

# **Mindfulness y trastorno por consumo de sustancias: aportes para la prevención de recaídas.**

Ubalde, Alexis Martin.

Cita:

Ubalde, Alexis Martin (2025). *Mindfulness y trastorno por consumo de sustancias: aportes para la prevención de recaídas*. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXXII Jornadas de Investigación XXI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. VII Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. VII Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-004/14>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eNDN/UFD>

# MINDFULNESS Y TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: APORTES PARA LA PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Ubalde, Alexis Martin

Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Buenos Aires, Argentina.

## RESUMEN

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) representa una problemática clínica de alta prevalencia y complejidad, caracterizada por patrones compulsivos de consumo, dificultades en la regulación emocional y elevada vulnerabilidad a la recaída. En este contexto, las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) han adquirido creciente relevancia por su potencial para abordar procesos psicológicos implicados en el mantenimiento del consumo. El mindfulness se define como prestar atención de manera deliberada al momento presente, con aceptación y sin emitir juicios. Estas prácticas promueven la conciencia de las experiencias internas, la tolerancia al malestar y la reducción de la reactividad automática, aspectos centrales en la prevención de recaídas. Entre los desarrollos más relevantes se encuentra el programa de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP), elaborado por Bowen y colaboradores, que integra prácticas meditativas con herramientas clínicas orientadas a sostener la abstinencia. El presente trabajo ofrece una revisión teórica sobre los aportes del mindfulness en el tratamiento del TCS, con especial énfasis en el modelo MBRP y en los hallazgos empíricos que respaldan su eficacia clínica. Dado que los resultados no son concluyentes, aún se requiere una mayor cantidad de estudios empíricos que permitan consolidar la evidencia sobre la eficacia de este programa.

## Palabras clave

Mindfulness - Consumo de sustancias - Prevención de recaídas - MBRP

## ABSTRACT

MINDFULNESS AND SUBSTANCE USE DISORDER: CONTRIBUTIONS TO RELAPSE PREVENTION

Substance use disorder (SUD) represents a highly prevalent and complex clinical issue, characterized by compulsive consumption patterns, difficulties in emotional regulation, and a high vulnerability to relapse. In this context, mindfulness-based interventions (MBIs) have gained increasing relevance due to their potential to address psychological processes involved in the maintenance of substance use. Mindfulness is defined as deliberately paying attention to the present moment with acceptance and without judgment. These practices promote awareness of

internal experiences, distress tolerance, and a reduction in automatic reactivity—key elements in relapse prevention. One of the most significant developments in this area is the Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) program, developed by Bowen and colleagues, which integrates meditative practices with clinical tools aimed at supporting abstinence. This paper offers a theoretical review of the contributions of mindfulness in the treatment of SUD, with a special focus on the MBRP model and the empirical findings supporting its clinical effectiveness. As the results are not yet conclusive, further empirical research is needed to strengthen the evidence regarding the efficacy of this program.

## Keywords

Mindfulness - Substance use - Relapse prevention - MBRP

## INTRODUCCIÓN

El Trastorno por consumo de sustancias (TCS) hace referencia a un conjunto de síntomas somáticos, cognitivos y conductuales que se caracteriza por el uso reiterado de una sustancia, incluso cuando la persona es consciente de los efectos perjudiciales que esto implica a nivel físico, psicológico y social (Segal et al., 2015; Sanz, 2019). El TCS representan una problemática compleja que afecta no solo la salud física y mental de las personas, sino también sus vínculos, proyectos vitales y contextos sociales. Este trastorno suele estar asociado a altos niveles de malestar psicológico, deterioro significativo en el funcionamiento personal, laboral e interpersonal, comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos y una elevada vulnerabilidad a la recaída, lo que convierte su abordaje clínico en un desafío constante. Según un estudio epidemiológico realizado en Argentina por Stagnaro et al. (2018), el TCS ocupó el segundo lugar en términos de prevalencia a lo largo de la vida dentro de los trastornos mentales, con una tasa del 10,4%. En particular, el Trastorno por consumo de alcohol se destacó como el segundo trastorno individual más frecuente, con una prevalencia del 8,1%. Por otra parte, Etchevers et al. (2024) realizaron un relevamiento del estado psicológico de la población argentina e identificaron que el 25,1% de los participantes informa consumir alcohol y el 3,90%, consumir otras drogas. Asimismo, el 5,93% de quienes consumen alcohol,

