

La Meditación de Atención Consciente y el Consumo de Sustancias en una Población Encarcelada

Sarah Bowen, Katie Witkiewitz, Tiara M. Dillworth,
Neharika Chawla, Tracy L. Simpson,
Brian D. Ostafin y Mary E. Larimer
University of Washington Universidad de Washington

Arthur W. Blume
University of North Carolina at Charlotte Universidad de Carolina del Norte-Charlotte

George A. Parks y G. Alan Marlatt
University of Washington Universidad de Washington

A pesar de la disponibilidad de diversos tratamientos para el abuso de sustancias, el uso indebido de alcohol, drogas y sus consecuencias negativas relacionadas, siguen prevaleciendo. La meditación Vipassana (MV), una práctica budista basada en la atención consciente, ofrece una alternativa para las personas que no deseen asistir o no han tenido éxito con los tratamientos de adicciones tradicionales. En este estudio, los autores evaluaron la eficacia de un curso de MV en el consumo de sustancias y los resultados psicosociales en una población encarcelada. Los resultados indican que después de su liberación penitenciaria, los participantes en el curso de MV mostraron reducciones significativas en el consumo de alcohol, marihuana y crack de cocaína en comparación con aquellos bajo condiciones de control de tratamiento usual. Los participantes en la MV mostraron una disminución en los problemas relacionados con el alcohol y los síntomas psiquiátricos, así como un aumento en los resultados psicosociales positivos. Se evalúa la utilidad de los tratamientos para el consumo de sustancias basados en la atención consciente.

Palabras clave: Vipassana, meditación, atención consciente, encarcelado, consumo de sustancias.

Como tratamiento para los trastornos por consumo de sustancias (TCS), la práctica de la atención consciente puede proporcionar un ambiente tolerante con las diferentes creencias religiosas, permite metas de tratamiento flexibles y tiene menos estigma asociado que los programas de tratamiento tradicionales. El objetivo del entrenamiento de la atención consciente no es cambiar el contenido de los pensamientos, como en la terapia cognitiva, sino desarrollar una actitud o relación diferente, sin prejuicios, con los pensamientos, sentimientos y sensaciones cuando éstos se producen (Teasdale, Segal y Williams, 1995). Por lo tanto, las prácticas basadas en la atención consciente ofrecen una opción de tratamiento para las personas que prefieren alternativas a los programas de tratamiento tradicionales o que buscan un enfoque basado en la espiritualidad, pero no desean participar en programas de 12 pasos.

Aunque la investigación sobre técnicas de meditación para el tratamiento de los TCS en la población penitenciaria es limitada, es sin embargo prometedora. Alexander, Walton, Orme-Johnson, Goodman y Pallone (2003) examinaron el uso de la meditación trascendental, una técnica basada en la concentración, en la población penitenciaria y la encontraron eficaz en la reducción de la reincidencia. Los resultados de un estudio de meditación Vipassana (MV) en una prisión en India sugieren que los cursos de MV están relacionados con la reducción de la reincidencia, la depresión, la ansiedad y la hostilidad y con el aumento de la cooperación con las autoridades penitenciarias (Chandiramani, Verma y Dhar, 1998; Kumar, 1995; Vora, 1995).

Los cursos de MV se iniciaron bajo la dirección del maestro budista S.N. Goenka y se llevan a cabo típicamente en cursos normalizados de 10 días (Hart, 1987). Los cursos se ofrecen de forma gratuita en todo el mundo (ver <http://www.dhamma.org>). Los cursos de MV enseñan a alcanzar la atención consciente mediante la observación imparcial y desapegada de uno mismo, sin reacción. Esta ausencia de reacción permite la aceptación de los pensamientos y sensaciones como eventos independientes, impermanentes, y no como reflejo directo de uno mismo. Los asistentes a los cursos practican hasta 11 horas de meditación cada día y ven los discursos grabados en video impartidos por Goenka, que explican el punto de vista budista sobre el sufrimiento, la avidez, el anhelo y la adicción (Marlatt, 2002). A los participantes se les enseña a observar las experiencias (por ejemplo, la avidez) como eventos impermanentes que no requieren necesariamente de una acción (por ejemplo, el consumo de sustancias), lo que permite al meditador "soltar" los patrones de pensamiento compulsivo. La atención consciente, por tanto, puede ayudar a los consumidores de sustancias a descubrir alternativas a la conducta irracional, compulsiva o impulsiva (Marlatt, 2002).

