



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



TRABAJO FINAL DE GRADO
ARTÍCULO CIENTÍFICO DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Efectividad de la Prevención de Recaídas Basado en Mindfulness (MBRP) para el Tratamiento de Adicciones a Sustancias

Estudiante:

Ariel Barboza - 2.554.220-5

Tutor:

Dr. Daniel Camparo

Co-Tutor:

Dr. Paul Ruíz Santos

Docente Revisor:

Dra. Gabriela Fernández Theodoluz

Facultad de Psicología, Universidad de la República
Montevideo, Noviembre de 2024

RESUMEN

El consumo problemático de sustancias adictivas y sus trastornos asociados va en aumento año a año, afecta a una parte importante de la población, y no solo a quienes consumen, sino además a quienes los rodean, a la sociedad en general y a los sistemas de atención de salud.

Una de las principales dificultades en el tratamiento y recuperación de adicciones son las recaídas, donde luego de un tratamiento de desintoxicación, la persona vuelve a encontrarse en situaciones y con deseos de consumir. Esa desesperación (*craving*) termina frecuentemente en volver al consumo regular, y a la misma o peor situación problemática que antes del tratamiento. Este ciclo puede darse además repetidas veces y durante años, afectando en forma progresiva y muchas veces irreversible, la salud y entorno del consumidor. Si el tratamiento logra que la persona pueda manejar esa necesidad irresistible de consumir, podría disminuir el riesgo de recaída e interrumpir el ciclo, y de eso trata esta revisión.

El objetivo de este trabajo es recolectar y analizar las fuentes bibliográficas disponibles acerca de la efectividad del tratamiento clínico para los pacientes con adicción a sustancias, mediante la Prevención de Recaídas Basado en Mindfulness (Mindfulness-Based Relapse Prevention o MBRP). MBRP propone un modelo de tratamiento clínico basado en evidencias, que evoluciona la prevención de recaídas cognitivo-conductual integrándose con *mindfulness*, y cuya aplicación e investigaciones han evolucionado en forma continua durante los últimos veinte años.

La búsqueda bibliográfica muestra que MBRP es de los modelos de tratamiento cognitivo-conductual de última generación para reducir recaídas con mayor material disponible en cuanto a investigaciones realizadas y publicadas en las últimas dos décadas.

Los autores de las investigaciones coinciden en afirmar, que tanto por ser aplicable como por sus resultados clínicos, la efectividad de MBRP es tan buena o mejor en algunos aspectos que otros tratamientos tradicionales que se utilizan habitualmente para evitar recaídas, y promueven continuar la práctica y desarrollo del modelo.

Este trabajo recoge los procedimientos clínicos y resultados en los artículos clínicos experimentales seleccionados en forma sistemática, y resume las conclusiones acerca de la efectividad de aplicar MBRP.

INTRODUCCIÓN

La bibliografía utilizada está en idioma inglés. En las traducciones, cuando no hay un mejor término en español que tenga significado más adecuado, se intenta respetar los términos y abreviaturas de uso común en los artículos en revisión en su idioma original. Al final de este documento se incluye un glosario con términos y abreviaturas utilizados en español e inglés.

Problemática de uso de drogas a nivel mundial

La Oficina de Drogas y Crimen de la Organización de las Naciones Unidas publicó en 2021 el último reporte global de drogas (UN, 2021), donde estiman que el uso de drogas afecta a 275 millones de personas (entre 15 y 64 años), 1 de cada 18 personas, el 5,5% de la población mundial. De esos usuarios de drogas, unos 36,3 millones (13%) sufren de trastornos por consumo, pudiendo experimentar dependencia y necesitar tratamiento, y las muertes por drogas continúan en aumento, casi medio millón de personas en 2019 (por sobredosis y enfermedades relacionadas). Agregan en el informe que el consumo de drogas tiene impactos negativos en la salud de las personas, con riesgos de enfermedades infecciosas (como VIH y hepatitis), sobredosis y muerte. Existe asociación de los trastornos por consumo de drogas y trastornos de salud mental (como ansiedad y depresión), y también limita el desarrollo educativo y laboral de quien consume, llevándolo a la pobreza, y afectando también a quienes los rodean. El informe destaca la importancia de que se pueda disponer de servicios de atención de salud y de apoyo social adecuados, accesibles y sin estigmatizar.

