

<http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.02.23>

## Caso clínico

1

# MINDFULNESS EN LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DUAL

## MINDFULNESS ON RELAPSE PREVENTION IN PATIENTS WITH DUAL DIAGNOSIS

Rosa Tejedor<sup>a</sup>; Antònia Raich<sup>a</sup>; Yolanda Martínez<sup>b</sup>, Dominica Díez<sup>a</sup>, Eulàlia Durall<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Centro de atención de drogodependencias. División de Salud Mental. Althaia Xarxa Assistencial Universitària, Manresa (Barcelona).

<sup>b</sup> Centro de Salud Mental. División de Salud Mental. Althaia Xarxa Assistencial Universitària, Manresa (Barcelona).

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 15 de junio de 2015

Aceptado el 23 de septiembre de 2015

*Palabras clave: mindfulness, trastorno por consumo de sustancias, prevención de recaídas, patología dual*

*Key words: mindfulness, substance use disorder, relapse prevention, dual diagnosis*

### RESUMEN

El tratamiento de las adicciones se plantea como objetivo ayudar al paciente a evitar el consumo compulsivo de sustancias adictivas, para ello se propone no solo mantener la abstinencia sino también cambiar patrones de conducta que eviten las recaídas. A menudo el uso prolongado de sustancias comporta una serie de déficits neurocognitivos que dificultan éste cambio en los patrones conductuales. La consecuencia de estas dificultades es el descontrol de impulsos, las respuestas automáticas y una inadecuada toma de decisiones. La práctica del mindfulness aumenta la autoconciencia, la autoeficacia, mejora el autocuidado y aumenta la tolerancia a las emociones negativas, sin quedar atrapado en ellas; reduce la rumiación excesiva, aumenta el afecto positivo y la regulación emocional, reduciendo la reactividad al estrés. Presentamos una adaptación de un programa estructurado de mindfulness aplicado a la práctica clínica mediante un grupo transdiagnóstico con pacientes diagnosticados de: trastorno por uso de sustancias, trastornos afectivos, trastornos de ansiedad y trastornos por impulsividad. Analizamos en este estudio una submuestra de (n=33) pacientes que presentaban trastornos por uso de sustancias. Para evaluar los resultados utilizamos las escalas FFMQ, STAI y BDI-II, pre y post tratamiento. Realizamos controles de orina para medir los índices de abstinencia. Los resultados muestran cambios en las 5 facetas del FFMQ, siendo especialmente significativos los cambios en la habilidad de observación. Las puntuaciones del STAI y el BDI-II disminuyeron de forma significativa. El 88% de los pacientes se mantuvo abstinentes. Estos resultados sugieren que la aplicación de mindfulness en el tratamiento de las adicciones puede ser beneficiosa.

### ABSTRACT

The aim of treatment for substance abuse disorders is to help the patients to quit compulsive use of addictive substances; this treatment is aimed not only to maintain abstinence, but also to bring changes in wholesale behavior pattern. Prolonged abusive use of psychoactive substances causes a neurocognitive deficiency that inhibits the capacity of patients to modify their behavior patterns and leaves unsolved the problem of addiction, favoring instead the continuances of the addictive behavior. The consequence of these difficulties is an inability to control impulses, a strengthening of automatic responses and inadequate decision-making. Mindfulness practices imply: improvement in self-conscientiousness, self-effectiveness, and taking care of oneself, improve tolerance of negative emotions without becoming trapped in them, a reduction in excessive thinking, improvement in positive affection and reduction of the reaction to stress and improvement in regulation of attention.

We presented an adaptation of a structured mindfulness program in clinical practice with a transdiagnosical group, by patients with: substance use disorders, affective disorders, anxiety disorders and impulsivity disorders. We analyzed results of a sample (n=33) who had a substance use disorder. To evaluate the therapeutic effects we use FFMQ, STAI and BDI-II

Correspondencia:  
rtejedor@althaia.cat

before and after the treatment. We practice urine controls to measure abstinence rates. The results showed changes in 5 facets which FFMQ measure. The most significant changes were in observation abilities. The scores in STAI and BDI were statistical significant decreased; 88% of patients remained abstinent at the end of the group. These results suggest the benefits of employing mindfulness in the treatment for addictions.