Los primeros cursos de Vipassana que se ofrecieron en un centro correccional de América del Norte se llevaron a cabo en el Centro de Rehabilitación del Norte (CRN), una cárcel de baja seguridad para adultos en Seattle, Washington, con internos masculinos y femeninos. El presente estudio evalúa la eficacia a corto plazo del curso de MV en la reducción post-encarcelamiento del consumo de sustancias y sus problemas concomitantes. Este estudio representa un primer paso para determinar la aceptabilidad y eficacia de la MV como tratamiento para el consumo problemático de sustancias. Además, el estudio examina la reducción de la reincidencia y la mejora de los resultados psicosociales.

Sarah Bowen, Katie Witkiewitz, Tiara M. Dillworth, Neharika Chawla, Tracy L. Simpson, Brian D. Ostafin, George A. Parks y G. Alan Marlatt, Centro de Investigación de Conductas Adictivas, Departamento de Psicología, Universidad de Washington; Mary E. Larimer, Departamento de Psiquiatría y Ciencias Conductuales, Universidad de Washington; Arthur W. Blume, Departamento de Psicología, Universidad de Carolina del Norte-Charlotte.

Katie Witkiewitz trabaja en el Departamento de Psicología, Universidad de Illinois, Chicago. Tracy L. Simpson trabaja en el Sistema de Atención a la Salud del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos "Puget Sound".

Este estudio se realizó gracias a la beca concedida a Alan Marlatt por el Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo, Beca R21 AA130544382. Agradecemos al personal del *Centro de Rehabilitación del Norte*, Lucia Meijer, Dave Murphy, Dylan Frazer, y al profesor del curso Rich Crutcher. También damos las gracias a los internos que participaron en esta investigación.

La correspondencia relacionada con este artículo puede remitirse a Sarah Bowen, Department of Psychology, University of Washington, Box 351525, Seattle, WA 98195. E-mail: swbowen@u.washington.edu

INFORME CONCISO

Método

Las personas en el CRN que voluntariamente participaron en el curso fueron comparados con los internos que no realizaron el curso y que sólo recibieron el tratamiento como de costumbre (TCC). El TCC, consistente en programas tales como el tratamiento de dependencia química y educación sobre consumo de sustancias, contó con la participación de más del 50% de los reclusos. Otros servicios de rehabilitación ofrecidos incluyeron servicios de salud mental, educación de adultos, pruebas de equivalencia de diplomas generales, acupuntura, gestión de casos y programas de formación profesional.

Durante un período de 15 meses se evaluaron nueve cursos de MV segregados por sexo (cinco cursos de hombres, cuatro cursos de mujeres). Los participantes, tanto para la MV como para la comparación del TCC, fueron reclutados del centro durante la semana previa a cada curso. Los participantes del estudio completaron las medidas básicas una semana antes del inicio del curso. Luego, los participantes asistieron bien al curso de MV o continuaron en el TCC. Dentro de la semana posterior a la finalización del curso, todos los participantes completaron una evaluación post-curso. Se realizaron evaluaciones de seguimiento 3 y 6 meses después de la puesta en libertad del CRN. Los participantes recibieron \$5 para las evaluaciones básicas y de post-curso y \$30 para las evaluaciones de seguimiento.

Para poder optar al estudio, los presos tenían que permanecer en el centro (es decir, no ser transferidos o puestos en libertad) a lo largo del curso de MV y estar presentes en el centro en el momento de la evaluación post-curso. Como no fue posible determinarlo en el momento de la inscripción en el estudio, a todos los internos interesados se les solicitó su consentimiento y completaron la evaluación inicial, siendo aquellos aún presentes en el momento de la evaluación post-curso elegibles para el seguimiento de la participación. En total, 305 reclusos completaron la evaluación inicial (63 se registraron para MV y 242 para el TCC) y 173 de ellos completaron una evaluación post-curso (57 completaron el curso de MV, y 116 participaron en el TCC). Ochenta y siete participantes (29 de MV y 58 de TCC) completaron la evaluación de 3 meses después de su puesta en libertad. Setenta y ocho participantes (27 de MV y 51 de TCC) completaron la evaluación de los 6 meses¹. Los

¹ Después de dar su consentimiento, 2 participantes obtuvieron la puesta en libertad antes del inicio del estudio, 3 se negaron a participar antes del inicio del estudio, y 15 se convirtieron en "no elegibles" por razones desconocidas, probablemente por obtener su puesta en libertad. De los 132 que no completaron la evaluación post-curso, 126 fueron participantes de TCC y 6 completaron los cursos de Vipassana. Entre estos participantes, 1 murió, 4 fueron trasladados a otro centro de reclusión antes de la evaluación, 2 se negaron a participar, 1 era "no elegible" debido a la falta del formulario de consentimiento, 1 se escapó antes de la evaluación y 121 eran "no elegibles", probablemente porque fueron puestos en libertad antes de la evaluación. Ochenta y siete participantes no completaron la evaluación de 3 meses. De los 29 participantes del curso de meditación Vipassana restantes, 20 no pudieron ser localizados después de su puesta en libertad, 4 se negaron a participar, 1 sufría de una condición médica grave y fue retirado del estudio por los investigadores, 3 completaron la evaluación de 6 meses sin entregar la evaluación de 3 meses y 1 murió. De los 58 participantes restantes de TCC, 49 no pudieron ser localizados después de su puesta en libertad y 4 se negaron a participar. Para la evaluación de 6 meses, entre los 14 participantes que no completaron el seguimiento se incluían 5 participantes de Vipassana (2 se negaron a participar, 3 no pudieron ser localizados) y 9 controles que no pudieron ser localizados después de su puesta en libertad.