Problemática de uso de drogas en Uruguay

Según la VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas (JND, 2019), Uruguay no es ajeno al uso problemático de drogas que reporta la Organización de las Naciones Unidas (UN, 2021). Dice que un número considerable de personas dependientes de sustancias y con alta frecuencia e intensidad de consumo, tienen alta probabilidades de desarrollar problemas de salud importantes. Agrega que las sustancias que más consumen los usuarios problemáticos son el alcohol (unas 327 mil personas, 23,9% del total de quienes lo consumen), le sigue el tabaco con unas 277 mil personas con consumo intenso. Explica que en quienes usan cocaína está el mayor uso problemático (43%), y en marihuana el 16,8% de los consumidores es problemático. Respecto al total de la población de consumidores objeto del estudio, un 6,3% (unas 100 mil personas) han solicitado alguna vez ayuda profesional para tratar su dependencia, la mayoría por tabaco (72%), alcohol (17%), cocaína (13%, atención semejante al alcohol aunque con muchos menos consumidores). Además, tiene alta demanda de tratamiento la pasta base, aunque tenga un número menor de

adictos respecto a la población general de consumidores. En cuanto a la demanda de atención por parte de usuarios, resume el informe que es baja respecto al total de usuarios problemáticos de alcohol y tabaco (4% y 5%), y alta de la de cocaína y pasta base (33% y 26%, superando valores internacionales de alrededor del 15%).

Sustancias adictivas

Aunque hay varios enfoques para definir las adicciones y la evaluación y diagnóstico clínico de los trastornos relacionados al uso de sustancias, una referencia de uso extendido es la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5 publicada por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría en 2013 (APA, 2013). Respecto a los trastornos asociados a sustancias en DSM-5, explica Morrison (2014) que actualmente es cada vez mayor la cantidad de sustancias disponibles que alteran la mente, y su uso puede provocar graves problemas conductuales, cognitivos y fisiológicos. Estas sustancias que afectan el sistema nervioso central, incluyen medicamentos, sustancias químicas tóxicas y drogas ilegales, aunque varias sustancias se pueden obtener en forma legal, e incluso sin receta, por ejemplo alcohol, cafeína y tabaco. El DSM-5 combina cientos de trastornos relacionados con sustancias, por lo que hay un gran número de formas en las que en la evaluación y diagnóstico clínico se debe especificar la sustancia responsable, el tipo de problema, tiempo de consumo y cuando fue el inicio de la conducta problemática (Morrison, 2014).

En la sección de DSM-5 “Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos” (APA 2013) el manual define qué se entiende por “drogas”. Reconoce los trastornos relacionados con las sustancias resultantes del uso de 10 grupos diferentes de drogas: Alcohol, Cafeína, Cannabis, Alucinógenos, Inhalantes, Opioides, Sedantes, Hipnóticos o Ansiolíticos, Estimulantes (incluidas sustancias de tipo anfetamina, cocaína y otros estimulantes) y Tabaco. Para Morrison (2014) también pueden agruparse según sus similitudes y por su efecto en el organismo, como depresores del sistema nervioso central (alcohol y sedantes, hipnóticos y ansiolíticos), estimulantes del sistema nervioso central (cocaína, anfetaminas y cafeína), drogas que distorsionan la percepción (inhalantes, cannabis, alucinógenos y fenciclidina), narcóticos (opioides), nicotina, otros (ejemplo corticosteroides y otros medicamentos).

Trastorno por Uso de Sustancias (SUD, Substance Use Disorder)

Para Liese y Beck (2022) y APA (2013) los factores químicos y también los conductuales, activan centros de recompensa similares en el cerebro al producir placer o euforia, que hacen que la persona priorice el uso de sustancias por encima de otras actividades de su vida cotidiana. El síndrome de adicción proporciona una integración de elementos