2

## INTRODUCCIÓN

Una de las características que definen las enfermedades adictivas es su cronicidad y las recaídas frecuentes. Por ello, uno de los principales objetivos del tratamiento de las adicciones, una vez conseguida la abstinencia a drogas, será la prevención de recaídas (PR), para ello será necesario conseguir cambios en los patrones de funcionamiento global del individuo<sup>1</sup>.

La neurotoxicidad producida por el consumo abusivo de sustancias, puede comportar déficits neurocognitivos que comprometen las capacidades del paciente para modificar sus patrones de conducta, lo cual favorece el mantenimiento de la conducta adictiva. Diversos estudios han descrito la existencia de déficits en funciones ejecutivas como atención, concentración, procesamiento de la información y ejecución de planes, lo que comporta mayor predisposición a realizar conductas impulsivas, respuestas automáticas y afectación en la toma de decisiones<sup>2</sup>.

Estudios recientes han mostrado que la práctica de *mindfulness* produce cambios neuroanatómicos y neurofuncionales<sup>3</sup> en las estructuras cerebrales que suponen una recuperación de las funciones neuropsicológicas, aumentando la autoconciencia, el autocuidado y la autoeficacia<sup>4,5</sup>.

La práctica de *mindfulness* ha mostrado además efectos en la reducción de la conducta impulsiva, mejor control atencional, aumento de la vitalidad cognitiva, reducción de la rumiación, así como disminución de la reactividad al estrés y mejoras en el afrontamiento y tolerancia de las emociones desagradables además de mayor capacidad de afecto positivo<sup>3-6</sup>.

El entrenamiento en *mindfulness* implica que la persona aprende a: focalizar la atención, desarrollar mayor conciencia de sus contenidos mentales y emocionales así como su relación con las sensaciones propioceptivas, consiguiendo desidentificarse de estos contenidos y no reaccionar de forma automática a éstos, a través de la practica mantenida de ejercicios breves de meditación<sup>7</sup>.

En las recaídas en el consumo de sustancias, se distinguen diversos factores de riesgo como la baja conciencia de enfermedad y de peligro de recaída, el funcionamiento en piloto automático, la baja tolerancia al malestar y al afecto negativo, la reactividad conductual al estrés y al *craving*, así como la impulsividad conductual. La práctica del

*mindfulness* aportaría una serie de mejorías que inferirían en todas estas áreas de riesgo<sup>8</sup>.

El equipo de Marlatt y Bowen publicaron en el 2005 el *programa Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors (MBRP)*, que introduce al programa de PR de Marlatt la práctica de *mindfulness*<sup>9</sup>. Se trata de un programa estructurado en formato grupal de ocho sesiones de 150 minutos, se lleva a cabo una sesión semanal y exige asistencia regular a las sesiones y práctica continuada entre sesiones. Estos mismos autores han mostrado la eficacia de dicho entrenamiento en estudios controlados comparando con otros programas de PR<sup>10</sup>.

Puesto que la realidad de la práctica clínica no siempre es comparable a la que realizan las personas que participan en estudios controlados, nuestro objetivo fue estudiar la aplicabilidad y eficacia del *mindfulness* en la PR, en un centro público de salud mental y adicciones.

## MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio observacional naturalístico, llevado a cabo en la división de salud mental del Hospital de Manresa. Este centro cuenta con distintos dispositivos para la atención del paciente psiquiátrico: unidad de hospitalización de agudos, consultas externas de salud mental, centro de atención de drogodependencias, etc. Los pacientes con un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias o de patología dual reciben el tratamiento psicológico más adecuado en función de las dificultades identificadas en cuanto a comorbilidad, patrones de afrontamiento, sin distinción alguna entre pacientes de salud mental o de adicciones, lo cual permite un abordaje integrado de la patología dual.

### Procedimiento y participantes

El programa de entrenamiento en *mindfulness* es transdiagnóstico formado por pacientes con distintos diagnósticos psiquiátricos: trastornos afectivos, de ansiedad, por uso de sustancias, de personalidad, impulsividad y alimentario. Se trata de un programa estructurado en formato grupal de ocho sesiones de 90 minutos, de frecuencia semanal y exige asistencia regular a las sesiones y práctica diaria de ejercicios de *mindfulness* (15-20 min) entre sesiones. Los grupos son conducidos por dos psicólogas expertas en *mindfulness*. El programa consiste en una adaptación

de diferentes programas basados en *mindfulness*, con prácticas formales breves intrasesión de 15-20 minutos.

