

# Aplicación grupal de mindfulness en drogodependencias

## *Group application of mindfulness in drug addiction*

**Mercedes Ferreira González<sup>1</sup>, Luis Rodríguez Recarey<sup>1</sup>  
y Natalia Riopérez Redondo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Psicólogo Clínico. Centro de Atención Integral a Drogodependientes de la Comunidad de Madrid.

<sup>2</sup>Psicóloga Clínica. Hospital Doctor Rodríguez Lafora, Madrid.

## Resumen

En este artículo se describen los resultados de una intervención grupal de un programa de Prevención de Recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness (Bowen, Chawla y Marlatt, 2011; MBRP) en un Centro de Atención Integral a Drogodependientes de la Comunidad de Madrid. Se realizó un diseño cuasiexperimental con medidas pre y post mediante un análisis con Pruebas T para muestras relacionadas. Como muestra se seleccionaron 7 pacientes de programa ambulatorio, finalizando el tratamiento completo 3 pacientes. El programa de MBRP se configura como una intervención prometedora en el tratamiento de las drogodependencias. No se ha podido evaluar la eficacia de manera estadística por el tamaño de la muestra final, pero se han considerado en esta primera aproximación que las valoraciones individuales de los participantes

respecto a la vivencia experiencial de la propia práctica durante y al finalizar el grupo reflejan una evolución favorable en atención plena y autocompasión, en el repertorio de alternativas de respuesta en situaciones de riesgo y en niveles de craving y de consumo, entre otros aspectos.

*Palabras clave: Mindfulness, adicciones, MBRP, prevención de recaídas, tratamiento.*

## **Abstract**

This article describes the results of a program of Mindfulness Based on Relapse Prevention in addictive behaviors (Bowen, Chawla and Marlatt, 2011; MBRP) in a Center for Drug Dependents of the Community of Madrid. A quasi-experimental design was carried out with pre and post measures through an analysis with T-tests for related samples. As a sample, 7 patients were selected from the outpatient program, and 3 patients finished the complete treatment. The MBRP program is configured as a promising intervention in the treatment of drug dependence. It has not been possible to evaluate the efficacy in a statistical way due to the size of the final sample, but it has been considered in this first approach that the individual assessments of the participants regarding the experiential experience of the practice itself during and at the end of the group reflect a favorable evolution in mindfulness and self-pity, in the repertoire of response alternatives in risk situations and in craving and consumption levels, among other aspects.

*Keywords: Mindfulness, addictions, MBRP, relapse prevention, treatment.*

## **INTRODUCCIÓN**

Recientemente, la medicina, la psicología y otras ciencias de la salud están utilizando técnicas de meditación, principalmente las originarias de la tradición budista, como herramientas o métodos clínicos de intervención.

El término empleado por la psicología y la medicina para referirse a las técnicas de meditación que provienen del budismo es la palabra inglesa mindfulness que generalmente se ha traducido al español como “atención plena” o “consciencia plena”. Puede entenderse como presencia atenta y reflexiva a lo que sucede en el momento actual (Vallejo, 2006) y viene a plantear, por tanto, un empeño en centrarse en el momento presente de forma activa y reflexiva y una opción por vivir lo que acontece en momento actual, en el aquí y el ahora. Las

connotaciones psicológicas del término son evidentes, aunque trasciende de lo meramente psicológico e impregna en un sentido más amplio, un sentido de vida, una filosofía de la vida y una praxis, un modo de conducirse en situaciones y momentos concretos (Kabat-Zinn, 1994).

Varios de las terapias basadas en mindfulness se han aplicado al tratamiento de las adicciones y la prevención de recaídas. Marlatt (2005), uno de los autores pioneros en este campo ha integrado su modelo clásico de prevención de recaídas con los procedimientos mindfulness creando un programa de prevención de recaídas basado en Mindfulness.

La prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness (MBRP) integra prácticas de meditación de “consciencia plena” con la tradicional prevención de recaídas basada en técnicas cognitivo- conductuales (Bowen, Chawla y Marlatt, 2011). El programa se fundamenta en prácticas de reducción del estrés basadas en mindfulness (MBSR; Kabat-Zinn, 1990), en la terapia cognitiva basada en mindfulness (MBDT; Segal, Williams y Teasdale, 2002) y el protocolo de prevención de recaídas de Daley y Marlatt (2006).