considera que tiene un problema con su consumo. Dentro de quienes reportan consumir otras drogas, la marihuana es consumida por el 74,05%, la cocaína por el 10,81%, MDMA por el 1,62%, otras sustancias por el 24,86%, mientras que el 14,89% de este grupo considera tener un problema con su consumo. Estos datos reflejan no solo la magnitud del problema en la población general, sino también la necesidad de diseñar y aplicar intervenciones terapéuticas más específicas y eficaces, adaptadas a las particularidades clínicas de este grupo.

## ¿QUÉ ES MINDFULNESS?

En las últimas décadas, se ha observado un crecimiento sostenido en la producción científica sobre las intervenciones basadas en mindfulness (IBM), aplicadas a una gran variedad de problemáticas clínicas (Creswell, 2017; Zhang et al., 2021). Diversos estudios y metaanálisis han demostrado su eficacia en el tratamiento de trastornos como la depresión y la ansiedad (Hofmann et al., 2010; Khoury et al., 2013, 2015), así como en la reducción del estrés percibido (Chiesa & Serretti, 2009), entre otras condiciones. Este creciente cuerpo de evidencia ha posicionado al mindfulness como una herramienta clínica valiosa dentro del campo de las psicoterapias basadas en la evidencia. El término mindfulness puede traducirse al español como “atención plena” o “conciencia plena”. Este concepto, como se utiliza en los textos antiguos, es la traducción al inglés de la palabra sati en lengua pali (idioma en el que se registraron originalmente las enseñanzas de Buda) que significa conciencia, atención y recuerdo (Didonna, 2011). Distintos autores han elaborado definiciones sobre este concepto, arribando a formulaciones similares que enfatizan aspectos diversos. Jon Kabat-Zinn (1994), por ejemplo, define al mindfulness como “prestar atención de un modo particular: con intención, en el momento presente y no llevando a cabo juicios de esa experiencia”. Por otro lado, Thich Nhat Hanh sostiene que la atención plena implica “mantener la propia conciencia en contacto con la realidad presente” (Hanh, 1976, como se cita en del Cid & Perez, 2006).

Otros autores han buscado desarrollar y consensuar definiciones operacionales que permitan clarificar sus componentes y mecanismos de acción, elaborar instrumentos de medición y comprobar la eficacia de los enfoques que incorporan esta práctica (del Cid & Perez, 2006). En ese sentido, Bishop et al. (2004) proponen una definición operativa de mindfulness basado en un modelo de dos componentes: 1) autorregulación de la atención de la experiencia inmediata, que permite el incremento del reconocimiento de sucesos mentales en el presente; y 2) adoptar una actitud de curiosidad, apertura y aceptación hacia la propia experiencia de cada momento. Para estos autores, la atención plena es “una forma de atención no elaborativa, que no juzga, centrada en el presente, en la que cada pensamiento, sentimiento o sensación que aparece en el campo atencional es reconocida y aceptada tal como es” (Bishop et al., 2004). Por otro lado, Brown y Ryan

(2003) enfatizan que la conciencia plena es un proceso psicológico en sí mismo, una cualidad inherente a la conciencia, y definen este concepto como una atención receptiva a “darse cuenta” (awaranness) de eventos y experiencias presentes.

## MECANISMOS DEL MINDFULNESS

Respecto a los mecanismos de acción de las IBM, Moscoso (2018) ha propuesto que los siguientes tres ingredientes activos cumplen un rol directo en los efectos positivos de autorregulación emocional y reducción del estrés: 1) sostenibilidad de la atención, 2) reevaluación mental, y 3) respuesta de relajación. Según dicho autor, el primer mecanismo apunta al manejo adecuado de la atención sostenida y la consecuente expansión de la conciencia en la experiencia del momento presente, lo cual permite interrumpir y desactivar la desregulación emocional y proceso cognitivos tales como la rumiación. El segundo mecanismo refiere a lograr un cambio de perspectiva respecto a la experiencia emocional, que se caracteriza por lograr una postura de desapego, descentramiento y aceptación. El último mecanismo alude a que el entrenamiento en mindfulness conduce al aprendizaje neurofisiológico de la respuesta de relajación, a causa de la estimulación del nervio vago, el cual se asocia con un incremento en el tono parasimpático y una disminución en la actividad simpática.