De la muestra total se eligió una submuestra que estaba compuesta por personas con trastorno por dependencia de sustancias (cocaína, alcohol o cocaína y alcohol) que acudieron entre marzo de 2013 y marzo de 2015 al centro de atención y seguimiento de drogodependencias de Manresa para tratar sus problemas de adicciones.

Los criterios de inclusión fueron llevar más de tres meses de abstinencia de tóxicos excepto tabaco, alto compromiso en el seguimiento individual con su psicólogo de referencia, buena predisposición al cambio por parte del paciente e interés en realizar el programa. Los criterios de exclusión fueron: presentar una enfermedad psiquiátrica en fase aguda o un trastorno de la esfera psicótica, retraso mental, déficits sensoriales o dificultades lingüísticas que no permitieran la complementación de los cuestionarios.

### Instrumentos

Las variables demográficas (sexo, edad, estado civil, situación laboral) se recogieron a través de una hoja de registro de información.

Para analizar los cambios en las dimensiones de *mindfulness* se utilizó el FFMQ; para valorar las mejorías en la sintomatología ansioso-depresiva se utilizó el BDI-II y el STAI. Se realizan controles de tóxicos en orina para medir la abstinencia. Se administraron cuestionarios pre y post intervención.

-La FFMQ en versión española<sup>11</sup> es un cuestionario de 39 ítems que evalúan cinco facetas de *mindfulness*: Observación, Descripción, Actuando con Consciencia, No juzgar, No reactividad a la experiencia interna. Se puntúan según una escala Likert con un rango entre 1 (nunca o muy raramente verdad) hasta 5 (muy a menudo o siempre verdad).

-El BDI-II es un cuestionario de 21 ítems que evalúa la sintomatología depresiva.

-EL STAI estado-rasgo es un cuestionario de 40 ítems que mide dos tipos de ansiedad – estado y rasgo-.

Para comprobar la abstinencia y tasa de recaídas se realizaron controles de tóxicos en orina cada 3-4 días, además de la información de pacientes y familiares.

### Análisis estadístico

Las variables categóricas se muestran como valor absoluto y frecuencia relativa. Las variables continuas se muestran con la media y la desviación estándar. Se testó la normalidad de las variables mediante la

prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Para el análisis bivariado (pre-post) se utilizó el test de la t-Student para datos pareados y el test no paramétrico de Wilcoxon para las variables continuas con una distribución no normal.

El tamaño del efecto se calculó mediante la d de Cohen. La diferencia de medias entre el post-test y el pre-test se dividió por la desviación estándar del post-test.

El nivel de significación estadística utilizado ha sido del 5% bilateral ( $p < 0,05$ ). Para el análisis estadístico se ha utilizado el programa IBM SPSS Statistics v.20 (IBM Corporation, Armonk, New York).

## RESULTADOS

La muestra total de pacientes que realizaron el grupo de *mindfulness* transdiagnóstico fue de 149 personas, la submuestra estuvo formada por pacientes que presentaban algún TUS y en la que centramos nuestro análisis, ésta fue de 33 pacientes de los cuales 65% fueron hombres. Las características sociodemográficas de esta muestra se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N=33)

<b>Género</b>	
Hombres	65,6%
Mujeres	34,4%
Edad media	42 (DE= 9,7 rango: 25-63)
<b>Estudios</b>	
Primarios	34,4%
Secundarios	37,5%
Universitarios	25%
<b>Estado Civil</b>	
Soltero	30,4%
Pareja/casado	44,4%
Separado	25,2%
<b>Situación laboral</b>	
Estudia	3,2%
Trabaja	48,4%
Parado	18,2%
Baja laboral	24,2%
Invalidez	6%

El 33,4% de los participantes recibieron un diagnóstico comórbido de trastorno de personalidad (15,5% cluster B, 12,5% cluster C, 6,3% TP no especificado). El 40,6% presentaba comorbilidad con otro trastorno mental (18,8% trastorno afectivo, 6,3% un trastorno de ansiedad, 6,3% trastorno bipolar, 3,1% trastorno de descontrol de impulsos, 6,3% trastorno del espectro autista).