Según el modelo teórico de prevención de recaídas propuesto por Marlatt y Gordon (1985) la recaída tiene lugar cuando el individuo se expone a una situación de riesgo sin ser capaz de responder con las estrategias de afrontamiento adecuadas para continuar manteniendo su abstinencia. Según su modelo, si ante una situación de riesgo el individuo puede emitir una respuesta de afrontamiento adecuada, la probabilidad de recaída disminuirá significativamente, ya que el afrontamiento se percibe por el individuo como una sensación de control que se asocia con una expectativa positiva de ser capaz de superar con éxito el próximo acontecimiento conflictivo que se le presente, de manera que se produce un considerable aumento de la percepción de autoeficacia. A medida que aumente la duración de la abstinencia y el individuo pueda afrontar con eficacia las situaciones de riesgo que progresivamente se le presenten, la percepción de control se incrementará de forma acumulativa y la probabilidad de recaída disminuirá (Marlatt, 1993; Marlatt y Gordon, 1985).

El programa MBRP incluye la identificación de los desencadenantes personales, así como de las situaciones en las que los participantes son especialmente vulnerables, junto con habilidades prácticas para poner en marcha en tales situaciones. Se considera un punto principal en este tratamiento el aprendizaje de prácticas de atención consciente que favorecen un incremento del “darse cuenta” así como un cambio en la forma de relacionarse con todas las experiencias tanto internas (emociones, pensamientos, sensaciones) como externas (claves del entorno).

Es un programa para personas que están en fase de mantenimiento de abstinencia, que estén motivados para mantener los objetivos del tratamiento y se muestren dispuestos a organizar cambios en su estilo de vida que los conduzcan al mantenimiento de su bienestar y recuperación.

Los objetivos del programa se centran en favorecer una mayor percepción de los desencadenantes: pautas habituales y reacciones “automáticas” que parecen controlar muchos aspectos de nuestra vida. Las prácticas del programa fomentan la capacidad de detenerse, observar la experiencia del momento y activar la consciencia del abanico de posibilidades que se abre ante nosotros en cada momento. La práctica del reconocimiento y regreso a la presente siembra las semillas del “darse cuenta” y la no-reacción, aliviando, de este modo, parte del sufrimiento excesivo que, a menudo, nos ocasiona nuestra propia mente.

El MBRP comparándolo con el MBCT y MBSR es el más reciente por lo que todavía se estudia su efectividad y aplicabilidad en el contexto clínico. Los estudios para el tratamiento de la prevención de recaídas basada en mindfulness en conductas adictivas son escasos pero los resultados preliminares indican la eficacia de este tipo de intervención (Zgierska y cols, 2009), sobre todo en reducir riesgo y severidad de recaídas. Los resultados sobre su eficacia muestran indicios claros de que las intervenciones basadas en mindfulness son una alternativa prometedora en el tratamiento de drogodependencias. (Bowen y cols., 2009; Bowen y cols, 2014; Garland, Gaylord, Boettiger, y Howard, 2010). Son muchas las limitaciones metodológicas de estudios publicados hasta el momento entre ellas, el tamaño de la muestra, la falta de grupo control o la falta de estudios longitudinales. la literatura revisada muestra apoyo para la efectividad de los MBI.

Revisiones sistemáticas recientes sobre la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness en adicciones como la de Sancho et al. (2018) concluyen que estos tratamientos fueron exitosos para reducir la dependencia, el craving y otros síntomas relacionados con la adicción al mejorar también el estado de ánimo y la disregulación emocional. Entre las intervenciones basadas en mindfulness más comúnmente usadas se encuentra la MBRP. También, Cavicchioli, Movalli y Maffei (2018) en su metaanálisis concluyen que las intervenciones basadas en mindfulness presentan ventajas clínicamente significativas en comparación con otras intervenciones.

En vista de los resultados iniciales sobre la aplicación de las intervenciones basadas en mindfulness en prevención de recaídas, el presente estudio tiene como objetivo la aplicación de este programa para el tratamiento de pacientes de un centro de atención a las

drogodependencias de la comunidad de Madrid y valorar su eficacia del programa en una población española.

## METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un programa piloto diseñado para aplicarse en un contexto público de drogodependencias y en formato de grupo. El MBRP es un programa que se facilita en un contexto de grupo cerrado ya que cada sesión del programa está diseñado para complementarse y generar un entrenamiento, de manera que no se permite que nuevos integrantes puedan entrar en sesiones de forma voluntaria facilitando la cohesión, la identidad con el grupo y los vínculos ya que se establecen unas normas de respeto y acompañamiento con todos los integrantes del grupo.