neurobiológicos, elementos psicosociales y experiencias compartidas, en que las personas con diferentes adicciones tienden a tener problemas psicológicos similares y el curso de las conductas adictivas tiende a ser similar en todas las adicciones. Morrison (2014) agrega que las sustancias que alteran la mente producen tres categorías básicas de trastornos: intoxicación, abstinencia y trastorno por uso de sustancias. Trastorno por uso de sustancias (SUD) es cuando un consumidor ha tomado una sustancia frecuentemente y le produce deterioro funcional, malestar clínico importante, y presenta características particulares de comportamiento. El trastorno por uso puede también adquirirse en forma accidental por ejemplo por el uso de medicamentos recetados para tratar el dolor u otra afección. Intoxicación por sustancias es una condición clínica grave por uso reciente excesivo de una sustancia. Cualquier persona puede intoxicarse; incluso puede darse en una persona que consume una sustancia sólo una vez. La abstinencia de sustancias refiere al conjunto de síntomas cuando una persona que consume una sustancia en forma habitual la interrumpe o reduce la cantidad (Morrison, 2014).

En el DSM-5 (APA, 2013) se introduce el término trastorno adictivo como un trastorno mental caracterizado por conductas que persisten a pesar de sus graves consecuencias problemáticas, donde además la persona puede tener diversos grados de trastornos adictivos, dependiendo del número de síntomas que se manifiesten. DSM-5 (APA, 2013) define trastorno por uso de sustancias como el comportamiento central de quienes abusan de sustancias (que incluye síntomas conductuales, fisiológicos y cognitivos), cuando: 1. El uso es problemático, 2. Hay un patrón en el uso, 3. Los efectos son clínicamente importantes y 4. El uso causa malestar o deterioro. El consumo de sustancias debe ser grave como para afectar de forma negativa las emociones o actividades del paciente. Esta definición de trastorno por consumo de sustancias es semejante a la definición de muchos trastornos mentales en DSM-5 no relacionados con sustancias (Morrison, 2014).

Criterios Diagnósticos

Los Trastornos por Uso de Sustancias son entonces conjuntos de síntomas que la persona experimenta por el uso de una sustancia y cuando continúa utilizándola a pesar de los problemas que le causa. El manual DSM-5 (APA, 2013) clasifica en once criterios diagnósticos identificados para los trastornos por uso de sustancias, que abarcan una amplia variedad de problemas que se pueden agrupar en cuatro categorías principales (dependencia física, uso riesgoso, problemas sociales y control deficiente) y son: consumir en cantidad o tiempo altos, no poder dejar de consumir, dedicar mucho tiempo al consumo (obtener, usar, recuperación), desesperación por consumir, continuar consumiendo a pesar de efectos negativos en la vida cotidiana, no cumplir con estudio, trabajo o el hogar y abandonar actividades, repetir el uso aún estando en riesgo o con síntomas que la

sustancia empeora, necesidad de aumentar el consumo para obtener el efecto buscado (tolerancia) y desarrollar síntomas de abstinencia que se alivian con mayor consumo. Agrega el manual DSM-5 (APA, 2013) que la gravedad de los trastornos por uso de sustancias depende de cuántos síntomas se presenten: dos o tres síntomas indican un trastorno leve, cuatro o cinco síntomas moderado, y seis o más síntomas indican un trastorno grave por uso de sustancias.

Conductas Adictivas

Liese y Beck (2022) describen el ciclo de conductas adictivas desde la perspectiva de la terapia cognitivo-conductual (CBT). Dicen que las conductas son acciones o actividades destinadas a lograr un objetivo o alcanzar un resultado, y a medida que repetimos las conductas, éstas se vuelven habituales, mediadas por pensamientos automáticos. No pensamos mucho en ellas; simplemente parecen suceder. Las conductas adictivas funcionan como círculos viciosos que se sostienen por sí mismas. La decisión de participar o no en una conducta adictiva comienza cuando las personas se exponen a los desencadenantes (p.ej. síntomas, circunstancias o estímulos) que son situaciones de alto riesgo que activan pensamientos automáticos específicos y creencias aprendidas relacionados con la adicción que afectan directamente las emociones, las conductas y las respuestas fisiológicas, conducen a impulsos y ansias, y potencialmente conducen a lapsos y recaídas. Los desencadenantes pueden ser internos o externos, los internos pueden implicar sensaciones físicas o emocionales, como ansiedad, depresión, impulsos, ansias y dolor y los externos incluyen las personas, los lugares y las cosas que se asocian con las conductas adictivas. Las personas experimentan ambivalencia sobre sus conductas y tienen expectativas de resultados positivos y negativos que compiten entre sí, y toman decisiones basadas en sus pensamientos y creencias que predominan en ese momento. Las personas eligen conductas adictivas porque anticipan algún beneficio al hacerlo, y generalmente prefieren la gratificación inmediata o instantánea a la gratificación retrasada, sus expectativas de resultados positivos son mayores cuando las recompensas son inmediatas, en comparación con cuando se retrasan. Estas gratificaciones inmediatas son altamente reforzadoras y se convierte en un desencadenante del uso continuo, lo que resulta en el círculo vicioso de las conductas adictivas. Las emociones son experiencias subjetivas estrechamente vinculadas a las conductas adictivas y las personas que tienen dificultades para regular sus emociones son más vulnerables a las conductas adictivas. Los pensamientos, emociones y conductas relacionados con la adicción se vuelven tan automáticos que son casi imperceptibles para la persona adicta.

