momentáneo aparece
como un inesperado visitante.*

*Dales la bienvenida y entreténlos a todos!
Aunque sean una multitud de penas,
que violentamente barren tu casa,
y vacíen su interior.*

*Aun así, trata a cada invitado
con honorabilidad.
Te puede estar limpiando
para alguna nueva delicia.*

*El pensamiento oscuro,
la vergüenza, la malicia,
recíbelos en la puerta riendo,
e invítalos a entrar.*

*Se agradecido con quien quiera que venga,
porque cada uno ha sido enviado
como un guía del más allá”*

Rumi

Oración de la serenidad

*“Concédeme serenidad para
aceptar las cosas que no puedo cambiar,
el valor para cambiar las que sí puedo,
y la sabiduría para conocer la diferencia.”*

SESIÓN 5

Ver los pensamientos como pensamientos

Materiales

- ❖ Folletos de la sesión
- ❖ Folleto 5.1: Hoja de trabajo del ciclo de la recaída
- ❖ Folleto 5.2: Sesión 5 tema y practica para la casa: ver los pensamientos como pensamientos
- ❖ Folleto 5.3: Hoja diaria de practica

Tema

Hemos tenido mucha práctica en las semanas pasadas notando como nuestras mentes divagan y etiquetando lo que ocurre en nuestras mentes como “pensar”, también hemos practicado traer nuestro centro de atención a la respiración o al cuerpo amablemente. Ahora dirigiremos nuestra atención a los pensamientos y empezaremos a experimentar los pensamientos como pensamientos, tan solo como palabras o imágenes en la mente, en los que podríamos elegir creer o no. Discutiremos el papel de los pensamientos y el de creer en ellos en el ciclo de la recaída.

Objetivos

- ❖ Reducir el grado de identificación con nuestros pensamientos, y reconocer que no tenemos que hacerlos nuestros o controlarlos.
- ❖ Discutir el ciclo de la recaída y el pensamiento de los pensamientos en perpetuar este ciclo.

Resumen de la quinta sesión

- ❖ Introducciones
- ❖ Meditación mientras se está sentado: pensamientos (practica 5.1)
- ❖ Pensamientos y recaída
- ❖ Ciclo de la recaída
- ❖ Espacio de la de respiración SERENA
- ❖ Cierre de la sesión y del curso

Practica para la casa

- ❖ Completar hoja de trabajo: Ciclo de la recaída.
- ❖ Mantener la práctica de la meditación “SERENA”.

Meditación sentada: pensamientos
Práctica 5.1

Empieza por sentarte en tu silla, cierra tus ojos. Siéntate con una presencia serena, digna y despierta. Con tu columna derecha y tu cuerpo relajado. Tomate un momento para hacerte consciente de ti mismo aquí en esta habitación y en este momento. Se consciente de tu cuerpo en la silla.

Ahora concentra tu atención y tráela a tu respiración: a la inhalación y la exhalación, a las olas de la respiración conforme entran y salen de tu cuerpo. No busquemos que ninguna sensación particular ocurra o experimentar alguna sensación en específica. Solo continúa por un momento estando con las sensaciones de la respiración.

Ahora deja que tu respiración desaparezca en el fondo, permitiendo a tu consciencia centrarse en los pensamientos que surgen en tu mente. Observa si puedes tan solo notar el pensamiento que surge en tu mente, y naturalmente déjalo que pase, lo mismo con el siguiente pensamiento, déjalo pasar también. Sin participar, engancharse o seguirlo.

Podrías imaginar que estas sentado junto a un arroyo. Tomate un momento para imaginar este arroyo en tu mente. Ahora conforme los pensamientos comiencen a surgir, imagina que estas sentado sobre la orilla, viéndolos flotar, para ello imagina que son hojas sobre el agua. Conforme te conviertes consciente de cada pensamiento que aparece, tan solo permite amablemente que flote. Los pensamientos podrían ser palabras, o una imagen o una oración. Algunos pensamientos pueden ser más largos o pesados, algunos más pequeños, más rápidos, o vividos. Cualquiera que sea la forma del pensamiento, haz lo mismo con el pensamiento que sigue – déjalo flotar. Hazlo lo mejor que puedas. Si te das cuenta que te éstas preocupando sobre cómo debería de ser o cualquier cosa sobre como éstas haciendo el ejercicio, tan solo nota estos pensamientos también. Son pensamientos en el arroyo que pasa. Si los pensamientos vienen rápido podrías imaginar el arroyo pasando rápido haciendo que el agua parezca blanca, conforme los pensamientos se calmen, el arroyo podría reducir su velocidad y fluir más suavemente.

Si te das cuenta que te has perdido en un pensamiento o tu atención se ha perdido, puedes agradecerte a ti mismo por volver a ser consciente otra vez, nota, si es posible, que pensamiento te hizo alejarte y simplemente comienza de nuevo, trayendo de nuevo tu atención a observar tus pensamientos.

Si te encuentras a ti mismo siguiendo los pensamientos, como algunas veces pasa, tan rápido como notes que te han alejado del presente, simplemente sal de la corriente y trae tu atención a sentarse en el banco de observación.

Algo que puedes intentar es etiquetar los pensamientos conforme aparezcan. Quizá haya juicios sobre ti mismo, tu experiencia, o de cómo estás haciendo este

ejercicio. Si eso pasa, tan solo etiqueta este pensamiento como un “juicio” y déjalo pasar. Quizá tengas una memoria que viene a tu mente. Si es así, tan solo etiquétala como una memoria. O quizá vengan planes a tu mente de lo que harás después de la sesión de hoy o de algo que vayas a decirle a alguien en el futuro. Algunas veces las fantasías vienen a nuestra mente. Imaginamos escenarios que podrían pasar o que nos gustaría que pasaran. Tan solo reconoce los pensamientos como juicios, memorias, planes, fantasías, o cualquier etiqueta que funcione para ti, y permite a los pensamientos que pasen.

Trata de practicar esto ahora. Si ninguna etiqueta viene a tu mente no hay problema está bien también. Podrías tan solo usar la etiqueta de “pensamiento” o simplemente notar que ninguna etiqueta viene a tu mente y continuar observando.

Si no notas que te has perdido en uno de los pensamientos que han surgido, nota cual era ese pensamiento, que te llevo, y regresa amablemente al ejercicio de observar.

Ahora, muy amablemente y cuando estés listo, permite a tu consciencia centrarse en la habitación aquí, en tu cuerpo en esta silla, consciente de las otras personas aquí contigo en la habitación. Date tiempo para abrir tus ojos. Manteniendo esta conciencia, tan bien como puedas, conforme tus ojos se abren.

Espacio de la meditación SERENA
Práctica 5.2

Tomemos un momento para hacer una pausa justo aquí. Empecemos por tan solo observar, llegando a ser consciente, realmente consciente, de lo que está pasando contigo justo ahora, sensaciones, emociones, y pensamientos. Pon particular atención esta vez a que pensamientos están surgiendo. ¿Qué te estás diciendo a ti mismo?, ¿cuál es la calidad de tu mente justo ahora?, ¿está en calma?, ¿agitada?, ¿Atribulada de pensamientos?

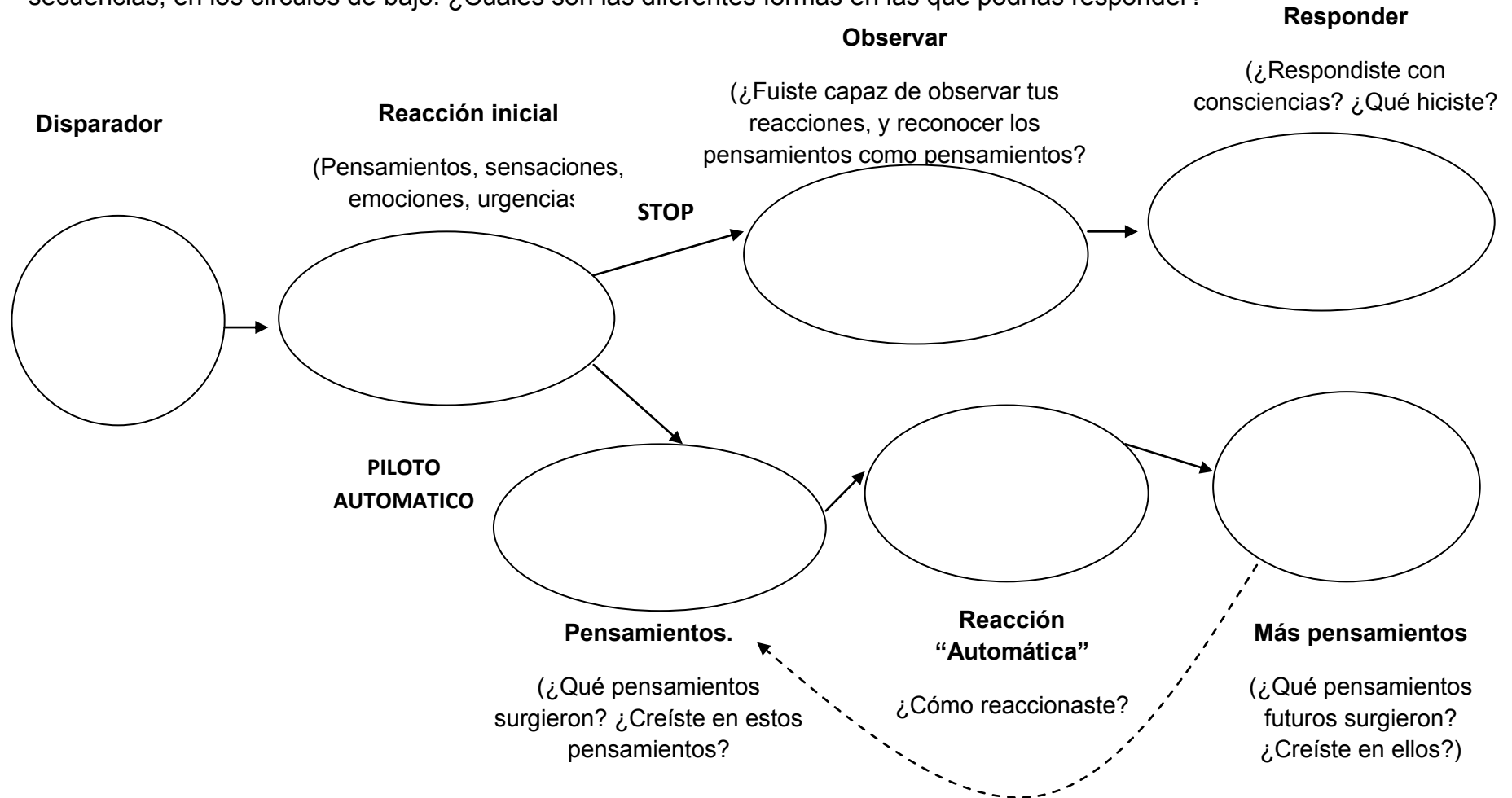
Ahora trae tu atención a la respiración.al movimiento de tu respiración, la elevación y caída de la respiración, momento a momento, respiración a respiración.

Ahora permite a tu consciencia expandirse para incluir la sensación de tu cuerpo completamente. Siguiendo tu respiración como si tu cuerpo completo estuviera respirando. Mantén a tu cuerpo entero en esta consciencia ms espaciosa, y delicada, notando nuevamente los pensamientos que están presentes. Nota la calidad o estado de tu mente.

Hoja de trabajo del ciclo de la recaída

Tarea 5.1

Piensa en una situación que te haya llevado a una recaída en el pasado o una situación que imagines que podría ser un riesgo para ti. Escribe el disparador, la reacción inicial y los eventos que siguen así como sus posibles secuencias, en los círculos de abajo. ¿Cuáles son las diferentes formas en las que podrías responder?



Sesión 6: Tema y práctica para casa
Ver los pensamientos como pensamientos
Practica 5.2

Hemos tenido mucha práctica notando como nuestras mentes divagan. Hemos practicado como regresar amablemente nuestro centro de atención a la respiración o a las sensaciones del cuerpo. Ahora queremos intencionalmente cambiar nuestra atención a los pensamientos y empezar a experimentarlos tan solo como palabras o imágenes en la mente que podemos o no podemos elegir para creer. En esta sesión, discutimos el rol de los pensamientos en el proceso de la recaída y, más específicamente, que es lo que tiende a pasar cuando creemos en estos pensamientos.

Practica para casa

- 1.- Continuar con la meditación de la “SERENIDAD”
- 2.- Completar la hoja de trabajo del ciclo de la recaída
- 3.- Anotar tu práctica diaria en tu hoja de registro

ANEXO 3. Instrumentos utilizados en la fase III del estudio.