La intervención consistió en la aplicación de la guía clínica de Prevención de Recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness de Bowen, Chawla y Marlatt (2011) y fue implementada por la autora de este trabajo. Se utilizó una **adaptación de este programa**, realizando 6 sesiones semanales de 90 minutos de duración y con prácticas entre sesiones que incluían meditaciones formales guiadas con un CD y registros de las experiencias. El **contenido** de las sesiones fue el siguiente:

Sesión 1. Piloto automático y recaídas

Sesión 2. Consciencia de desencadenantes y deseos

Sesión 3. Mindfulness en la vida cotidiana

Sesión 4. Mindfulness en situaciones de alto riesgo

Sesión 5. Aceptación y acción eficaz. Autocuidado y estilo de vida equilibrado

Sesión 6. Ver los pensamientos como pensamientos. Apoyo social y continuación de la práctica

En esta primera aproximación a la aplicación del MBRP hemos reducido las sesiones a 6. Cada sesión tiene un tema central pero se organizan partiendo de los materiales y de las sesiones y prácticas de las semanas anteriores. Semanalmente se asignan ejercicios para casa y cada sesión incluye una revisión de las prácticas de la semana anterior. El programa empieza, al igual que en la MBSR y MBCT, con una introducción vivencial sobre la tendencia a actuar en el modo “piloto automático”. Los ejercicios y discusiones de las tres primeras sesiones se centran en la tendencia a actuar en el modo “piloto automático”. La toma de consciencia del papel del piloto automático en las recaídas se discute también en las sesiones iniciales. En la sesión 2 el núcleo central es

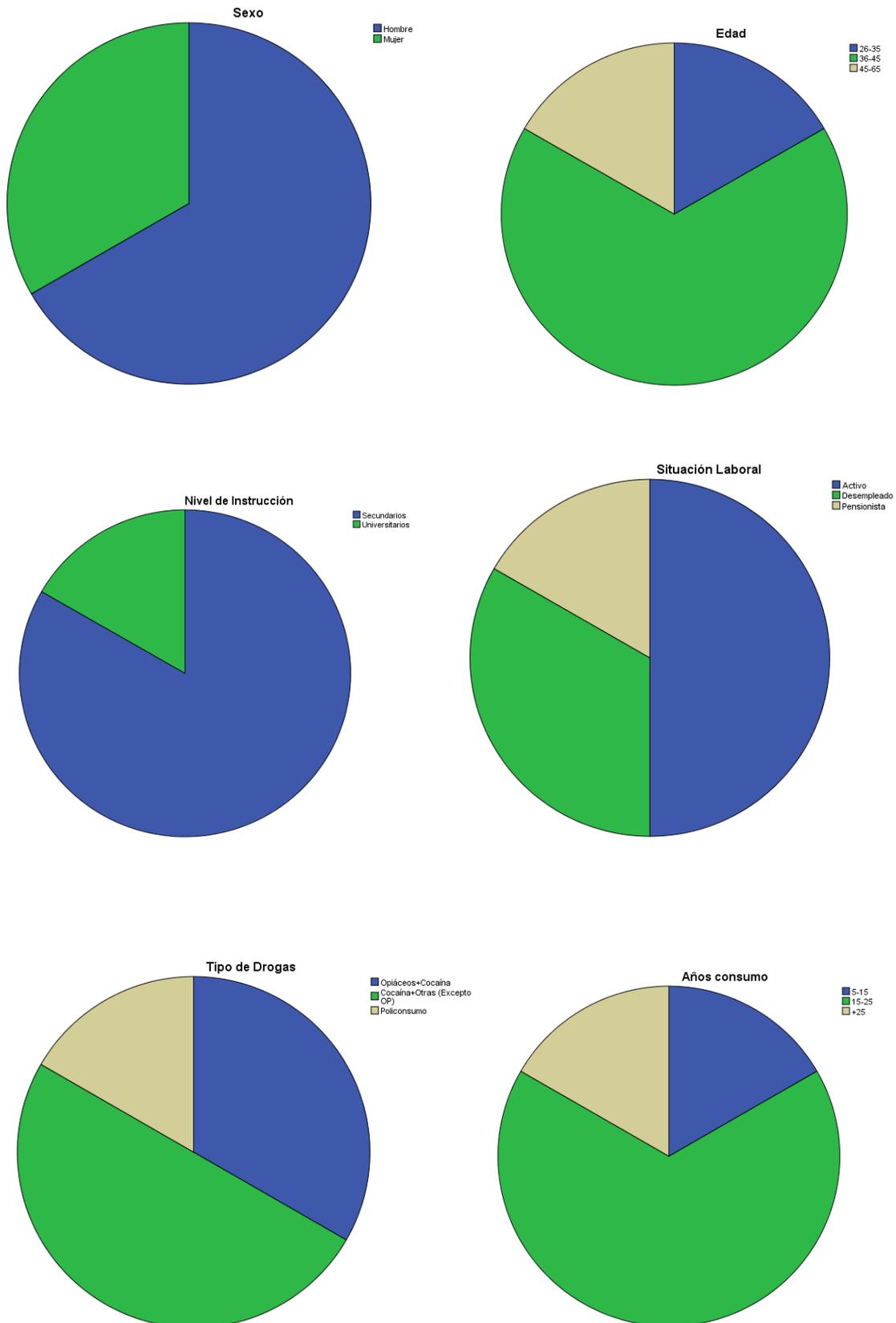
comprender los desencadenantes e introducir la idea de experimentarlos sin reaccionar automáticamente comenzando a aprender a identificar los desencadenantes, y a observar cómo a menudo pueden generar una proliferación de sensaciones, pensamientos, emociones y comportamientos. La siguiente sesión se centrará en la práctica del “espacio de respiración” como una manera de expandir la cualidad del mindfulness desde una práctica formal sentado o tumbado hacia situaciones cotidianas que encontremos. Esto puede ayudar “a estar” con las sensaciones físicas y emociones que pueden surgir, incluyendo aquellas asociadas con el craving y los impulsos. En las sesiones 4 a 6 se explora la aplicación de las prácticas así aprendidas a aquellas situaciones en las que los participantes podrían tener un mayor riesgo de recaída o de comportamiento reactivo. Estas sesiones identifican los perfiles de riesgo individual y buscan la aplicación de las habilidades de mindfulness en tales situaciones. Las sesiones 7 y 8 que en el protocolo habitual amplían el objetivo hasta completar un cuadro más amplio que supone el crear y mantener un estilo de vida que apoye tanto la recuperación como la práctica de la atención consciente se han integrado en las sesiones anteriores.