participantes del estudio no estaban obligados a asistir al curso, y los asistentes al curso no estaban obligados a participar en la investigación.

Los participantes del curso de MV fueron alojados por separado de los otros reclusos en el transcurso de los 10 días y no se les permitió contactar con el exterior. Dado que el curso se llevó a cabo en silencio, se les instruyó para que se abstuvieran de hablar, a excepción de las preguntas al personal del curso o al instructor. Los meditadores comenzaron por centrarse en la observación de la respiración y calmar el cuerpo. A partir del día 4, los estudiantes comenzaron la "exploración del cuerpo", o las observaciones de las experiencias físicas, emocionales y mentales, con especial atención a la falta de reacción a las sensaciones.

Las medidas fueron administradas a través de un auto-informe al inicio del estudio y en las evaluaciones de seguimiento a los 3 y 6 meses. Se obtuvo información sobre la edad, el sexo, el origen étnico, el nivel educativo, la situación laboral y las actuales prácticas religiosas. Se utilizaron el Cuestionario de Consumo Diario de Alcohol (Collins, Parks y Marlatt, 1985) y el Cuestionario de Consumo Diario de Drogas (Parks, 2001) para evaluar el consumo de alcohol y 14 categorías de drogas diferentes. Ambas medidas evaluaron la cantidad y la frecuencia con un calendario semanal para medir el consumo de drogas y alcohol, tanto para una semana normal como para la semana de máxima intensidad en los últimos 90 días. El Inventario Breve de Problemas ($\alpha = 0.97$; Miller, Tonigan y Longabaugh, 1995), una medida de 15 ítems adaptado del Inventario de las Consecuencias del Bebedor (Miller et al, 1995), evaluó el control de impulsos, la responsabilidad social y las consecuencias físicas, interpersonales e intrapersonales durante los últimos 3 meses.

Se utilizó la escala de Lugar de Control Relacionado con la Bebida de 25 ítems (Donovan y O'Leary, 1978; $\alpha = 0.84$) para evaluar la percepción de control sobre el alcohol. El Inventario de Supresión del Oso Blanco (Wegner y Zanakos, 1994; $\alpha = 0.92$) evaluó la supresión del pensamiento, y el Inventario Breve de Síntomas (Derogatis y Melisaratos, 1983; $\alpha = 0.98$) evaluó la gravedad de los síntomas psiquiátricos tomando en cuenta nueve síntomas, así como también el índice de severidad global. El Test de Orientación Vital (Scheier y Carver, 1985; $\alpha = 0.78$) se utilizó para medir el optimismo.

La alta tasa de abandono después de la puesta en libertad en el período de seguimiento es consistente con estudios previos de la población penitenciaria (Farrington, Petrosino y Welsh, 2001). Para evaluar posibles sesgos sistemáticos de abandono, se compararon los participantes que completaron las tres primeras evaluaciones ($n = 87$) con los que no completaron el estudio (post-curso = 130, 3 meses = 88, $N = 217$). No se encontraron diferencias significativas ($\alpha = 0.05$) en las medidas iniciales de edad, sexo, origen étnico, síntomas psiquiátricos, frecuencia de consumo de alcohol o nivel de educación.

Los actuales análisis incluyeron sólo aquellos participantes que completaron la evaluación post-curso. El tamaño de la muestra final de los análisis actuales fue de 173. Los datos que faltaban, a nivel de tema o de escala, se estimaron utilizando la máxima probabilidad (Little y Rubin, 1987), que estima la matriz de varianza-covarianza sobre la base de todos los datos disponibles, incluidos los casos incompletos (Schafer y Graham, 2002). Debido a

tasas de abandono más altas en el seguimiento de 6 meses, el análisis para el estudio actual se centra en los resultados de 3 meses.

Para proporcionar una prueba ómnibus (TO) de la relación entre la participación en el curso de MV y el consumo de sustancias post-encarcelamiento, se estimó un modelo de ruta multivariada (ver Figura 1). Este modelo incluye una evaluación de base (pre-encarcelamiento) del consumo máximo semanal de sustancias como un vaticinador del consumo máximo semanal de sustancias post-encarcelamiento a los 3 meses de la puesta en libertad del CRN.