Inventario de pensamientos y consumo de sustancias.

Edad: _____

Genero: _____

A continuación encontraras algunas preguntas sobre lo que las personas acostumbran hacer con sus pensamientos y sobre el consumo de algunas sustancias como alcohol u otras sustancias psicoactivas, responde a cada pregunta según sea tu caso, no hay respuestas correctas o incorrectas, asegúrate de contestar cada pregunta encerrando en un círculo la letra que aparece a lado de cada oración. La información proporcionada es confidencial y solo es con fines de investigación.

A	B	C	D
<i>Nunca es cierto</i>	<i>Casi nunca es cierto</i>	<i>Algunas veces es cierto</i>	<i>Siempre es cierto</i>

1.- Algunas veces me pregunto porque tengo los pensamientos que tengo	A	B	C	D
2.- Tengo pensamientos que no puedo detener	A	B	C	D
3.- Hay imágenes que vienen a mi mente y que no puedo borrar	A	B	C	D
4.- Mis pensamientos frecuentemente vuelven a una idea	A	B	C	D
5.- Siempre trato de poner los problemas fuera de mi mente	A	B	C	D
6.- Hay pensamientos que siguen dando vueltas en mi cabeza	A	B	C	D
7.- Hay cosas en las que trato de no pensar	A	B	C	D
8.- A veces realmente desearía que pudiera dejar de pensar	A	B	C	D
9.- Algunas veces hago cosas para distraerme de mis pensamientos	A	B	C	D
10.- Tengo pensamientos que trato de evitar	A	B	C	D
11.- Hay muchos pensamientos que tengo y que no le digo a nadie	A	B	C	D

A continuación encontraras algunas preguntas sobre tu consumo de bebidas alcohólicas durante el último año (vodka, cerveza, vino, tequila, etc.) y de otras sustancias psicoactivas, por ejemplo: cocaína, tachas, heroína, tabaco, LSD, éxtasis, etc., por favor contéstalas de la forma más precisa que puedas, no existen respuestas adecuadas, inadecuadas, o buenas o malas, gracias por tu participación.

1.- ¿En el último año has consumido drogas diferentes al alcohol o tabaco?, en caso de que sea negativa tu respuesta omite la siguiente pregunta y continua en la pregunta 3, de lo contrario sigue contestando.

2.- ¿Mantienes su consumo, es decir, las consumiste en el último mes?

<p>3. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?</p> <p>a) Nunca (Pase a las preguntas 9-10)</p> <p>b) Una o menos veces al mes</p> <p>c) De 2 a 4 veces al mes</p> <p>d) De 2 a 3 veces a la semana</p> <p>e) 4 o más veces a la semana</p>	<p>4. ¿Cuántas bebidas alcohólicas suele consumir en un día de consumo normal?</p> <p>a) 1 o 2</p> <p>b) 3 o 4</p> <p>c) 5 o 6</p> <p>d) 7, 8, o 9</p> <p>e) 10 o más</p>
<p>5. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en un solo día?</p> <p>a) Nunca</p> <p>b) Menos de una vez al mes</p> <p>c) Mensualmente</p> <p>d) Semanalmente</p> <p>e) A diario o casi a diario</p>	<p>6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?</p> <p>a) Nunca</p> <p>b) Menos de una vez al mes</p> <p>c) Mensualmente</p> <p>d) Semanalmente</p> <p>e) A diario o casi a diario</p>

<p>7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?</p> <p>a) Nunca b) Menos de una vez al mes c) Mensualmente d) Semanalmente e) A diario o casi a diario</p>	<p>8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>a) Nunca b) Menos de una vez al mes c) Mensualmente d) Semanalmente e) A diario o casi a diario</p>
<p>9. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?</p> <p>a) Nunca b) Menos de una vez al mes c) Mensualmente d) Semanalmente e) A diario o casi a diario</p>	<p>10. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>a) Nunca b) Menos de una vez al mes c) Mensualmente d) Semanalmente e) A diario o casi a diario</p>
<p>11. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?</p> <p>a) No b) Sí, pero no en el curso del último año c) Sí, el último año</p>	<p>12. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>a) No b) Sí, pero no en el curso del último año c) Sí, el último año.</p>

Gracias por tu colaboración =D

Escala de craving de alcohol y otras drogas de Penn

Género: Hombre ó Mujer

Edad: _____

Sustancias o sustancias que consumes en caso de ser más de una señala la principal: _____

Años de consumo de la sustancia principal: _____

Actualmente recibes algún tipo de tratamiento: _____

Cuando fue la última vez que consumiste la sustancia: _____

Instrucciones: encierra el número más apropiado para cada pregunta

Si esta es la primera vez que estas contestando este cuestionario, las preguntas aplican a **LA ÚLTIMA SEMANA en que hayas consumido alcohol o drogas**. Si estas recibiendo algún tratamiento para la desintoxicación, excluye este periodo, contesta según aplique a tu situación, es decir si solo consumes alcohol contesta pensando en ello, lo mismo si es para el uso de otra droga y si son ambas hazlo pensando en la que más frecuentemente consumes.

1.- ¿Que tan frecuentemente has pensado en beber alcohol (o consumir droga) o en que tan bien una bebida (o algo de droga) te haría sentir durante este periodo?

- ❖ Nunca, eso es, 0 veces durante este periodo
- ❖ Rara vez, eso es, 1 o 2 veces durante este periodo
- ❖ Ocasionalmente, eso es, 3 o 4 veces durante este periodo
- ❖ Algunas veces, eso es, 5 o 10 veces durante este periodo o 1 o 2 veces al día
- ❖ Con frecuencia, esto es, 11 a 20 veces durante este periodo o 2 o 3 veces al día
- ❖ La mayor parte del tiempo, esto es, 20 o 40 veces durante este periodo o 3 a 6 veces al día
- ❖ Casi todo el tiempo, esto es, más de 40 veces durante este día o más de 6 veces al día

2.- ¿Cuánto tiempo ha pasado pensando en beber (o consumir droga) o en que tan bien una bebida (o algo de droga) te haría sentir durante este momento?

- ❖ Nada
- ❖ Menos de 20 minutos
- ❖ De 21 a 45 minutos
- ❖ De 46 a 90 minutos
- ❖ De 90 minutos a 3 horas
- ❖ De entre 3 a 6 horas
- ❖ Más de 6 horas

3.- ¿Que tan difícil sería resistir tomar una bebida durante este periodo (o consumir algo de droga), si supiera que tiene una botella de alcohol (o algo de droga) en tu casa?

- ❖ En absoluto, no sería difícil
- ❖ Muy levemente difícil
- ❖ Levemente difícil
- ❖ Moderadamente difícil
- ❖ Muy difícil
- ❖ Extremadamente difícil
- ❖ No sería capaz de resistir

4.- Manteniendo en mente tus respuestas a las preguntas anteriores, por favor calcula cuanto deseo por lo general tuviste por consumir alcohol o droga, según sea el caso, en el periodo de tiempo señalado.

- ❖ Nunca pensé en beber (o consumir droga) y nunca tuve el deseo de beber (o consumir)
- ❖ Rara vez pensé en beber (o consumir) y rara vez tuve el deseo de beber (o consumir)
- ❖ Ocasionalmente pensé en beber (o consumir droga) y ocasionalmente tuve el deseo de beber (o consumir droga)
- ❖ Algunas veces pensé en beber (o consumir droga) y algunas veces tuve el deseo de beber o (consumir droga)
- ❖ Con frecuencia pensé en beber(o en consumir droga) y frecuentemente tuve el deseo de beber (o consumir)
- ❖ La mayor parte del tiempo pensé en beber (o consumir) y también la mayor parte del tiempo tuve el deseo de beber (o consumir)
- ❖ Casi todo el tiempo pensé en beber (o consumir) y también casi todo el tiempo tuve el deseo de beber (o consumir droga)

Inventario de supresión

Este cuestionario trata sobre pensamientos, no hay respuestas correctas o incorrectas, así que por favor responda honestamente a cada uno de los puntos que siguen. Asegúrese de contestar cada pregunta encerrando en un círculo la letra que aparece alado de cada oración.

A	B	C	D
<i>Nunca es cierto</i>	<i>Casi nunca es cierto</i>	<i>Algunas veces es cierto</i>	<i>Siempre es cierto</i>

1.- Algunas veces me pregunto porque tengo los pensamientos que tengo	A	B	C	D
2.- Tengo pensamientos que no puedo detener	A	B	C	D
3.- Hay imágenes que vienen a mi mente y que no puedo borrar	A	B	C	D
4.- Mis pensamientos frecuentemente vuelven a una idea	A	B	C	D
5.- Siempre trato de poner los problemas fuera de mi mente	A	B	C	D
6.- Hay pensamientos que siguen dando vueltas en mi cabeza	A	B	C	D
7.- Hay cosas en las que trato de no pensar	A	B	C	D
8.- A veces realmente desearía que pudiera dejar de pensar	A	B	C	D
9.- Algunas veces hago cosas para distraerme de mis pensamientos	A	B	C	D
10.- Tengo pensamientos que trato de evitar	A	B	C	D
11.- Hay muchos pensamientos que tengo y que no le digo a nadie	A	B	C	D

Gracias por tu colaboración

Apéndice A

Traducción, adaptación y validación de instrumentos de medición de los constructos de atención plena y aceptación

Objetivo

Uno de los requisitos dentro de la ciencia es contar con instrumentos de medición que permitan registrar el fenómeno de interés y hacer comparaciones de diversas formas. Es por ello que uno de los propósitos fue el tener instrumentos de medición confiables y validos para la población mexicana de los constructos de atención plena y aceptación. Existen diversos instrumentos desarrollados en el ámbito internacional para evaluar estos constructos, que surgieron de las diversas orientaciones que los emplean en sus intervenciones y que adicionalmente han demostrado tener tanto confiabilidad como validez adecuados y han sido probados con éxito dentro del contexto clínico, razones por las que se decidió traducirlos, adaptarlos y validarlos en población mexicana, estos instrumentos son: a) white bear suppression inventory (inventario de supresión oso blanco) (Wegner & Zanakos, 1994), b) the five factor mindfulness questionnaire (cuestionario de cinco factores para evaluar mindfulness) (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006), c) the acceptance and action questionnaire (cuestionario de aceptación y acción) (Hayes, Strosahl, Wilson, Bisset, Pistorello, Taormino, Polusny, Dykstra, Batten, Bergan, Stewart, Zvolensky, Eifert, Bond, Forsyth, Karekla & McCurry, 2004) y d) the Penn alcohol craving scale (escla de craving de alcohol de Penn) (Flannery, Volpicelli & Pettinati, 1999), esta última escala es integrada debido a que es utilizada con frecuencia en los estudios que evalúan la eficacia de los procedimientos basados en la atención plena dentro de los tratamientos contra la adicción (Witkiewitz, Bowen, Douglas, & Hsu, 2013; Bowen, Chawla, Collins, Witkiewits, Hsu, Grow, Clifasefi, Garner, Douglas, Larimer, & Marlatt, 2009; Bowen, Witkiewitz, Dillworth & Marlatt, 2007).

Todos los instrumentos fueron traducidos, adaptados y validados siguiendo la misma secuencia, razón por la que el método se describe en forma general. Los resultados se muestran en términos de cada uno de los instrumentos y de las particularidades encontradas, en la sección de resultados.

Método

Participantes

Los instrumentos: inventario de supresión oso blanco (Wegner & Zanakos, 1994), el cuestionario de cinco factores para evaluar mindfulness (Baer et al. 2006) y el cuestionario de aceptación y acción (Hayes et al. 2004) fueron aplicados a muestras no probabilísticas de participantes, todos estudiantes de nivel licenciatura de diversos semestres, con una media de edad de 23 años de edad y en su mayoría mujeres. En el caso de la escala de craving de alcohol de Penn (Flannery et al. 1999) ésta fue aplicada en participantes consumidores de sustancias psicoactivas que acudían a tratamiento. Para cada instrumento se utilizaron dos muestras la primera para el proceso de adaptación y la segunda para la validación psicométrica.

En el caso del inventario de supresión oso blanco, la primera muestra estuvo conformada de 39 participantes y la segunda por 87. Para el cuestionario de cinco factores para evaluar mindfulness las muestras estuvieron conformadas por 48 participantes y 197. En cuanto al cuestionario de aceptación y acción, se contó con 3 muestras debido a que la primera versión seleccionada de este instrumento (conformada por 9 reactivos, descrita en la sección de instrumentos) no tuvo las características psicométricas esperadas (confiabilidad y número de reactivos), para esta versión de 9 reactivos, la primera muestra estuvo conformada por 30 y la segunda por 84 participantes. Para la segunda versión de este mismo instrumento (conformada por 32 reactivos, descrita en la sección de instrumentos), hubo una única muestra conformada de 168 participantes, debido a que utilizaron las observaciones realizadas durante el proceso de adaptación de la versión de 9 reactivos de éste instrumento (ver, sección de resultados de éste instrumento).