Morrison (2014) agrega que aunque la mayoría de las personas adultas consumen en algún momento algunas sustancias (por ejemplo alcohol), la mayoría no las usa de forma

patológica. Define como uso patológico cuando se pasa el punto en que los efectos negativos superan los efectos positivos, el uso es frecuente, intenso o ambas cosas, siempre implica síntomas físicos y emocionales, y también cambios desadaptativos en el comportamiento.

Liese y Beck (2022) explican que cuando las personas inician en conductas adictivas, las consecuencias tempranas son positivas, por lo que las personas las adoptan inicialmente, por ejemplo el alcohol permite relajar, excitar y desinhibir, las anfetaminas energizar y los opioides aliviar el dolor. Estos efectos en las personas adictas ocultan inicialmente las consecuencias negativas de su uso. Mientras las personas creen que las consecuencias positivas superarán a las negativas de las conductas adictivas, se sentirán tentadas a participar en ellas. Subestimar las consecuencias negativas y anticipar las consecuencias positivas es un mecanismo que permite mantener las adicciones.

El Problema de las Recaídas

Según Bowen et al. (2011) la adicción es un problema crónico que en general empeora con el tiempo y que requiere en algún momento de tratamiento, durante el cual en general se logra la abstinencia (se suspende el consumo). En inglés se utilizan los términos “lapse” o “slip” para un lapso o desliz, es el caso en que durante la abstinencia la persona consume solo una vez, y el término “relapse” o recaída, en el que luego de la abstinencia la persona vuelve a consumir en forma habitual con una conducta semejante a la que traía antes del tratamiento.

Desde el punto de vista cognitivo-conductual es sabido que es relativamente fácil para las personas detener momentáneamente comportamientos no deseados, y sin embargo es mucho más difícil poder mantener el cambio de comportamiento en forma permanente (Liese y Beck, 2022). Agregan Sanchez y Del Pozo (2012) que en general las tasas de recaída en adicciones son altas ya que abandonar un comportamiento problemático como el uso de una droga es difícil, mantener un estilo de vida sin consumir es más difícil. Y que además es posible que las recaídas sean el principal desafío de los investigadores y los clínicos que trabajan en el ámbito de las conductas adictivas.

Marlatt y Donovan (2005) dicen que la mayoría de las personas no pueden consolidar luego de un primer tratamiento los cambios de conducta para mantener la abstinencia, por lo que en general los resultados del tratamiento para el paciente no tienen muy buen pronóstico. Es frecuente que la persona vuelva a consumir luego de un período de abstinencia, ya sea en un evento temporal o volviendo al uso persistente, donde incluso no es claro distinguir si se trata de uso persistente de una recaída ocasional. La investigación ha demostrado que la mayoría de las personas que tratan de cambiar una conducta (por ejemplo, perder peso o

dejar de fumar) experimentan algún consumo que podrá terminar en recaída (Sánchez y Del Pozo, 2012).

Inicialmente Marlatt y Gordon (1985) identificaron tres situaciones de riesgo principales en la mayoría de las recaídas: situaciones de presión social, presión por conflictos interpersonales y estados emocionales. Luego Witkiewitz et al. (2005) integran un modelo multidimensional, con interacción de múltiples factores que pueden desencadenar las situaciones de riesgo, como la historia familiar, el apoyo social, la personalidad, la historia de consumo, etc., donde estas variables influirían en los procesos cognitivos, afectivos y de afrontamiento que se producirían en una situación específica de riesgo de recaída.