El objetivo de este análisis fue determinar la influencia de la toma del curso en la predicción de los resultados del consumo de sustancias después de controlar los niveles iniciales de consumo de sustancias. Un peso de regresión positivo significativo indicaría que la participación en el curso está asociada con un consumo de sustancias significativamente mayor, y un peso de regresión negativo significativo indicaría que la participación en el curso está asociada con un consumo de sustancias significativamente menor, en comparación con el grupo de TCC.

Resultados

El 79.2% de los participantes eran hombres y el 20.8% mujeres, con edades comprendidas entre los 19 y los 58 años ($M = 37.48$, $DS = 8.67$). La mayoría (61.1%) de los participantes se auto-identificaron como americano europeo, el 12.6% como afro americano, el 8.4% como latino, el 7.8% como nativo americano, el 2.4% como nativo de Alaska, el 2.4% como asiático/isleño del Pacífico y el 5.4% como multiétnico u otro. Aproximadamente el 25.6% de la muestra tenía una educación escolar media o por debajo, el 57.2% tenía estudios secundarios, y el 17.3% se había graduado en la universidad. El treinta y dos por ciento de la muestra había estado desempleado antes de su encarcelamiento, el 19% había sido empleado a tiempo parcial, el 39% había sido empleado a tiempo completo y el 10% había recibido asistencia pública. Más del 51% se identificó como cristiano, el 10% como otros (sin especificar) y el 5% como agnóstico. Budistas, judíos y "religiones múltiples" en conjunto representaron menos del 4% de la muestra y el 28% indicaron no pertenecer a ninguna religión formal en el momento de la evaluación inicial.

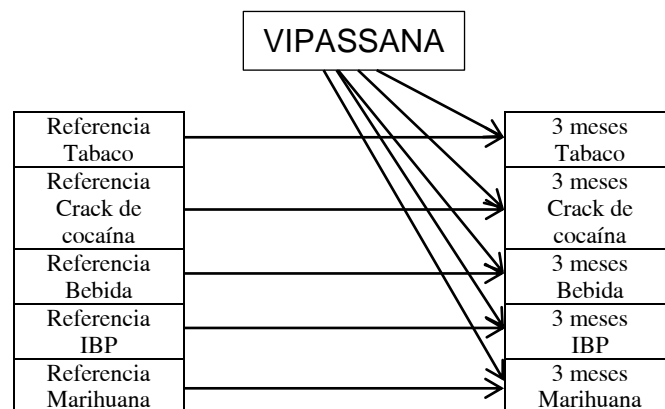


Figura 1. Hipótesis de modelo de ruteo multivariado. IBP = Inventario Breve de Problemas. e = variación de error. Las flechas representan regresión. El número 1 refleja que la variación de error se establece igual a 1.

En los 90 días anteriores al encarcelamiento, la mayoría de los residentes incluidos en la muestra reportaron consumir alcohol (83%), 83% había consumido tabaco, 48% había consumido anfetaminas, 21% había consumido marihuana, 13% crack o polvo de cocaína, 18% heroína y 12% otros opiáceos o analgésicos. Además, el 10% había usado alucinógenos y el 5% había abusado de la metadona. En promedio, los que consumían alcohol habían bebido 52.87 ($DS = 33.88$) bebidas estándar en los últimos 90 días. El promedio del día de mayor consumo en los últimos 90 días fue de 8.31 ($DS = 8.75$) bebidas. Los participantes reportaron una puntuación media de 18.96 (15.31) en el Inventario Breve de Problemas, lo que refleja un nivel medio de las consecuencias negativas relacionadas con el alcohol.

Ensayos *t* y ensayos *chi-cuadrado* basados en muestras independientes no revelaron diferencias significativas entre los grupos de MV y TCC en ninguno de los índices de referencia de consumo de sustancias o psicosociales, ni hubo diferencias en las variables demográficas, como sexo, ingresos, educación u origen étnico. Las drogas más frecuentemente utilizadas en la evaluación de seguimiento a los 3 meses se estimaron de forma simultánea mediante el uso de un modelo multivariado de ruta (88% consumió alcohol en los 3 meses después de su puesta en libertad; 21%, marihuana; 34%, crack de cocaína y 72%, tabaco). Debido a la baja tasa de consumo de heroína (14%) y de cocaína en polvo (13%), estas drogas no se incluyeron en los análisis posteriores.