### **Muestra**

Como **muestra** se seleccionaron 7 pacientes de un centro de atención a las drogodependencias de la comunidad de Madrid de programa ambulatorio que no se encontraban en fase inicial de tratamiento. Los pacientes fueron informados verbalmente y por escrito y firmaron un consentimiento informado previo a la participación en el estudio. Todos ellos habían iniciado alguna forma de tratamiento psicoterapéutico y/o farmacológico y habían sido diagnosticados por un facultativo (psicólogo clínico o médico) siguiendo criterios DSM-V. Se excluyeron pacientes con deterioro cognitivo y con patología dual. La abstinencia no era un requisito para ni una condición para participar en el grupo. Finalizaron el tratamiento completo 4 pacientes.

Respecto al sexo, cuatro eran hombres y dos mujeres con estudios secundarios 5 de ellos y uno con universitarios. En lo que se refiere a la situación laboral, tres se encontraban en situación laboral activa, dos en desempleo y uno era pensionista. En relación con el tipo de drogas, dos de ellos consumían opiáceos y cocaína, tres, cocaína más otras (excepto opiáceos) y uno era policonsumidor. La mayoría de los pacientes, un 66,7% llevaba entre 15 y 25 años de consumo, un 16,7% entre 5 y 15 años y otro 16,7% más de 25 años. Las variables sociodemográficas y de consumo de los pacientes se presentan en las siguientes figuras.

Figura 1. Variables sociodemográficas y de consumo de los pacientes: sexo, tipo de drogas, edad, nivel de instrucción, situación laboral, años de consumo.



## **Análisis estadístico**

Para el estudio, se realizó un **diseño cuasiexperimental con medidas pre y post** mediante un análisis con Pruebas T para muestras relacionadas y una evaluación cualitativa al finalizar el grupo. Se utilizó el paquete estadístico SPSS 22.

## **Medidas**

Todos los pacientes contestaron una serie de Instrumentos para evaluar tanto los síntomas como la satisfacción subjetiva con el tratamiento. Se compararon las diferencias en las distintas escalas y cuestionarios que se aplicaron en la primera sesión y tras finalizar la última. Los instrumentos utilizados se describen a continuación.