Por otra parte, se ha propuesto que los siguientes mecanismos conductuales median los efectos positivos de las IBM sobre el TCS: 1) reestructuración del procesamiento de las recompensas, 2) potenciación de las funciones ejecutivas, 3) fortalecimiento de la atención plena disposicional, 4) reducción de la reactividad al estrés, 5) disminución de la reactividad a los estímulos o señales asociados a las drogas y 6) minimización de la supresión de pensamientos (Garland & Howard, 2018). En ese sentido, las IBM producen una mayor conciencia de, o nuevas formas de relacionarse con, las experiencias internas (sensaciones corporales, cogniciones, emociones e impulsos), enseñando a observarlas con aceptación, sin emitir juicios, con curiosidad amistosa y con una perspectiva descentrada o defusionada (Baer, 2018). Es por ello por lo que estas intervenciones ofrecen un enfoque terapéutico prometedor para interrumpir patrones automáticos de consumo y facilitar una respuesta más consciente y autorregulada frente a situaciones de riesgo, contribuyendo así a la prevención de recaídas y al mantenimiento de la abstinencia.

## PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE RECAÍDAS BASADA DE MINDFULNESS (MBRP)

El programa de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) es un programa postratamiento que integra estrategias cognitivo-conductuales para la prevención de recaídas con la práctica de meditación de conciencia plena (Bowen et al., 2013). El programa fue diseñado para personas que han finalizado un

tratamiento inicial por trastornos de consumo de sustancias y deseen mantener los resultados obtenidos, así como para favorecer un estilo de vida responsable en los sujetos en recuperación. Las prácticas del programa están orientadas a favorecer una mayor percepción de los factores desencadenantes, así como fomentar la capacidad de detenerse y observar la experiencia del momento presente. Se trata de “aumentar la libertad frente a pautas de conducta habitual profundamente arraigadas y, con frecuencia, catastróficas” (Bowen et al., 2013).

La estructura del programa se compone de 8 sesiones grupales de 2 horas cada una en las que se abordan diversos temas centrales: 1) piloto automático y recaídas, 2) conciencia de los desencadenantes y deseos, 3) mindfulness en la vida cotidiana, 4) mindfulness en situaciones de alto riesgo, 5) aceptación y acción eficaz, 6) ver los pensamientos como pensamientos, 7) autocuidado y estilo de vida equilibrado, y 8) apoyo social y continuación de la práctica. Las tres primeras sesiones se focalizan en la práctica de la atención consciente y en la integración de las prácticas de mindfulness en la vida cotidiana. Las siguientes tres sesiones se centran en la aceptación de la experiencia presente y en el uso de las prácticas mindfulness en la prevención de recaídas. Las dos últimas sesiones abarcan temáticas relacionadas al autocuidado, redes de apoyo y estilo de vida equilibrado.

Respecto a la evidencia que respalda este tratamiento, los resultados no han sido concluyentes. Grant et al. (2017) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis donde buscaron estimar los efectos y la seguridad de la MBRP para el TCS. Los resultados no indicaron que la MBRP tenga efectos clínicos beneficiosos más allá de las intervenciones de comparación (como la prevención de recaídas, la educación para la salud, la terapia cognitivo-conductual y el tratamiento habitual) sobre la recaída en el consumo de sustancias. Tampoco identificaron diferencias significativas entre la MBRP y las intervenciones de comparación en el seguimiento más largo para otros resultados de consumo de sustancias, incluida la frecuencia y la cantidad de consumo de sustancias. Se obtuvieron resultados de confianza limitada que indican que la MBRP produce disminuciones en la abstinencia/craving y las consecuencias negativas, aunque con efectos clínicos pequeños. Por otro lado, Ramadas et al. (2021) realizaron una revisión sistemática que tuvo como objetivo comprender el estado actual del arte sobre la efectividad de MBRP en personas con TCS abarcando no solo las variables relacionadas con el trastorno (tales como, antojos, frecuencia de uso) sino también otras variables clínicas relevantes (por ejemplo, ansiedad y síntomas depresivos, calidad de vida). La mayoría de los estudios incluidos en dicha revisión encontraron mejoras significativas en al menos un TCS o una variable clínica tras una intervención de MBRP. Esto se observó no solo en los estudios que utilizaron el programa MBRP original, sino también en aquellos que implementaron una versión modificada. En cuanto al impacto de la MBRP sobre las variables relacionadas con el TCS, los resultados indican que los participantes que recibieron