Marlatt y Donovan (2005) identifican tres principales procesos cognitivos relacionados con la adicción: autoeficacia, expectativas de resultados positivos y expectativas de resultados negativos. La autoeficacia se entiende como las valoraciones que los individuos hacen de sus capacidades para realizar tareas específicas o alcanzar objetivos específicos. La autoeficacia no es lo mismo que la autoestima o la confianza en uno mismo. Los dos últimos conceptos implican un sentido más global de uno mismo, mientras que la autoeficacia es más como la confianza en uno mismo con respecto a una habilidad o resultado específico. En el contexto de las conductas adictivas, la autoeficacia puede implicar las creencias de los individuos sobre sus capacidades para lograr la abstinencia o para realizar actividades libres de sustancias. Las personas que perciben que poseen habilidades de afrontamiento efectivas y autoeficacia tienen más probabilidades de controlar eficazmente su consumo de sustancias; quienes no perciben que poseen habilidades de afrontamiento efectivas tienen mayor riesgo de recaída. La autoeficacia (o la falta de ella) puede manifestarse como una creencia profundamente arraigada. Liese y Beck (2022) dicen que las expectativas de resultados son pensamientos y creencias anticipatorios. Las expectativas de resultados positivos incluyen creencias básicas y pensamientos automáticos que implican resultados buenos o deseados como resultado de la participación en conductas adictivas. Obviamente, estas expectativas de resultados positivos aumentan la probabilidad de participar en conductas adictivas.

Prevención de Recaídas (RP, Relapse Prevention)

Marlatt y Gordon (1985) dicen que el paciente puede gestionar la recaída como un proceso transitorio del que puede recuperarse, y no necesariamente vendrá seguido de volver a consumir como antes del tratamiento. El modelo de prevención de recaídas (RP) de Marlatt y Gordon (1985) ha sido fundamental en la teoría y el tratamiento de las adicciones desde su inicio hace varias décadas. La prevención de recaídas es un enfoque cognitivo-conductual diseñado para ayudar a las personas a anticipar y afrontar las dificultades durante el proceso de cambio de conducta. Para Marlatt y Donovan (2005), RP

busca, basándose en un marco cognitivo-conductual, identificar situaciones de alto riesgo en las que un individuo es vulnerable a una recaída y utilizar estrategias de afrontamiento tanto cognitivas como conductuales para prevenir futuras recaídas en situaciones similares. La RP puede describirse como una estrategia de prevención terciaria con dos objetivos específicos: 1 - prevenir una recaída inicial y mantener los objetivos de abstinencia o tratamiento de reducción de daños, y 2 - proporcionar un manejo de la recaída si se produce, para prevenir nuevas recaídas. El objetivo final es proporcionar las habilidades de concientización, afrontamiento y estilo de vida saludable y equilibrado, para prevenir una recaída completa, independientemente de la situación o los factores de riesgo inminentes (Marlatt y Donovan, 2005).

Mindfulness

Jon Kabat-Zinn ha sido pionero desde los años 70s en integrar la meditación budista a la práctica clínica, y en el surgimiento de las MBI (Mindfulness Based Interventions), y dice que *mindfulness* se define como prestar atención de una forma particular, a propósito, en el momento presente, y sin juzgar (Kabat-Zinn, 2003). Agregan Bowen et al. (2011) que la psicología budista pone especial énfasis en reconocer, sentir y aceptar el malestar cuando éste surja y en entender la experiencia en toda su profundidad en lugar de intentar librarse de ella continuamente. Es, por lo tanto, un enfoque compasivo, que enfatiza la aceptación y el mostrarse abierto más que la culpabilidad, la censura y la vergüenza por la propia conducta. Bowen et al. (2011) también dicen que *mindfulness* puede proporcionar medios eficaces de enfrentarse a los impulsos y deseos, lo cual implica el observarlos sin resultar aniquilado ni devorado por ellos. Además, la práctica de la meditación proporciona un estado de consciencia metacognitiva también llamado "*mindfulness*", en la que uno puede ver el "cuadro total" en vez de conformarse con el del acostumbrado comportamiento propio de siempre. Este tipo de consciencia brinda un mayor sentido de libertad y capacidad de elección.