Por último, las muestras utilizadas para la escala de craving de alcohol de Penn fueron conformadas de la siguiente forma. La primera estuvo integrada por 12 participantes consumidores de diversas sustancias; alcohol 5 participantes y 7 de otras drogas (2 de marihuana, 3 de piedra (cocaína) y 2 de activo). Todos los participantes acudían a algún tipo de tratamiento para dejar de consumir sustancias, tenían en

promedio una edad de 25.6 años, 9 de ellos eran hombres y 3 mujeres. La segunda muestra estuvo conformada de 31 participantes, todos consumidores de sustancias psicoactivas y acudían a buscar tratamiento por el consumo de las mismas a un centro de desintoxicación, 6 eran mujeres y 25 eran hombres, con un promedio de edad de 30.8 años, 9 consumían alcohol, 7 cocaína en presentación de piedra (crack), 1 tabaco, 1 cristal, 7 marihuana, y 6 activo (inhalables).

Escenario

El escenario de aplicación de los instrumentos (el inventario de supresión oso blanco el cuestionario de cinco factores para evaluar mindfulness y el cuestionario de aceptación y acción) tanto para su adaptación como para su validación fue el campus universitario donde los participantes estudiaban. Con respecto al escenario de aplicación de la escala de craving de alcohol de Penn, tanto para su adaptación como para su validación fueron: un centro de desintoxicación público, así como, un centro especializado en proporcionar tratamiento psicológico ambulatorio a personas que tienen problemas por uso de sustancias psicoactivas (abuso o dependencia).

Instrumentos

- a) White bear suppression inventory (inventario de supresión: oso blanco, por su traducción en español; Wegner & Zanakos, 1994). Este inventario mide el grado en que una persona trata de suprimir sus pensamientos, fue desarrollado originalmente por Zanakos y Wegner (1994) y consta de 15 reactivos que se responden con base a una escala Likert de 5 opciones, tiene una consistencia interna de $\alpha=0.87$ y sus puntuaciones se han correlacionado de manera positiva con instrumentos que involucran el mismo constructo por ejemplo; con el inventario obsesivo compulsivo de Maudsley ($r=0.38$), con el inventario de depresión de Beck ($r=0.44$), el inventario de ansiedad de Beck ($r=.44$) y con el Inventario de sensibilidad ansiosa (0.49), además de tener una confiabilidad de test – retest de 0.69.
- b) The five factor mindfulness questionnaire (cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness, por su traducción en español: Baer et al. 2006). Este

cuestionario fue creado por, por Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney (2006), es un cuestionario integrado por 39 reactivos, que se agrupan en 5 subescalas: 1) no reactividad a la experiencia interna, 2) observar las sensaciones, percepciones, los pensamientos y los sentimientos, 3) actuar con conciencia, 4) describir y 5) no enjuiciar, tiene una consistencia interna de $\alpha=0.91$ con alfa de Cronbach para las sub escalas de entre 0.80 a 0.87, se contesta con base a una escala likert de 5 opciones, los reactivos de este instrumento fueron seleccionados a partir de los ítems de 5 medidas diferentes que evalúan el constructo de Mindfulness y que mostraron tener correlaciones de altas a moderadas entre ellas, las puntuaciones bajas en este cuestionario también se relacionan con puntuaciones altas de sintomatología psicológica por ejemplo: dificultades en la regulación emocional (Witkieewitz, Bowen, Douglas & Hsu, 2012; Baer et al. 2006)

- c) The acceptance and action questionnaire (Cuestionario de aceptación y acción, por su traducción en español: Hayes et al., 2004). El cuestionario de Aceptación y compromiso, evalúa el grado en que una persona, acepta, evita o controla experiencias privadas: sensaciones corporales, emociones, pensamientos, recuerdos e imágenes. Está basado en la teoría de los marcos relacionales, propuesta por Hayes (1996) y se encuentra integrado por 9 reactivos, existe también una versión de 7 y 16 reactivos desarrolladas en paralelo a esta versión, estos instrumentos fueron obtenidos a partir de un primer instrumento desarrollado de 32 reactivos.

La versión de 9 reactivos fue obtenida a través de la técnica de ecuaciones estructurales y se calculó su consistencia interna en $\alpha=0.70$, ha demostrado correlacionar positivamente con otros instrumentos que evalúan constructos similares como el inventario de supresión de pensamientos o so blanco ($r= 0.44$), de igual forma ha demostrado tener correlaciones de moderadas a altas con instrumentos que evalúan psicopatología, en ese sentido ha demostrado tener correlaciones positivas con el inventario de depresión de

Beck de 0.36 a 0.72, con el inventario de ansiedad de Beck de 0.35 a 0.58, con el inventario de síntomas de trauma de Briere y la escala de pensamientos intrusivos de trauma (Pearlman, 1996) de 0.55 a 0.68.

- d) The Penn alcohol craving scale (Escala de craving al alcohol de Penn, adaptada a otras drogas, por su traducción en español: Flannery et al. 1999). La escala de Craving al alcohol de Penn, desarrollada por Flannery, Volpicelli y Pettinati (1999) y traducida y adaptada para su empleo con otro tipo de drogas, es un instrumento de auto reporte compuesto de 5 reactivos, que evalúa la frecuencia, intensidad y duración del craving, así como la capacidad para resistir beber alcohol, adicionalmente pregunta sobre una calificación global del craving de la semana pasada, esta escala tiene una confiabilidad de $\alpha=0.92$ lo cual indica una alta consistencia interna, tiene valides de constructo que se demostró al correlacionar los puntajes del ECAP con los de otras dos pruebas que miden el mismo constructo: la escala obsesivo compulsiva de uso de alcohol ($r=0.55$, $df=146$, $p<.0001$) y el cuestionario de urgencias de uso de alcohol ($r=0.39$, $df=146$, $p<.0001$).

También demostró tener validez discriminante al correlacionarse con otros instrumentos que no miden el mismo constructo: el índice de severidad de la adicción ($r=0.11$, $df=144$, $p=0.18$) y la calificación final del inventario de consecuencias del bebedor ($r=.04$, $df=145$, $p=.62$) y valides predictiva: que se obtuvo al hacer análisis de regresión logística (Wald = 6.46, $df =1$, $p =0.001$), entre los puntajes del ECAP y los resultados de la línea base retrospectiva desarrollada por Sobell, que se clasificaron en dos categorías de usuarios que recaían muy frecuentemente y aquellos que no tuvieron recaídas durante un periodo de tres semanas, cada reactivo se responde con base en una escala de 0 a 6 (Flannery et al. 1999).

Procedimiento.

Se realizó en dos etapas, la primera correspondió al proceso de adaptación de cada instrumento original, con el propósito de que fuera relevante y culturalmente adecuado a la población mexicana. La segunda comprendió el proceso de validación psicométrica de la versión obtenida de la traducción y adaptación de cada instrumento original.

Etapas 1

El proceso de adaptación para cada prueba consto de las siguientes fases: a) traducción de los reactivos del instrumento, realizada por el autor del presente trabajo, de su idioma original (inglés) al español, b) retraducción de los reactivos del español a su idioma original (inglés) por un traductor experto. En este punto se obtuvo un porcentaje de similitud entre ambas versiones, él cual se calculaba por medio comparar cada uno de los reactivos retraducidos con su original, si los reactivos eran iguales se consideraba adecuado y se calculaba una regla proporcional considerando el total de reactivos de la prueba y los reactivos correctos, si el porcentaje era similar al 80% se continuaba con el piloteo de la versión preliminar obtenida, en la cual el aplicador pedía la colaboración de cada uno de los participantes para contestar los instrumentos. Posteriormente explicaba las instrucciones de forma verbal y los reactivos se contestaban y c) finalmente se consideraban las observaciones realizadas durante la prueba piloto, con lo que se obtuvo la versión final de cada instrumento.

Etapas 2

Una vez que se obtuvo la versión adaptada de cada uno de los instrumentos se continuo con el proceso de validación psicométrica. Primero se aplicó de forma individual cada instrumento. Para ello, el aplicador pidió la colaboración de cada uno de los participantes, luego explicó las instrucciones de forma verbal y los reactivos se contestaron. Una vez que se contó con el total de los instrumentos contestados, se creó una base de datos para cada instrumento, utilizando el paquete estadístico SPSS versión 18. Posteriormente, se llevaron a cabo para cada uno de los instrumentos diversos análisis estadísticos que conformaron el proceso de validación y que fueron

sugeridos por Reyes-Lagunes y García (2008), con el fin de hacer una inclusión adecuada de los reactivos al análisis factorial, a continuación se describen los pasos.

1.- Análisis de distribución: se llevo acabó este análisis para determinar si todas las opciones de respuesta resultaban atractivas a la población o si se debía eliminar alguna.

2.- Análisis de distribución (sesgo): se comprobó que el sesgo de la distribución de respuesta para cada reactivo fuera el esperado (normal o sesgado).

3.- Análisis de discriminación (percentiles, prueba "t"): en este paso se verificó que cada uno de los reactivos tuviera la sensibilidad para discriminar, entre quienes habían obtenido las puntuaciones más altas y las más bajas, para ello se generaron dos grupos, el de puntajes altos y el de puntajes bajos, considerándose los percentiles 25 y 75. Posteriormente se aplicó la prueba "t" de student para muestras independientes.

4.- Direccionalidad de los reactivos: se generaron tablas de contingencias para los reactivos. Para ello se colaron los grupos con puntajes altos y bajos en las líneas y las opciones de respuesta en las columnas. Posteriormente se verificó que el grupo con puntajes bajos, tuviera mayor frecuencia de respuestas en las opciones de menor valor (1 y 2) y una menor o inexistente frecuencia en las opciones de mayor valor (3 y 4), lo contrario se realizó con el grupo con puntajes altos.

5.- Confiabilidad: en este punto se calculó la confiabilidad de la escala a través del alpha de Cronbach, con el propósito de seleccionar y eliminar aquellos reactivos que se correlacionaban poco con los demás y que por tal razón disminuía la confiabilidad total de la escala.

6.- Análisis Factorial: para determinar el tipo de rotación a utilizar se analizó la magnitud de la correlación entre reactivos, se consideró también que las cargas factoriales de los reactivos fueran mayores a 0.40 y que hubiera por lo menos tres reactivos por factor.

7.- Por último, se calculó la confiabilidad total de la escala con los reactivos que no fueron eliminados y para cada factor obtenido.

Resultados

En esta sección se presentan los resultados obtenidos de cada uno de los instrumentos en cada una de las etapas (etapa 1: adaptación y etapa 2: validación psicométrica)

- a) White bear suppression inventory (inventario de supresión: oso blanco, por su traducción en español; (Wegner & Zanakos, 1994)

Etapa 1: adaptación

Se obtuvo una alta similitud entre la versión traducida y la retraducida, por lo que se continuó con la prueba piloto, como resultado de ésta se obtuvo la versión final del instrumento, que se integró por los 15 reactivos originales de la prueba, además de corregirse errores ortográficos y reducir el número de opciones de respuesta a 4 dado que la mayoría de los participantes contestaban en la opción intermedia, lo que podría afectar los análisis estadísticos posteriores.

Etapa 2: validación

Una vez que se contó con la adaptación del instrumentó, se continuó con el proceso de validación psicométrica del mismo. La versión adaptada que se obtuvo estaba compuesta por 15 reactivos a los que se dió respuesta en un formato tipo likert de 4 opciones, donde el 1 correspondió a NUNCA ES CIERTO, 2 CASI NUNCA ES CIERTO, 3 ALGUNAS VECES ES CIERTO Y 4 a SIEMPRE ES CIERTO

1.- Análisis de distribución: se encontró que el número de opciones era adecuado para los 15 reactivos, es decir, sus frecuencias fueron mayores a cero en cada opción de respuesta.

2.- Análisis de distribución (sesgo): dada la conducta estudiada, se esperaban distribuciones no sesgadas. Este tipo de sesgo lo obtuvieron 12 reactivos, mientras que

los reactivos: r1, r5 y r11 no, característica que se tomó en cuenta para los análisis posteriores.

3.- Análisis de discriminación (percentiles, prueba “t”): como resultado de este análisis, no se consideró eliminar ninguno de los reactivos, dado que se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de los grupos (con puntajes altos y bajos).

4.- Direccionalidad de los reactivos: todos los reactivos tuvieron direccionalidad.