Se evaluaron las diferencias medias entre los grupos desde el inicio hasta los 3 meses de seguimiento. Como se muestra en la Tabla 1, cuando se compara con el TCC, el grupo de MV reportó un consumo significativamente menor de sustancias en cuatro de los cinco resultados de las mediciones. El modelo multivariado de ruta (ver Figura 1) proporcionó un ajuste adecuado de los datos: índice de ajuste comparativo = 0.88, $\chi^2_{\min}(43) = 69,73$; raíz cuadrada media de error de aproximación = 0.06 (intervalo de confianza: 95% = 0.03, 0.09). La participación en el curso fue una variable anotada de forma dicotómica, evaluando la solidez (en la predicción) predictiva de la participación en el curso a través de los resultados. Para todos los resultados a los 3 meses, los valores de referencia fueron covariados para controlar los niveles anteriores de consumo. Debido a la superposición entre las variables, las correlaciones fueron estimadas para el consumo de alcohol y para las consecuencias relacionadas con el alcohol en el momento inicial y a los 3 meses. Como se muestra en la Tabla 2, los pesos de regresión indican una relación significativa entre la participación en el curso y las mediciones a los 3 meses para el consumo de marihuana, el consumo de crack de cocaína, el consumo de alcohol y las consecuencias negativas relacionadas con el alcohol, lo que sugiere que la participación en el curso estuvo asociada a la disminución en el consumo de estas sustancias a los 3 meses de la puesta en libertad del CRN. No se encontró relación significativa entre la participación en el curso y el consumo de tabaco².

² Por otra parte, se analizaron estos datos mediante la realización de un análisis multi-grupal, en el que se compararon el ajuste de la relación entre el inicio y los resultados a los 3 meses a través de cada grupo mediante comparaciones de modelo anidado en el que las trayectorias desde la línea inicial hasta los resultados a los 3 meses se establecen igualmente para todos los grupos y el ajuste de este modelo restringido se comparó con el ajuste de un modelo sin restricciones en el que las trayectorias podían variar entre los grupos. En este análisis, el modelo restringido se ajustó significativamente peor a los datos, $\chi^2_{\min}(5) = 32.53$, $p < 0.01$. Se examinaron también las diferencias medias en los resultados a los tres meses dentro de este marco mediante la comparación de un modelo de intercepto restringido con un modelo sin restricciones.

A continuación, se evaluaron las diferencias entre los dos grupos en base a diversas variables psicosociales, utilizando un modelo multivariado de ruta. El modelo fue estructurado de la misma forma que el modelo anterior, pero se utilizó para analizar las variables psicosociales en lugar de los resultados relacionados con las sustancias. Al igual que con el modelo anterior, este modelo proporcionó un buen ajuste de datos: índice de ajuste comparativo = 0.92, $\chi^2_{\min}(18) = 40.19$; raíz cuadrada media de error de aproximación = 0.085 (intervalo de confianza: 95% = 0.05, 0.12). Como se muestra en la Tabla 2, los pesos de regresión indican una relación significativa en las direcciones previstas entre la participación en el curso y los resultados a los 3 meses en los síntomas psiquiátricos, en el locus de control relacionado con la bebida y en el optimismo; es decir, los participantes del curso mostraron una mayor disminución en los síntomas psiquiátricos y un mayor aumento en el locus de control interno relacionado con la bebida y en el optimismo. La participación en el curso no tuvo una relación significativa con la supresión del pensamiento, medida por el Inventario de Supresión del Oso Blanco.

Tabla 1
Media de Consumo de sustancias y Consecuencias en los Grupos de Vipassana y de TCC

Sustancia	Media de consumo y consecuencias por tiempo de evaluación			
	Inicio		Seguimiento a los 3 meses	
	<i>M</i>	<i>DS</i>	<i>M</i>	<i>DS</i>
Alcohol (bebidas por semana de máxima intensidad) ^a				
Vipassana	64.83	73.01	8.38	13.37
TCC	43.98	55.61	27.77	46.37
Crack de cocaína (% días consumida) ^a				
Vipassana	29	43	10	27
TCC	26	41	21	36
Tabaco (% días consumido)				
Vipassana	83	37	61	49
TCC	79	40	74	43
Marihuana (% días consumida) ^a				
Vipassana	28	40	03	08
TCC	31	42	16	33
Inventario Breve de Problemas (puntuación total media) ^{a,b}				
Vipassana	20.98	14.86	8.46	12.25
TCC	17.95	15.50	13.94	15.33

Nota. TCC = Tratamiento como de costumbre.

^a Grupo x Tiempo de interacción fue significativo a $p < 0.05$. ^b Una puntuación de 19-22 está considerada nivel medio de severidad de problemas.