Tratamientos basados en Mindfulness (MBI) y el diseño de MBRP para Adicciones

Bowen et al. (2011) dicen que aunque asistir a un retiro de meditación de varios días puede tener efecto beneficioso para la gente que sufre problemas tanto de salud mental como de conductas adictivas, a muchos individuos podría parecerles demasiado duro un retiro en silencio de tan larga duración, o pueden tener inconvenientes filosóficos o religiosos a participar en un curso basado en enseñanzas budistas de culturas orientales. Estas dificultades respecto a la meditación fueron estudiadas y resueltas en el desarrollo de los programas de tratamiento basados en *mindfulness* (MBI) para otros trastornos, como MBSR y MBCT, con resultados que han demostrado su eficacia. MBSR (reducción del estrés

basada en *mindfulness*) fue desarrollada originalmente desde los años 80s para tratamiento del dolor crónico, ansiedad y angustia, por Jon Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 2003), de la Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts. MBCT (terapia cognitiva basada en *mindfulness*) fue desarrollada para el tratamiento de los trastornos depresivos por Zindel Segal (Segal et al., 2002) en la Universidad de Toronto. Ambos programas, MBSR y MBCT, se estructuran según un formato de terapia que consiste en ocho sesiones semanales en régimen externo. Ambos programas entrenan a los pacientes a través de prácticas formales de meditación de “consciencia plena” y de habilidades de afrontamiento metacognitivas que les ayudan a enfrentarse a las sensaciones desagradables asociadas a la ansiedad (MBSR) o a los desencadenantes que podrían precipitar una recaída depresiva después de un tratamiento inicial (MBCT). Entonces Witkiewitz et al. (2005), en base a la estructura y en el formato de MBSR y MBCT, y a partir de Relapse Prevention (RP), describen un enfoque nuevo, un programa de tratamiento de las conductas adictivas: Prevención de Recaídas basada en la Atención Plena (MBRP). Bowen et al. (2011) dicen que, desde el comienzo, se concibió MBRP como la integración de un tratamiento preventivo de recaídas basado en técnicas cognitivo-conductuales estándar junto con prácticas de meditación *mindfulness*. La síntesis de la prevención de recaídas y las técnicas de meditación consciente como tratamiento para las conductas adictivas proporciona un tratamiento más sólido y duradero para reducir el consumo de alcohol y drogas, y los problemas relacionados con el consumo de sustancias. La adición de técnicas basadas en la atención plena puede facilitar el arduo proceso de cambio de conducta y servir como un complemento eficaz a los tratamientos existentes. Los participantes aprenden 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), favoreciendo un mayor sentido de elección, compasión y libertad. La práctica permite decidir frente a pautas de conducta habitual profundamente arraigadas y, con frecuencia, catastróficas.

Propósito y objetivos de esta revisión

Alan Marlatt en Bowen et al. (2011), y Liese y Beck (2022), afirman que parte de la sociedad y también frecuentemente los propios consumidores que se consideran a sí mismos como “adictos”, ven a la adicción como un problema moral, se los hace responsables por su hábito “voluntario” y negligente de consumo continuado de drogas y que esa conducta merece castigo, lo que aumenta la exclusión social. Las personas adictas experimentan muchas veces el desprecio de una sociedad que las estigmatiza por conducta inmoral e ilegal, se culpan y se convierten en sus peores críticos, sienten miedo, impotencia y vergüenza por su conducta, lo cual disminuye la probabilidad de que tengan la iniciativa de