la intervención tuvieron una disminución significativa en la frecuencia de consumo. También hubo una disminución significativa en el craving/deseo de consumir, los síntomas de abstinencia y la probabilidad de recaída. Los autores sugieren que la MBRP tiene un impacto positivo significativo en diversas variables clínicas y de consumo de sustancias, y que puede ser de especial valor para el tratamiento de personas con TCS y sintomatología psiquiátrica comórbida.

## CONCLUSIÓN

El TCS continúa representando un desafío para los abordajes psicoterapéuticos basados en la evidencia, debido a su complejidad clínica, elevada prevalencia y alta tasa de recaídas. Las IBM ofrecen estrategias terapéuticas que permite abordar procesos claves relacionadas con esta problemática. A través del desarrollo de una actitud consciente, aceptante y no reactiva frente a las propias experiencias internas, el mindfulness promueve una mayor autorregulación de la atención y una reducción en los patrones automáticos de consumo. En particular, el programa MBRP resulta un abordaje terapéutico innovador que integra prácticas contemplativas con herramientas clínicas dirigidas a sostener la abstinencia y afrontar de forma adaptativa los factores de riesgo. Dado que los resultados no son concluyentes, aún se requiere una mayor cantidad de estudios empíricos que permitan consolidar la evidencia sobre la eficacia y los mecanismos de cambio de la MBRP en el tratamiento del TCS. En conclusión, continuar investigando acerca de estas intervenciones resulta fundamental para mejorar su implementación clínica y responder con mayor eficacia a las necesidades de este grupo clínico.

## BIBLIOGRAFÍA

- Baer, R. (2022). Práctica de atención plena. En Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2022). *Hacia una terapia basada en procesos: ciencia y competencias clínicas básicas de la terapia cognitivo-conductual*. Tres Olas Ediciones.
- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2013). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basada en Mindfulness: Guía clínica*. Desclée de Brouwer.
- del Cid, L. B. G., & Pérez, M. A. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revisita de psicoterapia*, 17(66). 77-120. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.907>
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness interventions. *Annual review of psychology*, 68(1). 491-516. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., López, P., Putrino, N., & Grasso, J. (2024). Relevamiento del estado psicológico de la población argentina. Observatorio de Psicología Social Aplicada, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

- Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of addiction medicine*, 11(5). 386-396. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000338>
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Moscoso, M. S. (2018). Mindfulness, autorregulación emocional y reducción de estrés: ¿ciencia o ficción?. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 10(2). 101-121. <https://doi.org/10.32870/rmip.v10i2.459>
- Ramadas, E., Lima, M. P. D., Caetano, T., Lopes, J., & Dixe, M. D. A. (2021). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention in individuals with substance use disorders: A systematic review. *Behavioral Sciences*, 11(10). 133. <https://doi.org/10.3390/bs11100133>
- Sanz, P. S. J. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85). 4984-4992. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>
- Segal, H. D., Salgado, B. R., Mínguez, F. M., & Quintero, J. (2015). Trastornos por consumo de sustancias y fármacos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(86). 5137-5143. <https://doi.org/10.1016/j.med.2015.09.003>
- Stagnaro, J. C., Cía, A., Vázquez, N. R., Vommaro, H., Nemirovsky, M., Sustas, S. E., Medina Mora, M. E., Benjet, C., Aguilar-Gaxiola, S., & Kessler, R. (2018). Estudio epidemiológico de salud mental en población general de la República Argentina.
- Zhang, D., Lee, E. K., Mak, E. C., Ho, C. Y., & Wong, S. Y. (2021). Mindfulness-based interventions: an overall review. *British medical bulletin*, 138(1). 41-57. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldab005>