Aunque los participantes en el curso de MV que habían sido puestos en libertad al menos 6 meses antes del análisis final tenían un número ligeramente inferior a la media de reingresos que los participantes en el TCC (0.61 vs 0.67), no hubo diferencias significativas entre los participantes en el curso de MV y el grupo de TCC en proporción de participantes

De nuevo, este modelo proporcionó un ajuste significativamente peor a los datos, $\chi^2_{\min}(10) = 59.01$, $p < 0.01$. En ambos análisis la dirección de la relación fue consistente, de tal manera que el grupo de control tuvo resultados significativamente peores a los 3 meses, en comparación con aquellos que realizaron el curso de Vipassana.

con cualquier reincidencia, $\chi^2(1, N = 173) = 0.12, p = 0.73$. Sin embargo, las tasas base de reincidencia podrían haber sido demasiado bajas como para detectar diferencias. La media del número de reingresos en los 6 meses después de su puesta en libertad fue menor que uno, con un 72% de entre todos los participantes sin reingresos, el 15% con un reingreso solamente y el 13% restante con dos a cuatro reingresos.

Discusión

Los resultados de este estudio respaldan de forma preliminar la eficacia de la MV como tratamiento para los TCS en las poblaciones penitenciarias. A través de tres diferentes sustancias (alcohol, marihuana y crack de cocaína), hubo una relación significativa entre la participación en el curso de MV y el consumo de sustancias post-encarcelamiento, de tal manera que los residentes del CRN que participaron en la MV reportaron un consumo significativamente menor de cada una de estas sustancias y significativamente menos consecuencias negativas relacionadas con el alcohol 3 meses después de la puesta en libertad del CRN.

Debido a la alta prevalencia de desórdenes concurrentes en la población penitenciaria (Abram y Teplin, 1991), hay que destacar que los resultados también respaldan de forma preliminar la eficacia de la MV en la mejora del funcionamiento psicosocial. Después de controlar los niveles iniciales de estas variables, se encontró que las personas que participaron en el curso de Vipassana reportaron niveles significativamente más bajos en los síntomas psiquiátricos, más locus de control interno relacionado con el alcohol y mayores niveles de optimismo. De acuerdo con estos hallazgos, varias terapias conductuales han utilizado la meditación o las técnicas basadas en la plena atención con problemas clínicos como la depresión (Segal, Williams y Teasdale, 2002; Teasdale et al., 1995), el dolor crónico (Kabat-Zinn et al., 1992) y el trastorno límite de la personalidad (Linehan, 1993).

Los hallazgos de esta investigación deben ser interpretados con precaución debido a una serie de limitaciones. La principal limitación fue la falta de un diseño controlado aleatoriamente. Personal de la cárcel y los profesores de MV ya estaban realizando cursos con los reclusos antes del inicio de la investigación actual. Era de vital importancia para el personal y los profesores que todos los reclusos interesados tuvieran acceso al curso, debido a la poca frecuencia de disponibilidad del curso y al relativamente corto tiempo de encarcelamiento de los internos. La asignación aleatoria hubiera privado a algunos internos la oportunidad de participar en el curso de MV. La falta de un diseño aleatorio limita la capacidad de demostrar de forma concluyente la eficacia de la MV como tratamiento para los TCS, independientemente de otras variables que podrían haber influido en la participación. Sin embargo, este aspecto también proporciona ventajas con respecto a la validez externa. La auto-selección de los participantes en el curso de MV fue necesaria para evaluar la eficacia del entrenamiento de la atención consciente con las personas encarceladas que desean participar en el programa de 10 días.

Por otra parte, todos los participantes completaron medidas de seguimiento 3 meses después de su puesta en libertad del CRN. Por lo tanto, el número de días entre la finalización del curso y el seguimiento posterior a su puesta en libertad varió entre los individuos. Otra consideración es que el periodo de seguimiento de 3 meses pudo haber

sido demasiado corto para examinar las relaciones entre la participación en el curso y la salud a largo plazo y los resultados legales. Por otra parte, todas las medidas fueron auto-reportadas. Sin embargo, a los participantes del estudio se les aseguró que las respuestas se mantendrían confidenciales, lo que aumenta la fiabilidad y la validez de los datos auto-reportados (Babor, Stephans y Marlatt, 1987; Darke, 1998).

Además, no se facilitaron medidas de adherencia o atención consciente durante o después del curso para evaluar si los participantes entendieron y practicaron las técnicas correctamente. El entorno del curso (es decir, en un ambiente separado, en silencio, libre de humo y con comida vegetariana) puede haber jugado un papel importante en la mejora de los participantes. Por tanto, no está claro si los efectos de la participación en el curso se debieron al entrenamiento de la atención consciente o a otras características del curso.