pedir ayuda o solicitar tratamiento por miedo a ser rechazados y castigados. Muchos se ven forzados a buscar tratamiento por insistencia de familiares y amigos o por decisión de la ley, internados por sobredosis, o terminan en la cárcel por delitos relacionados a drogas (distribución, hurto, violencia), lo que aumenta a su vez su estigma y vergüenza. Se sienten desesperanzados y desesperados, han perdido todo lo que les importaba, incluidos amigos, familia, vivienda, salud y carrera profesional, y sienten que han llegado al límite y están acabados y necesitan ayuda. El reporte de la Junta Nacional de Drogas de 2023 (JND, 2023) que identifica y dimensiona las necesidades de los usuarios con uso problemático de drogas en Uruguay, y la capacidad de los servicios de salud para atenderlos, dice que en el mes anterior al relevamiento, en los centros de tratamiento se atendieron unas 7.500 personas para tratamientos ambulatorios por uso problemático de drogas, internación por desintoxicación severa e internación psiquiátrica. Las principales sustancias por las cuales se demanda tratamiento son el uso problemático de alcohol, pasta base y cocaína. Respecto al nivel de atención, el informe de JND dice que la mayoría de los centros brindan tratamiento ambulatorio (permanencia limitada, una o dos veces por semana) y un 10% mixto (ambulatorio y residencial). La modalidad de “centro diurno” de unas 4 horas diarias tres veces por semana, también se considera ambulatoria, y en los tratamientos residenciales el usuario puede pasar la noche o estar en un programa terapéutico con alojamiento las 24 horas. Respecto a modalidad de atención y teniendo en cuenta también modalidades que incluyen a familiares de personas con uso problemático de drogas, el reporte muestra que la principal modalidad terapéutica es la de grupos de autoayuda con el 60% de los dispositivos, le sigue con un 30% el tratamiento ambulatorio y luego el tratamiento residencial con un 7%.

Entonces, es una necesidad cada vez más presente la disponibilidad de tratamientos aplicables y efectivos en los distintos dispositivos que atienden trastornos de consumo de sustancias. Es objetivo de esta revisión profundizar en relevar tratamientos efectivos para el uso de sustancias con foco en las recaídas que se estén utilizando ampliamente y desarrollando actualmente. Además, teniendo en cuenta las necesidades y ámbitos de atención de los consumidores en Uruguay que se describieron anteriormente, se hace también la investigación desde la perspectiva de identificar herramientas de tratamiento que puedan ser útiles y aplicables en nuestro país.

METODOLOGÍA

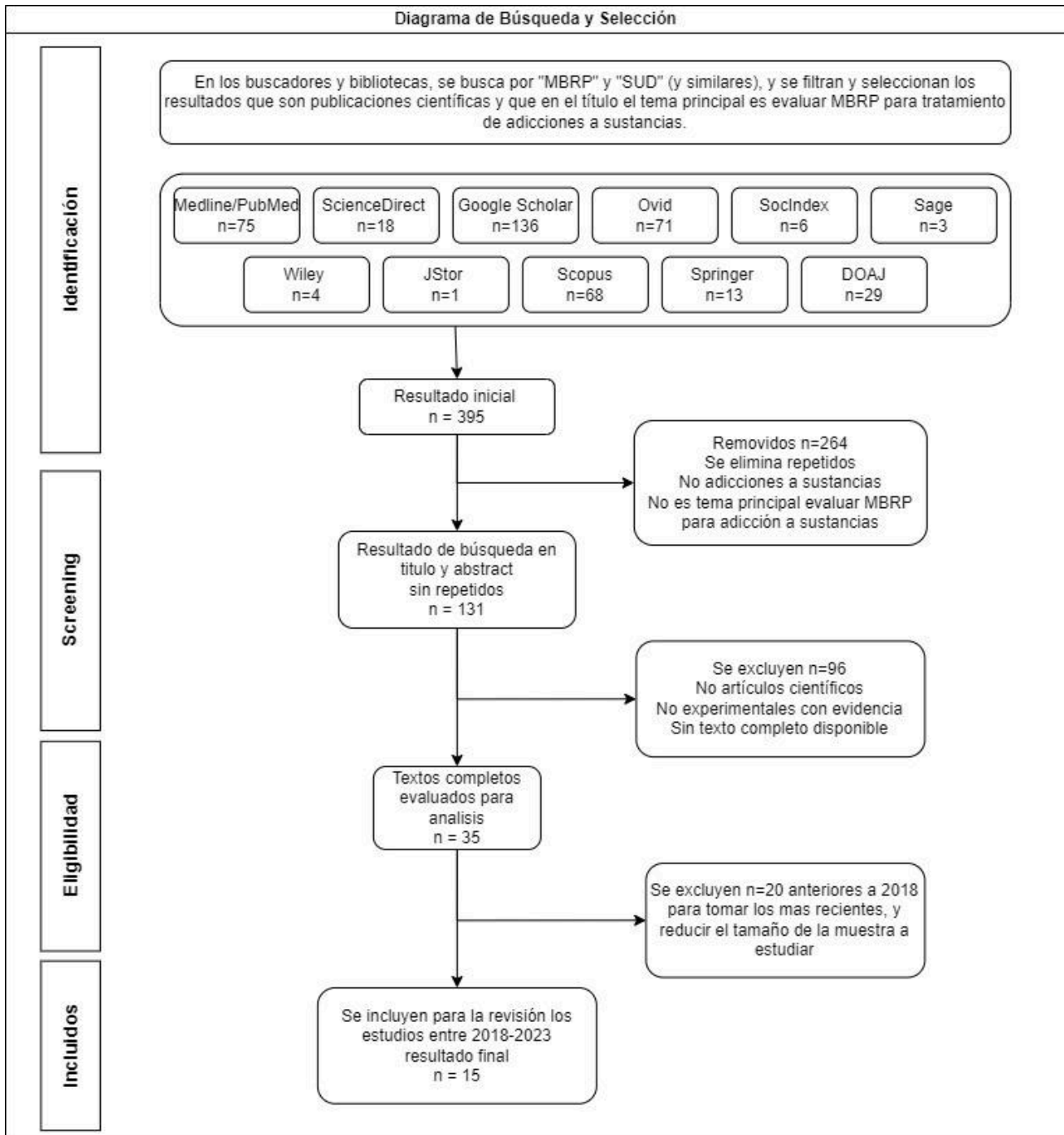
Para seleccionar el tema de estudio, se realizó una investigación bibliográfica preliminar buscando artículos publicados donde el tema central del estudio fueran terapias cognitivo conductuales tradicional, grupal y de tercera generación para el tratamiento de adicciones