Finalizaron el grupo un 69,9% (n=23) y un 64% asistieron a más de 6 sesiones.

Un 12% de los pacientes tuvieron una recaída

Tabla 2. Variables de mindfulness pre y post intervención mediante la FFMQ (N= 23 )

	PRE-TRATAMIENTO		POST-TRATAMIENTO		P	d
	MEDIA	DT	MEDIA	DT		
FFMQ : Observación	25,26	5,14	28,66	2,6	0,011	1,16
FFMQ-Descripción	25,61	7,80	26,14	7,9	0,686	0,07
FFMQ- Actuando con consciencia	21,00	6,26	24,13	5,95	0,081	0,58
FFMQ- no juicio	21,27	8,03	22,17	7,28	0,378	0,18
FFMQ- No reactividad a la experiencia interna	20,53	4,61	22	4,7	0,244	0,33

puntual en tóxicos durante la intervención grupal o durante el seguimiento a los 3 meses. Ninguno de los participantes tuvo una recaída significativa que supusiera el abandono del tratamiento en el centro.

El análisis de las variables de *mindfulness* nos mostró un aumento en todas las dimensiones del FFMQ, aunque tan sólo la variable observación presentó valores de significación estadística, con una d de Cohen de 1,16; así mismo la dimensión actuación consciente, se acercó a la significación estadística con una p de 0,081 y una d de Cohen de 0,58 (Tabla 2).

Los resultados pre-post del test STAI mostraron una disminución de la puntuación con diferencias significativas tanto en el STAI RASGO como ESTADO. Así cómo ocurrió en el cuestionario BDI-II, en el cual se observó una disminución significativa de la puntuación. (Tabla 3).

Tabla 3. Resultados cuestionarios pre y post intervención en mindfulness (N=23)

	PRE-tratamiento		Post tratamiento		p
	Media	DT	Media	DT	
BDI-II	21,87	15,29	13,46	11,08	0,006
STAI-Estado	28,67	12,08	21,80	12,49	0,018
STAI-Rasgo	33,93	11,83	26,67	11,836	0,029

## DISCUSIÓN

Las intervenciones grupales de *mindfulness* pueden ser aplicables en los centros públicos de salud mental y adicciones, comportan una disminución de la sintomatología ansioso-depresiva de los pacientes, presentan un buen nivel de adherencia por parte de los pacientes y pueden ser un tratamiento eficaz para la prevención de recaídas en adicciones.

A menudo una de las dificultades principales de los centros públicos de salud mental y adicciones, es

la enorme presión asistencial, que dificulta poder atender a los pacientes con la frecuencia que exigen las terapias eficaces en prevención de recaídas. La atención en formato grupal y de forma integrada aplicando *mindfulness*, permite ofrecer ésta atención con buenos resultados en lo que se refiere a evitar recaídas, trabajando aquellos aspectos nucleares y comunes de muchos pacientes, además de diseminar los aprendizajes, puesto que la práctica diaria, implica integrar el entrenamiento en la vida cotidiana, lo que facilita el mantenimiento de los cambios en el sujeto<sup>12</sup>.

El entrenamiento en *mindfulness* aporta mejoras en capacidades como observación, actuación consciente, no reactividad y no juicio<sup>13</sup>. Como concluyen Witkiewitz & Bowen en sus estudios<sup>14</sup>, la práctica de *mindfulness* comporta una reorientación entre factores de riesgo en las recaídas y la respuesta que da el sujeto. Todo ello evita las conductas impulsivas puesto que la conducta se hace más consciente y menos reactiva a las circunstancias, facilita la regulación emocional ya que se trabaja la aceptación del malestar, lo que comporta una disminución del afecto negativo<sup>11</sup> así como de las cogniciones y estados físicos sujetos a éste, mejorando los patrones de respuesta disfuncionales que a menudo presentan los pacientes adictos y que causan las recaídas.

Aunque en la muestra analizada tan solo presentaba significación estadística la dimensión observación, se acercaba mucho a la significación la dimensión actuación consciente y todas las demás aumentaban y posiblemente no llegaban a la significación por el tamaño de la muestra, puesto que el mismo análisis realizado con toda la muestra del grupo transdiagnóstico N=149, estas variables alcanzaban la significación estadística, tal y como se ha visto en diversos estudios<sup>8</sup>.