5.- Confiabilidad: no se decidió eliminar ningún reactivo.

6.- Análisis Factorial: como resultado de este análisis se obtuvieron 2 factores, que explican el 54.92% de la varianza, que se denominaron; factor de recurrencia de pensamientos y factor de supresión de pensamientos. Se eliminaron 4 reactivos: r1, r6, r7 y el r15, porque cargaron en más de un factor.

7.- Por último, se calculó la confiabilidad total de la escala con los reactivos que no fueron eliminado (11 reactivos) y para cada factor obtenido. Se obtuvo un alpha de Cronbach total para el inventario de 0.85, para el factor de recurrencia de pensamientos un alpha de Cronbach de 0.83 y para el factor de supresión de pensamientos de 0.76, (ver tabla 3, 4, y 5 y Anexo 1).

8.- Posteriormente, se aplicó el instrumento obtenido junto con el cuestionario de aceptación y acción, (Hayes et al. 2004). Este evalúa el mismo constructo: supresión o evitación de eventos privados. La aplicación se realizó con 66 participantes, todos estudiantes de nivel licenciatura. Se pidió personalmente a cada uno su colaboración, se les explicó la forma de llenar el instrumento y se contestó. Posteriormente, se capturaron las respuestas en el paquete estadístico SPSS versión 18, se calculó la suma total de los reactivos para cada participante en ambos cuestionarios y considerando el nivel de medición de ambas pruebas (intervalar) se realizó una correlación de Pearson, para probar si existía relación entre ambos puntajes. Como resultado se obtuvo una correlación mediana de 0.60, lo que indicó que el instrumento tiene validez convergente.

Reactivo	M	Sesgo	T	Direccio- Nalidad	α	Análisis Factoria I	Decisión (incluido en factor o eliminado)
REAC1. Hay cosas en las que	2.74	-.527	t(46) =-3.88, p<.001	Si	Si	No	Eliminado
REAC2. Algunas veces me pre	2.55	-.204	t(46) =-9.07, p<.001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC3. Tengo pensamientos	2.40	.140	t(46) =-7.81, p<.001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC4. Hay imágenes que viene	2.26	.233	t(46) =-7.68, p<.001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC5. Mis pensamientos frec.	2.73	-.502	t(44.7) =-3.28, p<.002	No	Si	Si	Pensar recurrente
REAC6. Desearía que pudiera	2.43	-.032	t(46) =-10.84, p<.001	SI	Si	No	Eliminado
REAC7. Algunas veces mi mente	2.15	.283	t(46) = -4.98, p<.001	Si	Si	No	Eliminado
REAC8. Siempre trato de poner	2.44	-.125	t(46) =-3.47, p<.001	No	Si	Si	Supresión pensar
REAC9. Hay pensamientos que	2.69	-.305	t(46) =-7.25, p<.001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC10. Hay cosas en las que	2.69	-.308	t(46) =-6.94, p<.001	Si	Si	Si	Supresión pensar
REAC11. A veces realmente	1.94	.555	t(40.6) =-5.43, p<.001	Si	Si	Si	Supresión pensar
REAC12. Algunas veces hago	2.57	-.288	t(46) =-6.78, p<.001	Si	Si	Si	Supresión pensar
REAC13. Tengo pensamientos	2.31	.004	t(45.7) =-6.37, p<.001	Si	Si	Si	Supresión pensar
REAC14. Hay muchos pensa.	2.77	-.140	t(46) =-7.37, p<.001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC15. A veces me mantengo	2.23	.140	t(46) =-8.50, p<.001	Si	Si	No	Eliminado

Tabla 3.- Características psicométricas del inventario de supresión: oso blanco

Reactivo	Peso factorial
REAC3. Tengo pensamientos que no puedo detener	0.836
REAC4. Hay imágenes que vienen a mi mente y que no puedo borrar	0.772
REAC2. Algunas veces me pregunto porque tengo los pensamientos que tengo	0.757
REAC9. Hay pensamientos que siguen dando vueltas en mi cabeza	0.715
REAC14. Hay muchos pensamientos que tengo y que no le digo a nadie.	0.644
REACT5. Mis pensamientos frecuentemente vuelven a una idea	0.531
$\alpha=.832$ Varianza explicada=53.14	

Tabla 4. Reactivos del primer factor. Escala de recurrencia de pensamientos.

Reactivo	Peso factorial
REAC13. Tengo pensamientos que trato de evitar	0.696
REAC12. Algunas veces hago cosas para distraerme de mis pensamientos	0.688
REAC11. A veces realmente desearía que pudiera dejar de pensar	0.683
REAC10. Hay cosas en las que trato de no pensar	0.681
REAC8. Siempre trato de poner los problemas fuera de mi mente	0.676
$\alpha=.760$ Varianza explicada=13.15	

Tabla 5. Reactivos del segundo factor. Escala de supresión de pensamientos.

- b) The five factor mindfulness questionnaire (cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness, por su traducción en español: Baer et al. 2006).

Etapa 1: adaptación

Dado que el porcentaje de similitud entre ambas versiones fue adecuado, se llevó a cabo el piloteo de la versión preliminar obtenida, se consideraron las observaciones realizadas durante la prueba piloto, con lo que se obtuvo la versión final del instrumento, que se integró por los 39 reactivos. También se corrigieron errores ortográficos y se redujeron las opciones de respuesta a 4 dado que la mayoría de los participantes contestaban en la opción intermedia, lo que podría afectar los análisis estadísticos posteriores.

Etapa 2: validación

Una vez que se contó con la adaptación del instrumento se continuó con el proceso de validación psicométrica de la versión adaptada que se obtuvo. Esta estaba compuesta por 39 reactivos a los que se dió respuesta en un formato tipo likert de 4 opciones, donde el 1 correspondió a NUNCA ES CIERTO, 2 CASI NUNCA ES CIERTO, 3 ALGUNAS VECES ES CIERTO Y 4 a SIEMPRE ES CIERTO.

1.- Análisis de distribución: se encontró que el número de opciones fue adecuado para los 39 reactivos, es decir, sus frecuencias fueron mayores a cero en cada opción de respuesta.

2.- Análisis de distribución (sesgo): dada la conducta estudiada, se esperaban distribuciones no sesgadas, este tipo de sesgo lo obtuvieron 33 reactivos, mientras que los reactivos: r1, r3, r13, r14, r15 y r34 no, característica que se tomó en cuenta para los análisis posteriores.

3.- Análisis de discriminación (percentiles, prueba "t"): como resultado de este análisis, se consideró eliminar los reactivos; r1, r3 y r7, debido a que resultaron ser reactivos con poca sensibilidad para discriminar entre grupos con puntajes altos y bajos.

4.- Direccionalidad de los reactivos: sólo el r13 no obtuvo direccionalidad, característica que se consideró para su inclusión.

5.- Confiabilidad: no se decidió eliminar ningún reactivo.

6.- Análisis Factorial: dado que las correlaciones fueron de bajas a medianas, se empleo la rotación varimax. Como resultado del análisis factorial se obtuvieron 6 factores, que explicaron el 62.52% de la varianza, que se denominaron; Factor1: no juzgar la experiencia, Factor 2: observar, notar, atender a las sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos, Factor 3: actuar con conciencia, piloto automático, concentración, Factor 4: facilidad para describir y etiquetar con palabras, Factor 5: dificultad para describir y etiquetar con palabras y Factor 6: no reactividad a la

experiencia interna. En este momento se decidió eliminar los reactivos: r8, r32, r2, r21, r22, y r23, debido a que cargaban en más de dos factores.

Se confirmaron, parcialmente, las 5 subescalas del instrumento original, algunas de ellas perdieron reactivos como en el caso del factor 6 (r1, r3, r7 y r2), posiblemente por la redacción y lo abstracto que resultaron a los participantes los reactivos, lo que sugiere la construcción de reactivos menos abstractos. En cuanto a la subescala original denominada facilidad para describir y etiquetar, esta se dividió en dos en el presente estudio: Factor 4 y 5 denominados como: dificultad y facilidad para describir, por lo que podrían considerarse parte de una misma sub escala.

7.- Por último, se calculó la confiabilidad total de la escala con los reactivos que no fueron eliminado (30 reactivos) y para cada factor obtenido. Se obtuvo un alpha de Cronbach total para el Cuestionario de 0.82 (ver tablas 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 y Anexo 1).

Reactivo	M	Sesgo	T	Direccio- Nalidad	A	Análisis Factorial	Decisión (incluido en factor o eliminarlo)
REAC1. Percibo sentimientos	2.64	-.524	t(95) =-1.61, p>.110	-	-	-	Eliminado
REAC2. Observo sentimientos	2.83	-.371	t(95) =-2.94, p<.004	Si	Si	-	Eliminado
REAC3. Situación difícil pausa	2.77	-.582	t(95) =-1.51, p>.132	-	-	-	Eliminado
REAC4. Imágenes simple obser	2.57	-.115	t(95) =-3.80, p<.0001	Si	Si	Si	No reactividad experiencia
REAC5. Perturbador tranquilo	2.26	.151	t(95) =-3.46, p<.001	Si	Si	Si	No reactividad experiencia
REAC6. Angustioso se vayan	2.63	-.307	t(95) =-2.14, p<.037	Si	Si	Si	No reactividad experiencia
REAC7. Perturbador distancia	2.84	-.494	t(95) = -1.64, p>.104	-	-	-	Eliminado
REAC8. Caminando notar	2.39	-.065	t(95) =-2.62, p<.010	Si	Si	-	Eliminado
REAC9. Baño alerta agua	2.66	-.273	t(90) =-4.95, p<.0001	Si	Si	Si	Observar sensaciones
REAC10. Alimentos afectan	2.37	.107	t(95) =-5.77, p<.0001	Si	Si	Si	Observar sensaciones
REAC11. Sensaciones viento	2.85	-.439	t(84.2) =-5.75, p<.0001	Si	Si	Si	Observar sensaciones
REAC12. Sonidos tic-tac	2.75	-.352	t(95) =-4.25, p<.0001	Si	Si	Si	Observar sensaciones
REAC13. Olores y aromas	3.15	-.791	t(83.1) =-4.98, p<.0001	-	Si	Si	Observar sensaciones

Reactivo	M	Sesgo	T	Direccionalidad	A	Análisis factorial	Decisión (incluido en factor o eliminarlo)
REAC14. Elementos de arte	2.96	-.582	t(95) =-5.45, p<.0001	Si	Si	Si	Observar sensaciones
REAC15. Emociones afectan	3.03	-.681	t(81.2) =-4.17, p<.0001	Si	Si	Si	Observar sensaciones
REAC16. Difícil atención	2.47	.015	t(95) =-3.98, p<.0001	Si	Si	Si	Actuar conciencia
REAC17. Piloto automático	2.12	.320	t(95) =-4.81, p<.0001	Si	Si	Si	Actuar conciencia
REAC18. De prisa cosas	2.29	-.063	t(95) =-5.46, p<.0001	Si	Si	Si	Actuar conciencia
REAC19. Tareas automáticas	2.11	.178	t(95) =-5.38, p<.0001	Si	Si	Si	Actuar conciencia
REAC20. Hacer sin atención	2.30	.052	t(95) =-5.35, p<.0001	Si	Si	Si	Actuar conciencia
REAC21. Mi mente divaga	2.66	-.396	t(92.2) =-5.04, p<.0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC22. Soñando despierto	2.41	-.108	t(95) =-6.33, p<.0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC23. Distraigo fácilmente	2.77	-.500	t(86.5) =-5.13, p<.0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC24. Bueno palabras	2.73	-.298	t(95) =-2.63, p<.010	Si	Si	Si	Facilidad etiquetar
REAC25. Fácilmente poner	2.87	-.449	t(95) =-2.54, p<.013	Si	Si	Si	Facilidad etiquetar
REAC26. Difícil palabras	2.38	-.102	t(95) =-2.98, p<.004	Si	Si	Si	Dificultad etiquetar

Reactivo	M	Sesgo	T	Direccionalidad	A	Análisis factorial	Decisión (incluido en factor o eliminarlo)
REAC27. Difícil pensar pala	2.36	-.132	t(95) = -2.88, p < .0005	Si	Si	Si	Dificultad etiquetar
REAC28. Difícil describir	2.15	.070	t(95) = -4.21, p < .0001	Si	Si	Si	Dificultad etiquetar
REAC29. Molesto encontrar	2.74	-.402	t(93) = -2.92, p < .004	Si	Si	Si	Facilidad etiquetar
REAC30. Tendencia natural	2.62	-.230	t(92.8) = -3.37, p < .001	Si	Si	Si	Facilidad etiquetar
REAC31. Describir usualmente	2.71	-.294	t(95) = -2.76, p < .007	Si	Si	Si	Facilidad etiquetar
REAC32. Critico irracional	2.35	.079	t(95) = -7.28, p < .0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC33. No debería sentir	2.00	.606	t(87.6) = -8.87, p < .0001	Si	Si	Si	No juzgar ex.
REAC34. Pensamientos anormal	2.52	-.192	t(78) = -7.23, p < .0001	Si	Si	Si	No juzgar ex.
REAC35. Juicios pensamiento	2.36	.100	t(89.9) = -9.48, p < .0001	Si	Si	Si	No juzgar ex.
REAC36. No debería pensar	2.02	.437	t(95) = -7.81, p < .0001	Si	Si	Si	No juzgar ex.
REAC37. Emociones malas	2.23	.102	t(81.7) = -6.41, p < .0001	Si	Si	Si	No juzgar ex.
REAC38. No de acuerdo ideas	2.16	.260	t(95) = -7.22, p < .0001	Si	Si	Si	No juzgar ex.
REAC39. Juzgo bueno, malo	3.16	-.855	t(95) = -8.19, p < .0001	Si	Si	Si	No juzgar ex.