*Escala Multidimensional de Craving de Alcohol (EMCA; Guardia Serecigni et al., 2004)* es un autoinforme diseñado para evaluar la intensidad del craving de alcohol. Se compone de 2 factores que han demostrado tener una consistencia interna excelente: el deseo de beber y la desinhibición conductual o falta de “resistencia” (alfa de Cronbach=0.95 y 0.73, respectivamente).

*Escala de Preocupaciones (PSWQ; Penn State Worry Questionnaire; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990)*. Es una medida de rasgo de ansiedad diseñada para evaluar la tendencia general a experimentar la experiencia de preocupación. Consta de 16 ítems a los que los participantes responden según una escala Likert de 5 puntos, que oscila entre 1 («no es en absoluto típico en mí») y 5 («es muy típico en mí»). Se aplicó la versión española de Sandín (1991; véase Sandín y Chorot, 1995). El PSWQ posee una estructura de dos factores relacionados, y niveles apropiados de fiabilidad (coeficientes alfa de Cronbach entre 0,84 y 0,89) y validez.

*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spilberger (STAI-E; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2015)*. Este instrumento es un inventario creado para evaluar la ansiedad como estado (momentánea, transitoria) y la ansiedad como rasgo (como condición más estable). Está compuesto por 40 ítems divididos en 2 subescalas: rasgo y estado, con respuestas tipo Likert de 0 a 3. Puede ser usado en población normal o en pacientes. Para su corrección se obtiene una puntuación de ansiedad estado y una puntuación de ansiedad rasgo, sumando cada uno de los ítems de cada subescala. La puntuación puede oscilar entre 0 y 60. No existen puntos de corte, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles en función del sexo y la edad.

*Inventario de Depresión de Beck (BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996)*. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 21 ítems de tipo Likert. Es uno de los instrumentos más

comúnmente *utilizados* para medir la severidad de una depresión. Los datos sobre la fiabilidad de las puntuaciones se basan exclusivamente en la consistencia interna. Los coeficientes son elevados (superiores a 0.85) y similares a los obtenidos en los estudios internacionales con la versión original del BDI-II.

*Mindful Attention Awareness Scale (MAAS, Brown y Ryan, 2003)* La MAAS es un cuestionario que consta de 15 ítems y se puntúan según una escala Likert con un rango entre 1 (casi siempre) hasta 6 (casi nunca). Mide la frecuencia del estado de mindfulness en la vida diaria sin que sea necesario que los sujetos hayan recibido entrenamiento. La puntuación se obtiene a partir de la media aritmética del total de ítems y puntuaciones elevadas indican mayor estado mindfulness.

*Symptom Checklist-90 (SCL-90)* (González de Rivera et al., 1989). La SCL-90-R es un cuestionario de síntomas autoaplicado que consta, como su nombre indica, de 90 ítems. Cada ítem se contesta en una escala tipo Likert de 5 puntos, desde "0" (ausencia del síntoma) hasta "4" (presencia total del mismo). Al corregir la prueba obtenemos 9 escalas sintomáticas y 3 índices de malestar psicológico. Las escalas sintomáticas son las siguientes: Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo. Los índices de malestar son: a) el Índice global de severidad (GSI), b) el Índice de malestar sintomático positivo (PSDI) y c) el Total de síntomas positivos (PST).

*Escala de Craving de Cocaína (Cocaine Craving Scale, CCS)*. La CCS ha sido desarrollada por Weiss para la evaluación clínica del craving de cocaína y está compuesta por 5 ítems con respuesta en una escala de 0 a 9 puntos, ofreciendo un índice sumario promedio de modo que, a mayor puntuación, mayor intensidad del craving. En el presente estudio, se ha empleado la adaptación española realizada por Tejero, Trujols y Siñol (2003).

## RESULTADOS

Las medidas pre y post muestran una disminución sintomatológica en la mayoría de las escalas, sin embargo, no se ha logrado que ésta sea estadísticamente significativa (ver tabla 1).