Tabla 2
Pesos de Regresión para los Resultados Retrocedidos durante la Participación en el Curso

Resultados a los 3 meses	B	Estimación	ES
Marihuana	-0.25*	-0.15	0.06
Crack de cocaína	-0.19*	-0.14	0.07
Alcohol	-0.26*	-22.18	8.52
Puntuación total Inventario Breve de Problemas	-0.19	-0.39	0.18
Tabaco	-0.16	-0.16	0.10
Síntomas siquiátricos	-0.17*	-0.24	0.12
Locus de control	-0.21*	-0.08	0.04
Optimismo	0.23	0.25	0.10
Supresión del pensamiento	-0.12	-0.24	0.19
Síntomas siquiátricos	-0.17*	-0.24	0.12

Nota. Todos los caminos auto-regresivos (es decir, consumo de marihuana inicial prediciendo consumo de marihuana a los 3 meses) fueron significativamente diferentes de cero a $p < 0.0005$.

* $p < 0.05$.

Por último, aunque los cursos de MV proporcionan un tratamiento alternativo sin costo, de amplia disponibilidad, para el consumo de sustancias, existen varias barreras potenciales para su acceso. El curso residencial de 10 días podría vedar la participación de individuos que son incapaces de comprometerse durante 10 días debido a obligaciones de trabajo, familiares o de otro tipo. Además, el horario intensivo, sentarse durante largos períodos, focalización en la filosofía oriental y el aislamiento obligatorio del mundo exterior (p.e. leer, escribir o hablar a los demás está prohibido durante la duración del curso) pueden ser factores de disuasión de los cursos.

Los resultados prometedores de este estudio sugieren una serie de áreas para futuras investigaciones. En primer lugar, la replicación de este estudio en un ensayo controlado aleatorio es necesaria para evaluar la eficacia de la MV como un tratamiento de abuso de sustancias. En segundo lugar, la efectividad y eficacia del curso de MV deben ser evaluadas en poblaciones no encarceladas y en comparación con los tratamientos establecidos para el abuso de sustancias. En tercer lugar, sería de interés investigar si otras modalidades de entrenamiento de atención consciente producen resultados similares. En este sentido, Witkiewitz, Marlatt y Walker (2006) propusieron un programa de prevención de recaídas basado en la atención consciente, centrado en la reducción del estrés mediante el ejercicio

de la atención consciente (Kabat-Zinn, 1982) y la terapia cognitiva basada en la atención consciente para la depresión (Segal et al., 2002).

Los tratamientos psicosociales para los TCS son comúnmente inaccesibles, caros, estigmatizantes y no deseados por la mayoría de las personas que cumplen criterios de dependencia o abuso de sustancias (Marlatt y Witkiewitz, 2002). La MV es una alternativa de bajo costo a los programas de tratamiento existentes y una alternativa de bajo estigma para los enfoques de Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. Además, la MV proporciona un énfasis en el compañerismo y la espiritualidad, pero no requiere la abstinencia o centrarse específicamente en el abuso de sustancias. Como tal, la MV puede ser más aceptable para aquellos que no coinciden con la filosofía de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos o que están interesados en la consecución de objetivos de moderación (Marlatt, 2002; Marlatt y Witkiewitz, 2002). Los datos preliminares de este estudio proporcionan una demostración de los posibles beneficios de la participación en el curso de MV en una población encarcelada. Las investigaciones futuras deberían investigar la eficacia de la MV en un ensayo aleatorio.

Referencias

- Abram, K. M. y Teplin, L. A. (1991). Co-occurring disorders among mentally ill jail detainees. "Trastornos co-ocurrentes en reclusos que padecen enfermedades mentales", *American Psychologist*, 46, 1036–1045.
- Alexander, C. N., Walton, K. G., Orme-Johnson, D. W., Goodman, R. S. y Pallone, N. (2003). Transcendental meditation in criminal rehabilitation and crime prevention. "Meditación trascendental aplicada a la rehabilitación criminal y prevención del crimen", Nueva York: Haworth Press.
- Babor, T. F., Stephens, R. S. y Marlatt, G. A. (1987). Verbal report methods in clinical research on alcoholism: Response bias and its minimization. "Métodos de informe verbal en la investigación clínica del alcoholismo: respuestas tendenciosas y cómo minimizarlas", *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 410–424.
- Chandiramani, K., Verma, S. K. y Dhar, P. L. (1998). Psychological effects of Vipassana on Tihar jail inmates. "Los efectos psicológicos de Vipassana en los reclusos de la prisión de Tihar". Unpublished manuscript. Manuscrito inédito.
- Collins, R. L., Parks, G. A., y Marlatt, G. A. (1985). Social determinants of alcohol consumption: The effects of social interaction and model status on the self-administration of alcohol. "Determinantes sociales del consumo de alcohol: los efectos de la interacción social y el estatus modélico en la auto-administración de alcohol", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 189–200.
- Darke, S. (1998). Self-report among injecting drug users: A review. "Auto-evaluaciones entre usuarios de drogas inyectables: una reseña", *Drug and Alcohol Dependence*, 51, 253–263.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: An introductory report. "El inventario breve de síntomas: un informe introductorio", *Psychological Medicine*, 13, 595–605.
- Donovan, D. M. y O'Leary, M. R. (1978). The Drinking-Related Locus of Control Scale: Reliability, factor structure and validity. "La escala de locus de control relacionado con la bebida: confiabilidad, estructura de factores y validez", *Journal of Studies on Alcohol*, 39, 759–784.