Tabla 6.- Características psicométricas del: Cuestionario de cinco factores para evaluar Mindfulness(CCFM-30)

Reactivo	Peso factorial
REAC36. Me digo a mi mismo que no debería de pensar como lo hago	0.850
REAC34. Creo algunos de mis pensamientos son malos y no	0.806
REAC37. Creo que algunas de mis emociones son malas	0.791
REAC35. Hago juicio sobre mis pensamientos	0.733
REAC38. No estoy de acuerdo conmigo mismo cuando tengo ideas	0.726
REAC33. No debería de estar sintiendo como me estoy sintiendo	0.655
REACT39. Cuando tengo ideas angustiosas me juzgo como bueno o malo	0.574
$\alpha=.87$ Varianza explicada=20.23%	

Tabla 7. Reactivos del primer factor. "No juzgar la experiencia".

Reactivo	Peso factorial
REAC11. Presto atención a las sensaciones, como el viento en mi cara	0.784
REAC12. Pongo atención a los sonidos, tales como el tic-tac del reloj	0.780
REAC9. Cuando me baño, estoy alerta a las sensaciones del agua	0.715
REAC13. Me doy cuenta de los aromas y olores	0.674
REAC10. Me doy cuenta de cómo los alimentos afectan	0.646
REACT15. Pongo atención a como mis emociones afectan mi pensar	0.637
$\alpha=.82$ Varianza explicada=14.38%	

Tabla 8. Reactivos del segundo factor. "Observar, notar, atender a las sensaciones, percepciones, pensamientos y sentimientos".

Reactivo	Peso factorial
REAC19. Hago trabajos de automática, sin ser consciente de lo que hago	0.769
REAC20. Me encuentro haciendo cosas sin poner atención	0.754
REAC18. Hago de prisa cosas sin realmente estar atento	0.729
REAC17. Parece que estoy en piloto automático	0.704
REAC16. Me resulta difícil mantener la concentración en el presente	0.552
$\alpha=.82$ Varianza explicada=6.89%	

Tabla 9. Reactivos del tercer factor. "Actuar con conciencia, piloto automático, concentración".

Reactivo	Peso factorial
REAC30. Mi tendencia natural es poner la experiencia en palabras	0.836
REAC24. Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos	0.772
REAC25. Fácilmente puedo poner mis creencias en palabras	0.757
REAC31. Usualmente puedo describir lo que siento en este momento	0.715
REAC29. Cuando me siento terriblemente molesto puedo ponerlo en palabras	0.644
$\alpha=.81$ Varianza explicada=5.90%	

Tabla 10. Reactivos del cuarto factor. "Facilidad para describir y etiquetar con palabras".

Reactivo	Peso factorial
REAC26. Es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy	0.783
REAC27. Me cuesta pensar en las palabras adecuadas para expresar lo que	0.787
REAC28. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo es difícil describirla	0.754
$\alpha=.79$ Varianza explicada=5.20%	

Tabla 11. Reactivos del quinto factor. "Dificultad para describir y etiquetar con palabras".

Reactivo	Peso factorial
REAC6. Por lo general cuando tengo pensamientos los dejo que se vayan	0.754
REAC5. Normalmente cuando tengo, pensamientos angustiosas	0.741
REAC4. Normalmente cuando tengo, imágenes o pensamientos	0.740
$\alpha=.68$ Varianza explicada=3.82%	

Tabla 12. Reactivos del sexto factor. "No reactividad a la experiencia interna".

- c) The acceptance and action questionnaire (cuestionario de aceptación y acción, por su traducción en español: Hayes et al. 2004).

Etapa 1: adaptación

Debido a que el porcentaje de similitud entre ambas versiones fue adecuado, se llevó a cabo el piloteo de la versión preliminar obtenida. Se consideraron las observaciones realizadas durante la prueba piloto y se obtuvo la versión final del instrumento, que se integró por los 9 reactivos. Se corrigieron errores ortográficos, se redujeron las opciones de respuesta a 4 dado que algunas de respuesta no eran atractivas para los participantes, es decir, las opciones de respuesta no eran elegidas por los participantes, además se eliminaron las negaciones de la redacción de algunos reactivos y se mejoró ésta, pues los participantes tenían problemas al momento de contestar debido a la redacción de algunos reactivos.

Etapa 2: validación

Una vez que se contó con la adaptación del instrumento se continuó con el proceso de validación psicométrica de la versión adaptada que se obtuvo. Esta estuvo compuesta por 9 reactivos a los que se dio respuesta en un formato tipo likert de 4 opciones, donde el 1 correspondió a NUNCA ES CIERTO, 2 CASI NUNCA ES CIERTO, 3 ALGUNAS VECES ES CIERTO Y 4 a SIEMPRE ES CIERTO.

1.- Análisis de distribución: se encontró que el número de opciones era adecuado para los 9 reactivos, es decir, sus frecuencias fueron mayores a cero en cada opción de respuesta.

2.- Análisis de distribución (sesgo): dada la conducta que se estudiaba, se esperaban distribuciones no sesgadas. Este tipo de sesgo lo obtuvieron 6 reactivos, mientras que los reactivos: r1, r5 y r7 no, característica que se tomó en cuenta para los análisis posteriores.

3.- Análisis de discriminación (percentiles, prueba "t"): como resultado de este análisis, se eliminaron los reactivos 1 y 6 debido a que resultaron ser reactivos con poca sensibilidad para discriminar entre grupos con puntajes altos y bajos.

4.- Direccionalidad de los reactivos: todos los reactivos tuvieron la direccionalidad esperada.

5.- Confiabilidad: no se decidió eliminar ningún reactivo.

6.- Análisis Factorial: dado que las correlaciones fueron de bajas a medianas, se empleó la rotación varimax. Como resultado del análisis se obtuvieron tres factores, que explican el 68.34% de la varianza, sin embargo, dos de ellos sólo tuvieron dos reactivos razón por la que se decidió eliminarlos. La escala final se conformó de un solo factor integrado por 3 reactivos que explica el 37.28% de la varianza, los reactivos eliminados fueron; r2, r4, r7, y r8.

Los resultados anteriores concuerdan con los obtenidos por Barraca (2004), quien adaptó el cuestionario de acción y compromiso en población española, en una muestra clínica y no clínica. Sus resultados muestran tres factores, uno compuesto por 4 reactivos y 2 factores integrados por 2 reactivos, el alfa de cronbach de la prueba final fue de 0.74.

7.- Por último, se calculó la confiabilidad total de la escala: se obtuvo un alfa de Cronbach total para el cuestionario de .074, (tablas 13 y 14). Debido a que los reactivos evalúan diferentes procesos que subyacen a la teoría de la que se deriva el instrumento, se decidió nombrar al factor como: aceptación y acción.

8.- Considerando los resultados obtenidos, se decidió validar la versión desarrollada de 32 reactivos. Para ello se tradujeron los 32 reactivos de su idioma original (inglés) al español. En su traducción se consideraron las observaciones realizadas durante la adaptación del instrumento de 9 reactivos, se modificó el número de opciones de respuesta, se corrigió la redacción de algunos reactivos y se eliminaron las negaciones de la redacción pues afectan las respuestas de los participantes.

Reactivo	M	Sesgo	T	Direccio- Nalidad	α	Análisis Factorial	Decisión (incluido en factor o eliminado)
REAC1. Soy capaz de tomar decisiones sobre un problema	2.89	-.548	t(38.39) = -1.62, p>.113	-	-	-	Eliminado
REAC2. Frecuentemente estoy soñando despierto	2.69	-.306	t(49) = -5.75, p<.001	Si	Si	Si	Eliminado
REAC3. Cuando me siento ansiosos o deprimido no atención	2.32	.402	t(49) = -7.56, p<.001	Si	Si	Si	Aceptación y acción
REAC4. Preocupación por tener bajo control emociones	2.79	-.355	t(49) = -4.29, p<.001	Si	Si	Si	Eliminado
REAC5. Tengo miedo de mis sentimientos	1.85	.824	t(44.6) = -5.98, p<.001	Si	Si	Si	Aceptación y acción
REAC6. Cuando valoro negativamente algo	2.93	-.516	t(49) = -.641, p>.525	-	-	-	Eliminado
REAC7. La ansiedad es mala	2.94	-.567	t(49) = -7.29, p<.001	Si	Si	No	Eliminado
REAC8. Si pudiera mágicamente eliminar todas las experiencias	2.15	.396	t(44.8) = -3.74, p<.001	Si	Si	Si	Eliminado
REAC9. Cuando me comparo con otras personas	2.27	.270	t(49) = -4.76, p<.001	Si	Si	Si	Aceptación y acción

Tabla 13.- Características psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA-9)

Reactivo	Peso factorial
REAC13. Tengo pensamientos que trato de evitar	0.696
REAC12. Algunas veces hago cosas para distraerme de mis pensamientos	0.688
REAC11. A veces realmente desearía que pudiera dejar de pensar	0.683
REAC10. Hay cosas en las que trato de no pensar	0.681
REAC8. Siempre trato de poner los problemas fuera de mi mente	0.676
$\alpha=.760$	
Varianza explicada=13.15	

Tabla 14. Reactivos del único factor encontrado.

9.- Posteriormente, se aplicó el instrumento obtenido a una nueva muestra de 168 participantes con una edad promedio de 23 años, la mayoría de ellos estudiantes de nivel licenciatura. Se inició el proceso de validación que a continuación se muestra.

a) Análisis de distribución: se llevó a cabo este análisis para determinar si todas las opciones de respuesta resultaban atractivas a la población o se debía de eliminar alguna. Se encontró que el número de opciones fue adecuado para los 32 reactivos, es decir, sus frecuencias fueron mayores a cero en cada opción de respuesta.

b) Análisis de distribución (sesgo): se comprobó que el sesgo de la distribución de respuesta para cada reactivo fuera el esperado (normal o sesgado), dada la conducta estudiada, se esperaban distribuciones no sesgadas. Este tipo de sesgo lo obtuvieron 27 reactivos, mientras que los reactivos: r1, r2, r12, r31 y r32 obtuvieron un sesgo muy amplio, razón por la que se decidió eliminarlos en este punto, pues podrían afectar la confiabilidad de la escala.

c) Análisis de discriminación (percentiles, prueba "t"): como resultado de este análisis, se eliminó el reactivo r24, debido a que resultó ser un reactivo con poca sensibilidad para discriminar entre grupos con puntajes altos y bajos.

d) Direccionalidad de los reactivos: se generaron tablas de contingencias para 26 reactivos, para ello se colaron los grupos con puntajes altos y bajos en las líneas y en las columnas y las opciones de respuesta. Posteriormente, se verificó que el grupo

con puntajes bajos, tuviera mayor frecuencia de respuestas en las opciones de menor valor (1 y 2) y una menor o inexistente frecuencia en las opciones de mayor valor (3 y 4), lo contrario se realizó con el grupo con puntajes altos, todos los reactivos obtuvieron direccionalidad.

e) Confiabilidad: no se decidió eliminar ningún reactivo.

f).- Análisis Factorial: dado que las correlaciones fueron de bajas a medianas, se empleo la rotación varimax, en este momento se decidió eliminar los reactivos: r6, r9, r10, r15, r16, r20, r23, r25, r26, r28 y r29, debido a que algunos de ellos cargaron en más de un factor, o en ninguno, así como aquellos que conformaban factores de sólo 2 reactivos. Como resultado del análisis se obtuvieron tres factores, que explican el 57.42% de la varianza.

g).- Por último, se calculó la confiabilidad total de la escala con los reactivos que no fueron eliminado (15 reactivos). Se obtuvo un alpha de Cronbach total para el cuestionario de 0.82, (ver tablas 15, 16, 17, 18 y Anexo 1).