**Tabla 1:** *Diferencias de media entre el pre y el post-tratamiento y resultados de prueba de muestras relacionadas*

	Media Pre	Media Post	t	Sig
Par 1	14,25	6,00	2,048	,133
Escala Weiss				
Par 2	19,50	15,50	1,852	,161
EMCA				
Par 3	44,25	55,00	-1,447	,244
MAAS				
Par 4	31,25	19,50	1,010	,387
STAI Estado				
Par 5	35,75	24,50	1,004	,389
STAI Rasgo				
Par 6	57,25	53,25	1,569	,215
PSWQ				
Par 7	18,25	7,25	1,513	,227
BDI-II				
Par 8 SCL90PSDI	108,5000	63,0000	2,707	,073

La valoración de los efectos a partir de la **vivencia experiencial** referida por los pacientes muestra ha incluido:

- Incrementar la atención plena y la autoobservación, desarrollando mayor consciencia de la experiencia presente.
- Lograr mayor autoconocimiento, que permita alejarse de modos automáticos de actuar disminuyendo respuestas impulsivas.
- Ampliar el repertorio de alternativas de respuesta ante el craving y situaciones de riesgo de consumo disminuyendo actitudes y conductas evitativas.
- Aprender a no “abandonarnos” por las emociones “malas”: el conformismo, el miedo...desarrollando actitudes de aceptación de la realidad.

- Aprender a no juzgarse y tratarse con mayor amabilidad, incrementando la autocompasión.
- Desarrollar la mente del principiante basada en actitudes de interés y apertura a la novedad.
- Los resultados muestran una visión más cualitativa de los resultados. Sin embargo, al tratarse de un estudio piloto, y la satisfacción propia y referida por los usuarios, planteo dar continuidad a este formato grupal en el futuro y la publicación de los resultados obtenidos.

## CONCLUSIONES

La cantidad de investigación sobre la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness ha ido en aumento en los últimos años, manifestándose en la presencia de numerosísimos artículos en revistas especializadas y comunicaciones en congresos de Psicología y Psiquiatría.

El programa de MBRP, que integra prácticas de consciencia plena (Kabat-Zinn, 1990) con la tradicional prevención de recaídas basada en técnicas cognitivo-conductuales (Daley y Marlatt, 2006), se configura como una intervención prometedora en el tratamiento de las drogodependencias y que puede ser complementaria de otros abordajes.

En el presente estudio no se ha podido evaluar la eficacia de manera estadística por el tamaño de la muestra final, pero se han considerado en esta primera aproximación que las valoraciones individuales de los participantes respecto a la vivencia experiencial de la propia práctica durante y al finalizar el grupo reflejan una evolución favorable.

No obstante, nuestro trabajo presenta algunas limitaciones entre las que cabe señalar, dado su carácter preliminar, el pequeño tamaño de la muestra, la falta de un grupo control y la falta de seguimientos. Tampoco se analizaron las causas de abandono ni qué variables demográficas o diagnósticas influyeron en ello. Por todo lo anterior, sería oportuno realizar estudios con muestras más amplias y grupos randomizados, medir el tamaño del efecto del tratamiento, realizar seguimientos prolongados en el tiempo y tener en cuenta las variaciones sobre el formato original, lo cual permitiría estudiar los potenciales elementos activos del tratamiento. Así mismo, grupos mayores permitirían también analizar las variables de adhesión al grupo y de éxito terapéutico dependientes de los factores mencionados.

Resulta necesario continuar evaluando la eficacia de los programas de MBRP a largo plazo y frente a otros tratamientos habituales incluyendo estudios aleatorizados. La investigación futura

debería centrarse en evaluaciones de seguimiento más largas, así como también en la población adolescente y joven, ya que son una población vulnerable para desarrollar problemas asociados con el alcohol, las drogas u otras adicciones (Sancho, 2018).

El efecto de variables como la alta mortandad experimental es congruente con las altas tasas de abandono en programas de tratamiento para drogodependencias. Esto hace necesario ampliar la muestra en la puesta en marcha de nuevos grupos atendiendo al estadio motivacional de cambio en la selección de los participantes.

Los programas basados en mindfulness se han convertido en los últimos tiempos en una forma de tratamiento ampliamente utilizada en la práctica de la psicoterapia contemporánea (Baer, 2003). Sin embargo, todas las revisiones coinciden en señalar que, debido a la naturaleza de los grupos de control, los resultados no pueden atribuirse a los efectos del MBCT o de otro tratamiento concreto de mindfulness específicamente y, por ello, es necesaria una mayor cantidad de investigación para conseguir aclarar la eficacia de este tipo de tratamientos y cuáles son los elementos activos dentro de los paquetes que utilizan diversos grupos de técnicas, como es el MBRP. Éste es también nuestro caso ya que los pacientes recibían algún tipo de tratamiento psicofarmacológico, psicológico o ambos.