El entrenamiento en *mindfulness* disminuye la sintomatología ansioso-depresiva ello se ha observado en numerosos estudios<sup>6,15</sup> y posiblemente sea una consecuencia del mayor control conductual que les aporta el aprendizaje de las habilidades sujetas al *mindfulness* y de la mejora en la regulación emocional descrita en el parágrafo anterior.

Los pacientes que realizaron el programa de *mindfulness* obtuvieron unas tasas de abstinencia superiores a las habituales en nuestro centro, y aunque se registraron consumos puntuales, ninguno de ellos presentó un episodio de recaída con agudización de la patología que comportase desvinculación del centro o ingreso u otro tipo de recurso asistencial.

La principal limitación de este estudio, es el tamaño de la muestra, ya que una muestra de 33 sujetos es pequeña para poder sacar conclusiones, si además añadimos a ello que tan solo pudimos recuperar los cuestionarios post-tratamiento de 23 sujetos, ello limita mucho más el valor de los resultados.

Aunque podemos considerar una fortaleza del estudio, la aportación de resultados de *mindfulness* en la práctica clínica, en un centro público de salud mental y adicciones y con un grupo transdiagnóstico. Puesto que existen en la literatura científica muchos ensayos clínicos y estudios controlados, pero hay pocas publicaciones en nuestro país de práctica clínica y menos de grupos transdiagnósticos.

### CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Gifford, Elizabeth, and Keith Humphreys. "The psychological science of addiction." *Addiction*. 2007; 102: 352-61.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01706.x>
2. Verdejo-García, Antonio, and J. Tirapu-Ustárroz. "Modelos neuropsicológicos de adicción." *Neurociencias y adicciones*. Madrid: Sociedad Española de Toxicomanías 2011: 47-65.
3. Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*. 2011; 6: 537-59.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1745691611419671>
4. Jain, S., Shapiro, S. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I., & Schwartz, G. E. A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of behavioral medicine*. 2007; 33: 11-21.  
doi: [http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm3301\\_2](http://dx.doi.org/10.1207/s15324796abm3301_2)
5. Barnhofer, T., Duggan, D., Crane, C., Hepburn, S., Fennell, M. J., & Williams, J. M. G. Effects of meditation on frontal  $\alpha$ -asymmetry in previously suicidal individuals. *Neuroreport*. 2007; 18: 709-12.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1097/WNR.0b013e3280d943cd>
6. Farb, N. A., Anderson, A. K., Mayberg, H., Bean, J., McKeon, D., & Segal, Z. V. Minding one's emotions: mindfulness training alters the neural expression of sadness. *Emotion*. 2010; 10: 25.  
doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0017151>
7. Simón, Vicente. "Mindfulness y neurobiología." *Revista de psicoterapia* 66/67 (2006): 5-30.

8. Chiesa, Alberto, and Alessandro Serretti. "Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis." *The journal of alternative and complementary medicine*. 2009; 15: 593-600.

doi: <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2008.0495>

9. Bowen, Sarah, and Neha Chawla. *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford Press, 2011.

10. Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., & Marlatt, A. Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. *Substance Abuse*. 2009; 30: 295-305.

doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08897070903250084>

11. Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, J., Ba-os, R., Botella, C. Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ) *The European Journal of Psychiatry*. 2012; 26: 118-26.

doi: <http://dx.doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>

12. Grow, J. C., Collins, S. E., Harrop, E. N., & Marlatt, G. A. Enactment of home practice following mindfulness-based relapse prevention and its association with substance-use outcomes. *Addictive behaviors*. 2015; 40: 16-20.

doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.030>

13. Witkiewitz, Katie, Sarah Bowen, and Dennis M. Donovan. "Moderating effects of a craving intervention on the relation between negative mood and heavy drinking following treatment for alcohol dependence." *Journal of consulting and clinical psychology*. 2011; 79: 54-63.

doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0022282>

14. Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E. N., Douglas, H., Enkema, M., & Sedgwick, C. Mindfulness-based treatment to prevent addictive behavior relapse: Theoretical models and hypothesized mechanisms of change. *Substance use & misuse*. 2014; 49: 513-24.

15. Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive behaviors*. 2013; 38: 1563-71.

doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.001>