Reactivo	M	Sesgo	T	Direccio- Nalidad	α	Análisis Factorial	Decisión (incluido en factor o eliminarlo)
REAC1. Realmente controlo	2.93	-.669	-	-	-	-	Eliminado
REAC2. Pensamientos no son	3.12	-.724	-	-	-	-	Eliminado
REAC3. Intento no entren en	2.66	-.310	t(88) = -5.48, p<.0001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC4. Persona estable no de	2.34	.097	t(88) = -5.73, p<.0001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC5. Hay algo para evitar te	2.82	-.437	t(67) = -6.95, p<.0001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC6. Estoy imaginando	2.64	-.335	t(73.4) = -5.56, p<.0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC7. Dejo de hacer cosas an	2.53	-.015	t(88) = -7.52, p<.0001	Si	Si	Si	Eliminado
REAC8. Ansioso o deprimido	2.51	.008	t(88) = -7.60, p<.0001	Si	Si	Si	Supresión pensar
REAC9. Soy capaz de tomar	2.94	-.576	t(88) = -3.55, p<.0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC10. La terapia de una pers	2.02	.589	t(74.5) = -4.99, p<.0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC11. Cuando me comparo	2.20	.280	t(88) = -6.25, p<.0001	Si	Si	Si	Supresión pensar
REAC12. Controlar mis sentimi	2.89	-.622	-	-	-	-	Eliminado
REAC13. Evito ponerme en	2.83	-.521	t(75.9) = -5.81, p<.0001	Si	Si	Si	Supresión pensar
REAC14. Evito la tristeza y ansi	2.61	-.127	t(88) = -9.86, p<.0001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC15. Es difícil ser firme	2.66	-.305	t(88) = -6.69, p<.0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC16. Preocupo tener control	2.72	-.351	t(88) = -7.45, p<.0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC17. Dudas resueltas	2.67	-.305	t(72.7) = -4.42, p<.0001	Si	Si	Si	Supresión pensar
REAC18. Pensando mejor de	2.52	-.052	t(88) = -9.25, p<.0001	Si	Si	Si	Supresión pensar

Reactivo	M	Sesgo	T	Direccionalidad	α	Análisis factorial	Decisión (incluido en factor o eliminarlo)
REAC19. Miedo sentimientos	1.99	.534	t(83.6) = -7.0, p < .0001	Si	Si	Si	Supresión pensar
REAC20. Mis opiniones ciertas	3.02	-.500	t(63.8) = -2.34, p < .02	Si	Si	-	Eliminado
REAC21. Como o bebo inestable	2.09	.188	t(85.5) = -4.47, p < .0001	Si	Si	Si	Eliminado
REAC22. Listo sentirme bien	2.90	-.561	t(76.2) = -5.06, p < .0001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC23. Pienso buenos indica	2.62	-.221	t(76.5) = -3.67, p < .0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC24. Bien sentirse ansioso	1.93	.591	t(86.3) = -1.11, p. > .267	-	-	-	Eliminado
REAC25. Esperanzado cambie	2.75	-.436	t(88) = -7.29, p < .0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC26. Reconozco solo juicio	2.73	-.382	t(73.1) = -2.76, p < .007	Si	Si	-	Eliminado
REAC27. Evito situaciones	2.80	-.544	t(79.1) = -5.27, p < .0001	Si	Si	Si	Pensar recurrente
REAC28. La ansiedad es mala	2.77	-.316	t(88) = -4.43, p < .0001	Si	Si	-	Eliminado
REAC29. Eliminar mágicamente	2.30	.211	t(83.7) = -5.73, p < .0001	Si	Si	-	Pensar recurrente
REAC30. Acción estar seguro	2.71	-.468	t(71.9) = -6.28, p < .0001	Si	Si	Si	Supresión pensar
REAC31. Poner rumbo vida	3.22	-1.02	-	-	-	-	Eliminado
REAC32. Control de mi vida	3.16	-.855	-	-	-	-	Eliminado

Tabla 15.- Características psicométricas del Cuestionario de Aceptación y Acción (CAA-32)

Reactivo	Peso factorial
REAC17. Para poder hacer algo debo tener mis dudas resueltas	0.751
REAC22. Para estar listo, para hacer algo , tengo sentir bien respecto	0.663
REAC4. Una persona estable, no debería de actuar con dificultad	0.479
REACT18. Paso mucho tiempo pensando en las cosas que hare cuando mejor	0.430
$\alpha=.76$ Varianza explicada=23.64%	

Tabla 16. Reactivos del primer factor.

Reactivo	Peso factorial
REAC7. Hay muchas actividades que dejo de hacer cuando me siento depre	0.740
REAC19. Tengo miedo de mis sentimientos	0.704
REAC11. Cuando me comparo con otras personas parece que la mayor parte	0.701
REAC21. Como o bebo mas de los normal cuando estoy pasando por un	0.641
REAC8. Cuando me siento deprimido o ansioso soy incapaz de poner	0.640
$\alpha=.73$ Varianza explicada=8.84%	

Tabla 17. Reactivos del segundo factor.

Reactivo	Peso factorial
REAC27. Evito situaciones que pudieran provocarme sentimientos y pensa	0.743
REAC14. Trato de evitar con fuerza los sentimientos de tristeza y ansiedad	0.644
REAC3. Intento que no entren en mi mente pensamientos y sentimientos	0.585
REAC13. Evito ponerme en situaciones donde estoy incomodo	0.553
REAC30. Para realizar una acción, debo de estar seguro del resultado de la	0.481
REACT5. Hay algo que se puede hacer para evitar tener los pensamientos y	0.422
$\alpha=.63$ Varianza explicada=5.83%	

Tabla 18. Reactivos del tercer factor.

- d) The Penn Alcohol Craving Scale (Escala de Craving al alcohol de Penn, adaptada a otras drogas, por su traducción en español: Flannery et al. 1999).

Etapa 1: adaptación

Debido a que el porcentaje de similitud entre ambas versiones fue adecuado, se llevó a cabo el piloteo de la versión preliminar obtenida. En este punto, se adaptaron las preguntas para considerar el uso de otras sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, activo, etc.). Se consideraron las observaciones realizadas durante la prueba piloto, con lo que se obtuvo la versión final del instrumento, que se integró por los 6 reactivos, también se corrigieron errores ortográficos y se mantuvo el número original de respuestas dado que todas las opciones de respuestas obtuvieron una frecuencia igual a 1 o mayor, lo que indicó que todas las opciones de respuesta eran atractivas para los participantes.

Etapa 2: validación

Una vez que se contó con la adaptación del instrumento se continuó con el proceso de validación psicométrica del mismo, la versión adaptada que se obtuvo estuvo compuesta por 6 reactivos a los que se dio respuesta en un formato tipo likert de 7 opciones.

1.- Análisis de distribución: se encontró que el número de opciones era adecuado para 5 reactivos, es decir, sus frecuencias fueron mayores a cero en cada opción de respuesta, mientras para el r2, una opción de respuesta no fue atractiva es decir, no obtuvo ninguna respuesta, característica que se consideró para su integración en la escala final y en análisis posteriores.

2.- Análisis de distribución (sesgo): dada la conducta estudiada, se esperaban distribuciones sesgadas. Este tipo de sesgo lo obtuvieron 3 reactivos, mientras que los reactivos: r4, y r1 no, característica que se tomó en cuenta para los análisis posteriores.

3.- Análisis de discriminación (percentiles, prueba "t"): como resultado de este análisis, se consideró eliminar el; r2, debido a que resultó ser un reactivo con poca

sensibilidad para discriminar entre grupos con puntajes altos y bajos y no ser atractivo en todas sus opciones de respuesta.

4.- Direccionalidad de los reactivos: todos los reactivos restantes tuvieron la direccionalidad esperada.

5.- Confiabilidad: no se decidió eliminar ningún reactivo.

6.- Análisis Factorial: para determinar el tipo de rotación a utilizar se analizó la magnitud de la correlación entre reactivos, dado que las correlaciones fueron de medianas a altas (0.46 a 0.70), se empleo la rotación Oblimin (oblicua). Como resultado del análisis factorial se obtuvo un solo factor, que explica el 64.75% de la varianza, que se denominó: Craving. Se confirmó parcialmente el único factor que conforma la escala original.

7.- Por último, se calculó la confiabilidad total de la escala con los reactivos que no fueron eliminado (4 reactivos). Se obtuvo un alpha de Cronbach total para la escala de 0.81 (tablas 19, 20 y Anexo 1).

Reactivo	M	Sesgo	T	Direccio- Nalidad	α	Análisis Factorial	Decisión (incluido en factor o eliminado)
REAC1.¿Qué tan frecuentemente ha pensado en beber alcohol...?	3.63	.314	t(14) =-8.28, p<.0001	Si	Si	Si	Craving
REAC2. Durante el tiempo más grave de su consumo, ¿qué tan fuerte era.....	5.52	-1.33	t(9.53) =-2.18, p>.055	-	-	-	Eliminado
REAC3.Cuanto tiempo ha pasado pensando en beber ó...	3.65	.607	t(14) =-13.43, p<.0001	Si	Si	Si	Craving
REAC4. ¿Qué tan difícil sería resistir tomar una bebida o algo de droga.....	4.52	-.252	t(14) =-5.64, p<.0001	Si	Si	Si	Craving
REAC5. Por favor calcule ¿cuánto deseo por lo general tuvo.....	4.19	-.627	t(14) =-4.06, p<.001	Si	Si	Si	Craving

Tabla 19.- Características psicométricas de La Escala de Craving de Penn al alcohol y otras drogas.

Reactivo	Peso factorial
REAC1. ¿Qué tan frecuentemente ha pensado en beber alcohol o consumir droga o en qué tan	0.878
REAC3. ¿Cuánto tiempo ha pasado pensando en bebe o consumir droga o qué tan	0.802
REAC4. ¿Qué tan difícil sería resistir tomar una bebida o algo de droga durante este periodo	0.777
REAC5. Por favor calcule ¿cuanto deseo por lo general tuvo de consumir alcohol	0.756
α=.81	
Varianza explicada=64.75%	

Tabla 20. Reactivos del único factor encontrado: Craving

Apéndice B

Comparación en la variable supresión de pensamientos entre un grupo con problemas de dependencia a sustancias psicoactivas y uno que no los presenta, así como la relación entre las variables supresión de pensamientos, días sin consumo y craving

Objetivo

Considerando los resultados obtenidos por los participantes en el presente estudio en las escalas de supresión de pensamientos, evitación experiencial y craving, se puede observar que algunos son elevados tanto al inicio como al final de la intervención PEREU, decrementándose significativamente al final del entrenamiento en destrezas de atención plena, lo cual hace suponer que dicho entrenamiento afecta estas variables al desarrollar aceptación y conciencia de la experiencia (Bowen et al. 2009), sin embargo este decremento puede deberse simplemente al paso de tiempo tanto en el caso del craving como en el de supresión de pensamientos, o bien a que la presencia de dicha variable (supresión de pensamientos en específico) es igual en todos los participantes tanto en aquellos con problemas de dependencia como en los que no presentan problema de dependencia.

Con el objetivo de poder responder dichas preguntas y tener un mejor entendimiento de los resultados obtenidos se planteo realizar una comparación entre población con dependencia y sin dependencia a sustancias psicoactivas con respecto a la variable supresión de pensamientos, además de observar si la variable supresión de pensamientos puede ser considerada como predictiva del craving en población mexicana, dado que la literatura señala que dicha variable se asocia de forma importante al nivel de craving y con ello a la recaída en algunos sujetos (Palfai et al. 1997; Witkiewitz et al. 2012; Toll et al. 2001; Bowen et al. 2007; Bowen et al. 2012), en esta parte se considero también la variable tiempo transcurrido desde el último consumo de sustancia psicoactiva, considerando que éste fuera previo a iniciar un tratamiento por problemas causados por el consumo de dichas sustancias, esta variable se consideró dado que la literatura no la incluye en los estudios que evalúan la relación supresión de pensamientos y craving y pudiera indicar que el paso de tiempo influye dicha relación, esto debido a que se sabe que el craving disminuye a medida que el tiempo sin consumo aumenta por cuestiones neuroadaptativas (Sánchez-Hervás, Bou, Del Olmo, Tomás & Morales, 2001; Raymond, 1999) y con ello que el efecto observado al final del entrenamiento en destrezas de atención plena pudiera deberse a dicha variable.

Pregunta de investigación

¿Los participantes con problemas con dependencia a sustancias psicoactivas tienen un mayor nivel de supresión de pensamientos que los que no presentan dependencia?