No obstante, a pesar de las limitaciones que hemos señalado, la intervención que describimos produjo cambios en la práctica totalidad de las variables medidas, a pesar de que este tipo de tratamiento no está específicamente orientado al cambio sintomático. Parece plausible considerar que este tratamiento resultó efectivo, tanto a nivel subjetivo, como en la reducción de síntomas. Este hecho resulta más trascendente si tenemos en cuenta lo breve de la intervención y lo económico del formato de grupo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical Psychology Science Practice*; 10(2),125-143
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). BDI-II. Beck Depression Inventory-Second Edition manual. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2011). Manual BDI-II, Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación Española: Sanz, J. y Vázquez, C.). Madrid: Pearson.
- Blasco, J., Martínez-Raga, J., Carrasco, E. y Didia-Attas, J. (2008). Atención y craving o ganas compulsivas. Avances en su conceptualización y su implicación en la prevención de recaídas. *Adicciones*, 20 (4), 365-376.
- Bowen, S., Chawla, N. y Marlatt, G.A. (2011). Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness. Guía Clínica. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S. y Grow, J. (2009). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial. *Substance Abuse*, 30(4), 295–305. <https://doi.org/10.1080/08897070903250084>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H. ... Larimer, M.E. (2014). Relative Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention, Standard Relapse Prevention, and Treatment as Usual for Substance Use Disorders A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 71 (5), 547-56. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2013.4546
- Brown, K. W. y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822–848. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Cavicchiolia, M., Movallia, M. y Maffeia, C. (2018). The Clinical Efficacy of Mindfulness-Based Treatments for Alcohol and Drugs Use Disorders: A Meta-Analytic Review of Randomized and Nonrandomized Controlled Trials. *European Addiction Research*,24: 137-162. DOI: 10.1159/000490762
- Daley, D. y Marlatt, G. A. (2006). *Overcoming your drug or alcohol problem: Effective recovery strategies*. Nueva York: Oxford University Press.
- Garland, E. L., Gaylord, S. A., Boettiger, C. A., y Howard, M. O. (2010). Mindfulness training modifies cognitive, affective, and physiological mechanisms implicated in alcohol

dependence: results of a randomized controlled pilot trial. *Journal of psychoactive drugs*, 42(2), 177-92. <https://doi.org/10.1080/02791072.2010.10400690>

- González de Rivera, J. L.; Derogatis, L.R.; de las Cuevas, C.; Gracia Marco, R.; Rodríguez-Pulido, F.; Henry-Benítez, M y Monterrey, A. L. (1989): The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population. *Clinical Psychometric Research*.
- Guardia-Serecigni, J., Segura García, L., Gonzalvo Cirac, B., Trujols Albet, J., Tejero Pociello, A., Suárez González, A.y Martí Gil, A (2004). Estudio de validación de la Escala Multidimensional de Craving de Alcohol. *Medicina Clinica*, 123, 211-216.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Marlatt, G. A. (1993). La prevención de recaídas en las conductas adictivas: un enfoque de tratamiento cognition-conductual. En Casas M, Gossop, M. (coord), *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press. d
- Marlatt, G. A. y Donovan. D. M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487–495. doi:10.1016/0005- 7967(90)90135-6.
- Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J. ... y Menchón , J. (2018). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Substance and Behavioral Addictions: A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*. Volume 9. Article 95. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00095>
- Segal, Z., Teasdale, J. y Williams, M. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la conciencia plena. Un nuevo abordaje para la prevención de recaídas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. Madrid: TEA Ediciones.

- Tejero, A., Trujols, J. y Siñol, N. (2003). Evaluación del craving de cocaína. En: J. Pérez de los Cobos, A. Tejero y J. Trujols (Eds). Instrumentos clínicos para la evaluación de la dependencia de la cocaína (pp. 23-50). Barcelona: Ars Médica.
- Vallejo, M. A. (2006). Mindfulness. Papeles del psicólogo. 27(2): 92-99.
- Zgierska, A., Rabago, D., Chawla, N., Kushner, K., Koehler, R. y Marlatt, A. (2009). Mindfulness Meditation for Substance Use Disorders: A Systematic Review. Substance Abuse, 30(4), 266-294. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08897070903250019>