- Farrington, D. P., Petrosino, A. y Welsh, B. C. (2001). Systematic reviews and cost-benefit analyses of correctional interventions. "Revisiones sistemáticas y análisis costo-beneficios de intervenciones correccionales", *Prison Journal*, 81, 339–359.
- Hart, W. (1987). The art of living: Vipassana meditation as taught by S. N. Goenka. "El arte de vivir: meditación Vipassana tal como la enseña S.N. Goenka", San Francisco: HarperCollins.
- Kabat-Zinn, J. (1982). An out-patient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: Theoretical considerations and preliminary results. "Un programa de medicina conductual para pacientes externos con dolores crónicos basado en la práctica de la meditación de atención consciente: consideraciones teóricas y resultados preliminares", *General Hospital Psychiatry*, 4, 33–47.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L., Fletcher, K., Pbert, L. G. et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. "Efectividad de un programa de reducción de estrés basado en la meditación en el tratamiento de los desórdenes de ansiedad", *American Journal of Psychiatry*, 149, 936–943.
- Kumar, T. (Abril, 1995). Vipassana meditation courses in Tihar jail. Presented at an international seminar held at the Indian Institute of Technology, Delhi, India. "Cursos de meditación Vipassana en la prisión de Tihar". Presentado en un seminario internacional llevado a cabo en el Instituto Indio de Tecnología, Delhi, India.
- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. "Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad", Nueva York: Guilford Press.
- Little, R. J. A. y Rubin, D. B. (1987). Statistical analysis with missing data. "Análisis estadístico con datos incompletos", Nueva York: Wiley.
- Marlatt, G. A. (2002). Buddhist psychology and the treatment of addictive behavior. "La psicología budista y el tratamiento de comportamientos adictivos", *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 44–49.
- Marlatt, G. A. y Witkiewitz, K. (2002). Harm reduction approaches to alcohol use: Health promotion, prevention, and treatment. "Enfoques de reducción de daño en el uso de alcohol: promoción de la salud, prevención y tratamiento", *Addictive Behaviors*, 27, 867–886.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S. y Longabaugh, R. (1995). The Drinker Inventory of Consequences (DrInC) (Project MATCH Monograph Series Vol. 4): Margaret E. Mattson, Ed. "El Inventario de Consecuencias del Bebedor (DrInC) (Serie monográfica del Proyecto MATCH, vol. 4): Margaret E. Mattson, Ed.
- Parks, G. A. (2001). The Daily Drug-Taking Questionnaire (DDTQ)— Version 1: A measure of typical and peak drug use. Unpublished manuscript, University of Washington. "El Cuestionario de Consumo Diario de Drogas (DDTQ)- Versión 1: Mediciones del consumo típico y extremo de drogas". Manuscrito inédito. Universidad de Washington.
- Schafer, J. L. y Graham, J. W. (2002). Missing data: Our view of the state of the art. "Datos incompletos: nuestra visión de los últimos avances", *Psychological Methods*, 7, 147–177.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcomes expectancies. "Optimismo, lucha personal y salud:

- evaluación e implicancias de las expectativas de resultado generalizadas”, *Health Psychology*, 4, 219–247.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. y Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. “Terapia cognitiva de depresión basada en la atención consciente: un nuevo enfoque para prevención de recaídas”, Nueva York: Guilford Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. y Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should control (mindfulness) training help? “¿Cómo prevenir recaídas en depresión mediante la terapia cognitiva y por qué sería beneficioso el entrenamiento para el control (de la atención consciente)?”, *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25–39.
- Vora, R. L. (Abril, 1995). Jail courses and Vipassana (Baroda jail). Presented at an international seminar of the Indian Institute of Technology, Delhi, India. “Cursos en prisión y Vipassana (prisión de Baroda)”. Presentado en un seminario internacional del Instituto Indio de Tecnología, Delhi, India.
- Wegner, D. M. y Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. “Supresión de pensamientos crónicos”, *Journal of Personality*, 62, 615–640.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A. y Walker, D. D. (2006). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol use disorders: The meditative tortoise wins the race. “Prevención de recaídas mediante la atención consciente para desórdenes en el consumo de alcohol: la tortuga meditativa gana la carrera”, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 221–228.

Recibido el 4 de marzo, 2005

Revisión recibida el 23 de septiembre, 2005

Aceptado el 28 de septiembre, 2005