¿Entre mayor es el nivel de supresión de pensamientos en los participantes con dependencia a sustancias psicoactivas mayor es el nivel de craving experimentado?

¿Entre más días transcurran desde el último consumo de sustancia psicoactiva menor será el nivel de craving experimentado por los participantes?

Hipótesis

1. El nivel de supresión de pensamientos es diferente entre el grupo de participantes con dependencia a sustancias psicoactivas (grupo 1) y el grupo de participantes que no tiene dependencia (grupo 2)
2. Hay relación lineal entre el puntaje de supresión de pensamientos y el de craving en los participantes con problemas por consumo de sustancias psicoactivas.
3. Existe relación lineal entre el número de días transcurridos desde el último consumo de sustancia y el puntaje de craving en los participantes con dependencia a sustancias psicoactivas.

Diseño

Con el objetivo de responder las preguntas de investigación se llevo a cabo un diseño de tipo correlacional-descriptivo, debido a que no se manipula experimentalmente ninguna variable y solo se pretende establecer relaciones y comparaciones entre variables.

Definición conceptual de las variables

Variable 1, Craving: se define como la experiencia subjetiva de una urgencia o deseo por consumir una sustancias psicoactiva, que se caracteriza por reacciones de tipo físico y psicológicas (pensamientos, sensaciones y emociones), suele presentarse

ante situaciones relacionadas previamente con dicho consumo (Witkiewitz, Bowen, Douglas & Hsu, 2013).

Variable 2, Supresión de pensamientos: hace referencia a los intentos de los participantes por evitar tener los pensamientos que experimentan, debido a que estos son considerados como poco deseables (Wegner & Zanakos, 1994).

Variable 3, Tiempo transcurrido desde el ultimo consumo de sustancias psicoactivas. Indica cuantos días han pasado desde el último consumo de dichas sustancias.

Definición operacional de las variables

Variable 1: puntuación obtenida en el cuestionario de supresión de pensamientos: oso blanco.

Variable: 2: puntuación obtenida en el cuestionario de Craving de alcohol de Penn adaptado a otras drogas.

Variable 3: número de días transcurridos desde el último consumo de sustancia psicoactiva reportado por el participante.

Método

Participantes

Se utilizaron dos grupos, conformados de la siguiente forma: el primer grupo estuvo integrado por 30 participantes, todos dependientes a diferentes sustancias psicoactivas, internados en un centro público para tratar su consumo de dichas sustancias, con las siguientes características: 93% eran hombres y 7% mujeres, el 60% reportaron consumir cocaína (en cualquiera de sus presentaciones: piedra o polvo), el 10% solventes, un 3% marihuana, el 17% eran poliusuarios es decir consumían más de una sustancia al mismo tiempo, un 7% reporto consumir alcohol y finalmente un 3% dijo consumir LSD, el promedio de edad era de 31.16 años, con una media de consumo de 9.43 años, el 100% de ellos se encontraba recibiendo

tratamiento de tipo residencial y por último el promedio de días transcurridos desde el último consumo era de 23.5 días.

La segunda grupo estuvo conformado por 30 participantes contactados en diferentes puntos geográficos, que no tuvieran dependencia o abuso de sustancias psicoactivas, el 23% eran hombre y el 77% eran mujeres con una media de edad de 28.7 años.

Para poder ser seleccionados los participantes tenían que cumplir con los siguientes criterios.

Grupo con dependencia a sustancias psicoactivas

Estar recibiendo tratamiento por el consumo de sustancias psicoactivas

Haber desarrollado un cuadro de dependencia a alguna sustancia (tener diagnóstico de dependencia a sustancias psicoactivas)

Tener problemas relacionados por el consumo de sustancias psicoactivas (familiares, de salud o económicos)

Muestra sin dependencia a sustancias psicoactivas

Tener un puntaje menor a 8 en el AUDIT

No haber consumido ninguna sustancia psicoactiva en el último año

Escenario

El escenario de aplicación de los instrumentos utilizados fueron: a) diferentes lugares geográficos de la Universidad Nacional Autónoma de México, en el caso del grupo que no presentan dependencia o abuso a sustancias psicoactivas y b) en el caso del grupo con dependencia a sustancias psicoactivas los instrumentos fueron aplicados en un centro de internamiento público para personas que presentan dependencia a sustancias psicoactivas y no tienen problemas para detener su consumo de forma voluntaria.

Materiales

Se consideran los instrumentos utilizados en la evaluación de las variables de interés (Ver anexo 3).

Instrumentos

- a) Inventario de supresión de pensamientos: este inventario fue traducido, adaptado y validado a población mexicana, del White bear suppression inventory (Baer et al. 2006). Mide el grado en que una persona trata de suprimir o evitar sus pensamientos y fue desarrollado originalmente por Zanakos y Wegner (1994), se encuentra conformado por 11 reactivos que se responden con base a una escala tipo Likert de 4 opciones, tiene una consistencia interna de $\alpha=0.85$, y se encuentra conformado por dos subescalas: la subescala de recurrencia de pensamientos con un alpha de Cronbach de 0.83 y la de supresión de pensamientos con un alpha de Cronbach de 0.76. Tiene una correlación positiva con el cuestionario de aceptación y acción ($r=.60$), (Hayes et al. 2004), éste evalúa el mismo constructo: supresión o evitación de eventos privados.

- b) Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT, por sus siglas en ingles): este instrumento permite de forma sencilla realizar una detección del consumo excesivo de alcohol y puede servir como apoyo en la evaluación breve, se encuentra conformado por 10 preguntas a las que se da respuesta en un formato de tipo likert, fue originalmente desarrollado por la Organización Mundial de la Salud en 1989 y desde entonces se ha extendido su utilización tanto en personal sanitario como en investigadores del fenómeno del consumo de alcohol. Este instrumento ha demostrado tener una consistencia interna adecuada, lo que sugiere que evalúa un solo constructo de forma confiable. En un estudio llevado en población bebedora de no riesgo se encontró que el AUDIT tenía una confiabilidad de test-retest de $r=0.86$, además de que ha demostrado correlacionar positivamente con otros instrumentos de este mismo tipo, por ejemplo con el CAGE, tiene una correlación de $r=.078$ y con el MAST de $r=.88$ (OMS, 2001).

- c) Encuesta de Consumo de Sustancias: con el objetivo de obtener información sobre el consumo de otras sustancias psicoactivas se redactaron dos preguntas que indagaban sobre el consumo de dichas sustancias en el último año y en el último mes (ver anexo 3).

Procedimiento

Se aplicaron los instrumentos de supresión de pensamientos y escala de craving al alcohol de Penn adaptada a otras droga, a participantes consumidores de sustancias psicoactivas, para ello se contactó con la persona encargada del centro de atención donde los participantes se encontraban internados y recibiendo tratamiento, se solicitó su autorización para la aplicación de los instrumentos y una vez que se contó con la ésta dos psicólogas expertas en el área y tratamiento de la conducta adictiva llevaron a cabo su aplicación, para ello pedían a cada uno de los paticipantes su participación para contestar ambas pruebas, explicaban la forma de responder a ellas y se contestaban de forma individual.

Por otra parte, se aplicaron los instrumentos de Supresión de pensamientos oso blanco, AUDIT y dos preguntas sobre el consumo de sustancias psicoactivas (cocaína, LSD, metanfetaminas, etc.) a participantes que fueron contactados en diversos puntos de la UNAM, el aplicador pedía a cada participante su colaboración, explicaba la forma de contestar las pruebas y se contestaban de forma individual.

Resultados

En esta sección se muestran los puntajes obtenidos por ambos grupos en el Inventario de supresión de pensamientos oso blanco, así como los puntajes obtenidos por el grupo con dependencia en la Escala de craving de alcohol de Penn, y el número de días transcurridos desde el último consumo, también se indica el puntaje obtenido por el grupo sin dependencia en la prueba AUDIT (Ver tabla 21).

Grupo con dependencia				Grupo sin dependencia			
N° participante	Puntaje de supresión de Pensamientos	Puntaje de craving	Número de días desde el último consumo	N° participante	Puntaje de supresión de pensamientos	Puntaje en el AUDIT	Consumo de alguna droga en los últimos mes
1	42	7	60	1	29	0	No
2	32	13	30	2	20	2	No
3	30	9	20	3	19	1	No
4	34	7	28	4	23	1	No
5	38	5	30	5	17	5	No
6	40	3	-	6	31	1	No
7	36	8	14	7	22	1	No
8	19	0	31	8	31	0	No
9	29	4	45	9	27	1	No
10	39	8	30	10	35	2	No
11	20	4	-	11	30	0	No
12	24	2	60	12	35	0	No
13	31	4	30	13	22	4	No
14	32	11	25	14	25	1	No
15	28	11	20	15	26	6	No
16	35	15	15	16	25	1	No
17	43	3	32	17	29	3	No
18	34	5	15	18	24	0	No
19	39	22	7	19	32	2	No
20	34	11	10	20	28	2	No
21	30	4	20	21	31	5	No
22	20	16	7	22	29	3	No
23	35	11	5	23	25	5	No
24	33	17	15	24	40	3	No
25	44	22	15	25	35	2	No
26	35	13	14	26	22	2	No
27	29	0	10	27	20	5	No
28	41	12	28	28	29	1	No
29	35	15	28	29	27	4	No
30	15	6	14	30	32	2	No

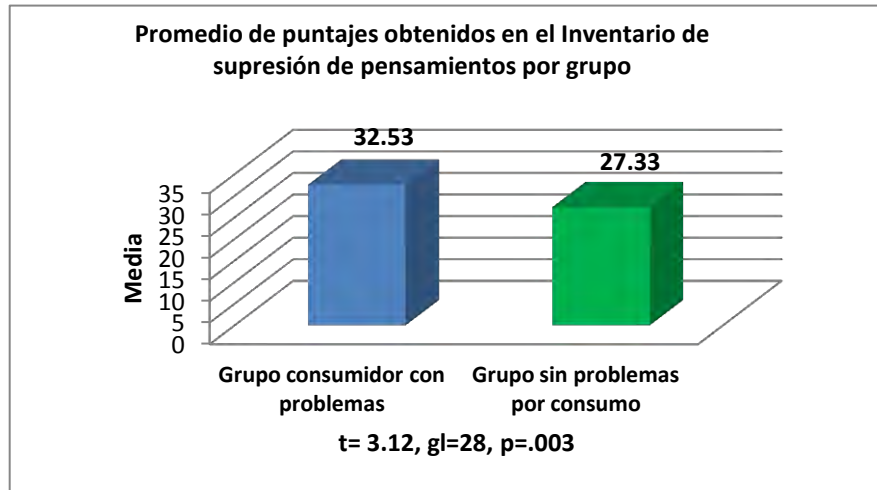
Tabla 21. Muestra los resultados de ambos grupos en diferentes variables.

Análisis de datos

Posterior a la captura de los datos se llevaron los siguientes análisis:

Una comparación entre los puntajes obtenidos por los grupos con dependencia a sustancias psicoactivas y sin dependencia a dichas sustancias en el cuestionario de Supresión de pensamientos oso blanco, para ello se utilizo una prueba “*t* de student” para muestras independientes, este análisis revelo una diferencia significativa en el nivel de supresión de pensamientos entre el grupo de consumidores y el de no consumidores ($t = 3.12$, $gl = 58$, $p < .05$). Como puede apreciarse en la grafica, el grupo

con dependencia a sustancias obtuvo un promedio más alto de supresión de pensamientos (32.53), al compararlo con el grupo sin dependencia (27.33) (Grafica 33).

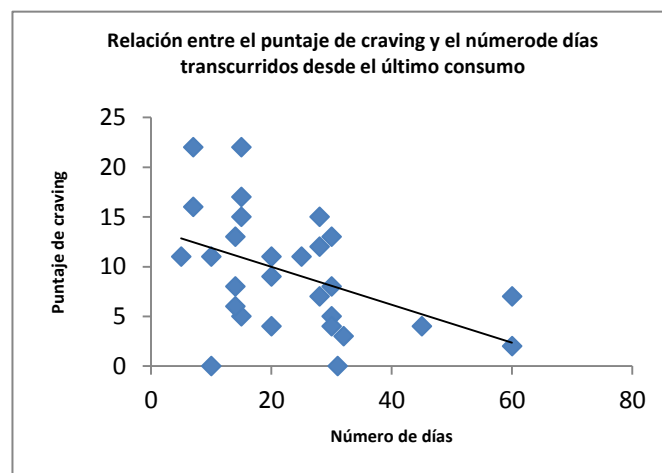


Grafica 33. Medias de grupos de supresión de pensamientos

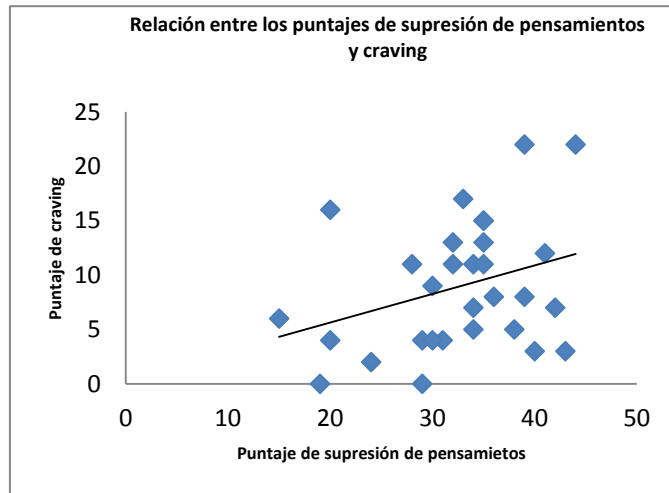
Para el caso del estudio de las variables de supresión de pensamiento, número de días transcurridos desde el último consumo y nivel de craving, se realizaron los siguientes análisis.

Análisis previo

Se realizó un análisis grafico (ver grafica 34 y 35) para observar si existía alguna relación lineal entre la supresión de pensamientos, los días transcurridos desde el último consumo y el nivel de craving



Grafica34. Muestra el tipo de Relación entre el puntaje de craving y el número de días transcurridos desde el último consumo



Grafica 35. Muestra el tipo de Relación entre el puntaje de craving y el puntaje de supresión de pensamientos

Como se puede observar en las graficas existe una relación lineal negativa entre la variable número de días transcurridos desde el último consumo y nivel de craving, esto es, a mayor número de días menor craving. Y una relación lineal positiva entre supresión de pensamientos y craving, esto es a mayor supresión de pensamientos mayor nivel de craving. Lo anterior sugirió conducir un análisis de regresión múltiple.

En un primer momento se obtuvo un modelo considerando a las variables de supresión de pensamientos y número de días transcurridos desde el último consumo como predictoras del nivel de craving, con las siguientes características: prueba ANOVA significativa ($F= 6.51$, $gl= 2, 25$, $p<.05$) y un coeficiente de determinación de (R^2) de 0.342. (Tabla 21)

Variables	B	T	P
Constante	3.74110	0.786	0.43949
Supresión de pensamientos	0.31404	2.295	0.03037
Número de días transcurridos desde el último consumo	-0.19972	-2.913	0.00743

Tabla 21. Características del modelo obtenido

Debido a que la constante del modelo resulto no significativa ($p=0.439$), se considero un modelo que mantuviera las mismas variables pero ajustado al origen. Este último tuvo las siguientes características estadísticas (ver tablas 22 y 23).

Variab les	F	P
Supresión de pensamientos	103.4082	0.0000001
Número de días transcurridos desde el último consumo	7.9885	0.008932

Tabla 22. Valores de ANOVA, con F calculada para cada variable predictiva

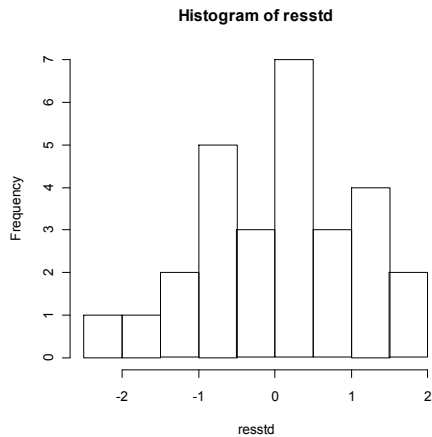
Variab les	B	T	P
Supresión de pensamientos	0.41293	7.763	0.00000003
Número de días transcurridos desde el último consumo	-0.184445	-2.836	0.00893

Tabla 23. Análisis de regresión lineal múltiple del nivel de craving en consumidores de sustancias psicoactivas

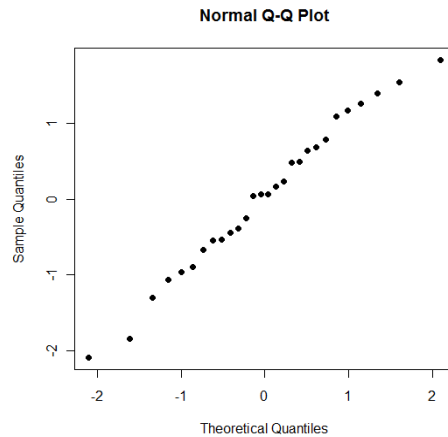
Se obtuvo un valor del coeficiente de determinación (R^2) de 0.8108, lo que significa que las variables (supresión de pensamientos y número de días transcurridos desde el último consumo) explican 81.08% de la varianza total. El análisis anterior sugiere que el nivel de craving puede ser explicado por el nivel de supresión de pensamientos y el número de días transcurridos desde el último consumo. Sin embargo para asegurar que dicho modelo es adecuado se realizó un diagnóstico para probar si cumplía los supuestos estadísticos del modelo de regresión múltiple, lo que proporciona certeza al utilizar el modelo obtenido.

Supuesto de normalidad.

Para determinar si el modelo obtenido cumplía con este supuesto se hizo un análisis a través de graficar los residuos obtenidos del modelo calculado (ver graficas 36 y 37).



Grafica 36. Histograma de los residuos estudentizados



Grafica 37. Grafica de probabilidad normal

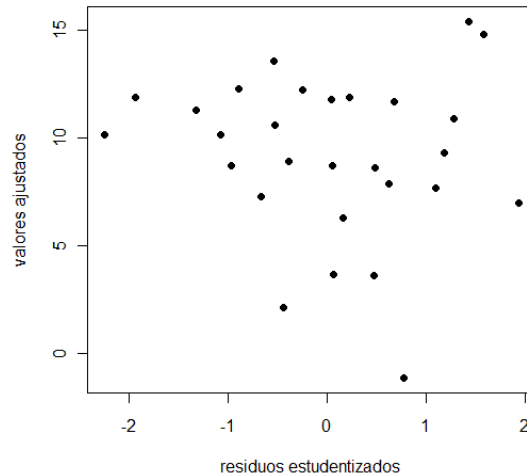
Los gráficos anteriores sugieren que los residuos del modelo presentan una distribución normal, dado que en histograma parecen comportarse de forma normal y en la grafica de normalidad los puntos no tienden a alejarse de una recta lo que sugiere normalidad, realizado este análisis se condujo la prueba Shapiro-Wilk, ($W=0.9837$, $p=0.9271$). Este resultado permite decir que en este caso los residuos siguen una distribución normal, con lo cual se cumple el supuesto de normalidad.

Independencia de los errores

Se corrió la prueba de Durbin-Watson ($DW= 2.0457$, $P=0.514$), con el objetivo de comprobar que los errores no estuvieran relacionados entre ellos. Con el resultado de la prueba se puede decir que los errores son independientes, con lo que se comprueba este supuesto. Se debe de mencionar que para el modelo de regresión lineal múltiple el supuesto de Independencia de los errores es el de mayor importancia (Kutner, Nachtseheim, Neter & Li, 2005; Seber & Lee, 2003).

Homoscedasticidad (supuesto de varianza constante)

Este supuesto se probó utilizando las graficas de residuos estudentizados (Grafica 38).

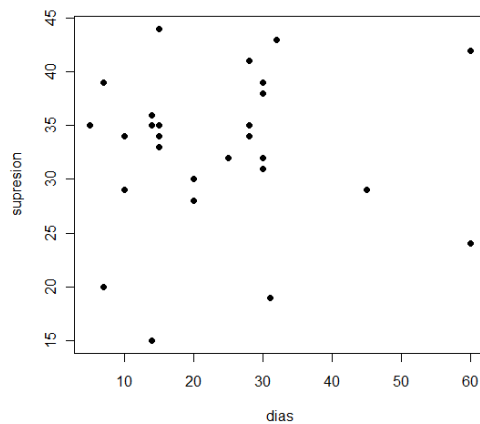


Grafica 38. Residuos vs valores ajustados

Se puede observar en la grafica 38, que los residuos no tienen ningún patrón en especial, por lo que se puede decir que la varianza es constante.

Supuesto de multicolinealidad

Se gráfico (grafica 39) la variable supresión de pensamientos vs días transcurridos sin consumo para probar si existía independencia entre estas variables explicativas.



Grafica 39. Muestra la relación entre la variable supresión de pensamientos y días transcurridos sin consumo.

También se obtuvo la correlación de Pearson entre días y supresión ($r_p=0.058$), como se puede observar la correlación es muy cercana a cero por lo que no existe multicolinealidad entre la pareja de variables. Lo que indica que son independientes.

Tomando en consideración los resultados obtenidos el modelo queda expresado de la siguiente forma:

$$y = 0.41293x_1 - 0.18445x_2, \text{ donde:}$$

$\hat{\beta}_1 = 0.41293$, *representa el incremento que experimenta el nivel de craving cuando la variable supresión de pensamientos (x_1) aumenta su valor en una unidad mientras la variable día (x_2) se mantiene constante.*

$\hat{\beta}_2 = -0.18445$, *representa el decremento que experimenta la variable craving cuando la variable días aumenta su valor en una unidad, mientras la variable supresión de pensamientos se mantiene constante.*

Discusión

Los resultados encontrados sugieren que el nivel de craving decreta a medida que el número de días sin consumo aumenta, sin embargo si el nivel de la variable supresión de pensamientos aumenta el nivel de craving lo hará también. Estos resultados concuerdan en parte con los encontrados en otras investigaciones, en especial con las de Bowen et al. (2007) quien encontró que la variable supresión de pensamientos tenía un rol mediador en el consumo de alcohol, con los de Toll et al. (2001) quien halló que entre sujetos fumadores actuales el nivel de supresión de pensamientos es mayor que en sujetos exfumadores y parcialmente con los encontrados en el estudio realizados por Bowen et al. (2005), quien encontró que las variables de aceptación, conciencia y no juzgar la experiencia tienen un rol mediador sobre los niveles de craving reportados por sujetos al finalizar un tratamiento basado en la atención plena.

Por otro lado los resultados concuerdan en parte con la hipótesis sostenida por los modelos de neuroadaptación (Sánchez-Hervás et al. 2001; Raymond, 1999) y cognitivos (Chesa, Elías, Fernández, Izquierdo & Sitjas, 2004; Tiffany, 1999) respecto al craving. De acuerdo con estos modelos las células cerebrales tienden a desarrollarse

adaptación a los niveles de drogas en el organismo, lo cual lleva a que cuando la persona detenga su consumo se presente un desequilibrio por la falta de consumo y una sensación de malestar y deseos por consumir la sustancia, después de largos periodos sin consumo o con la presencia de señales relacionadas al consumo (pensamientos, imágenes) o variaciones del estado de ánimo la respuesta de craving se reactiva, lo cual sugiere que eventos cognitivos pueden provocar la respuesta de craving.

Sin embargo si dicha respuesta se trata de evitar o suprimir puede tener efectos contradictorios al incrementar el deseo intenso de consumo lo cual puede conducir a un episodio de recaída. En conclusión, los resultados aquí encontrados sugieren que los participantes con problemas de dependencia tienden a suprimir sus pensamientos más que la población sin dichos problemas, y que dicha supresión conduce a experimentar un mayor nivel de craving a pesar de que haya transcurrido un periodo sin consumo o de abstinencia, lo cual sugiere que el entrenamiento en destrezas de atención plena pudiera ser utilizado como una forma de interrumpir dicho proceso al fomentar aceptación de la experiencia actual y mayor consciencia de la experiencia presente en particular de señales o disparadores del consumo. Es importante señalar que la forma de abordar el craving dentro de los tratamientos cognitivo-conductuales-motivacionales tradicionales en el abordaje de la adicción a sustancias psicoactivas como el PEREU pudieran verse beneficiada de un componente basado en atención plena.

Se deben de considerar las limitaciones del presente trabajo entre ellas, el tamaño de los grupos, los criterios de inclusión de los participantes, pues si bien se puede observar que los participantes sin problemas de dependencia tienen un menor grado de supresión de pensamientos, éste es elevado, lo cual se puede deber a que no se consideraron que éstos no tuvieran otro cuadro psicopatológico como depresión o ansiedad, también se deben de considerar otros instrumentos de evaluación sobre craving más extensos que permitan mayor comprensión del fenómeno, lo mismos que la inclusión de otras variables como aceptación y consciencia, y conducir estudios que puedan establecer relaciones mediadoras de variables.