(por ejemplo ACT acceptance and commitment therapy, DBT dialectical behavioral therapy, MBCT mindfulness-based cognitive therapy, CBGT cognitive behavioral group therapy, CBT cognitive behavioral therapy). Se encuentra abundante bibliografía de MBRP (que se describe en detalle más adelante), que es evolución de CBT diseñada específicamente para adicciones e integra *mindfulness*. Luego de depurar los resultados, MBRP es de las terapias para adicciones en aplicación con mayor cantidad de investigaciones disponibles para revisión, y por eso fue seleccionada como tema para este trabajo.

Se realizó una búsqueda sistematizada de artículos en portales de búsqueda y bibliotecas en diciembre de 2023. La búsqueda se realiza buscando los términos “MBRP”, “Mindfulness-Based Relapse Prevention” y lo mismo en español, “Prevención de Recaidas Basado en Mindfulness” (aunque este término en español en general no se usa y artículos en español incluyen en su texto como término clave MBRP en inglés). Algunos buscadores son más precisos que otros respecto a filtrar para que devuelva en los resultados solamente artículos científicos (y no libros por ejemplo), o que las palabras buscadas estén todas contenidas en el título, o que se incluya adjunto el texto completo. Por lo tanto, para los casos en que no se obtienen los resultados filtrados, se seleccionan los resultados que son correctos leyendo títulos y resumen, analizando uno a uno en el listado resultante de la búsqueda. Se muestran en el diagrama los buscadores y bibliotecas que devolvieron resultados: Medline/PubMed (75), ScienceDirect (18), Google Académico (136), Ovid (71), EbscoHost (67), SocIndex (6), Sage (3), Wiley (4), JStor (1), Scopus (68), Springer (13). Los buscadores como por ejemplo Google Académico, Ebsco, Ovid, Medline, devuelven resultados numerosos pero redundantes, los contenidos son en su mayoría los mismos resultados ya encontrados en la búsqueda hecha directamente en las bibliotecas a las que apuntan, por lo que muchos de sus resultados se identifican y depuran como repetidos. La búsqueda en colecciones nacionales (Silo, Roper) no devuelve resultados, y la búsqueda en colecciones de acceso abierto devuelve 29 resultados en DOAJ (Directory of Open Access Journals).

Luego de eliminar repetidos de las búsquedas obtenidas, el resultado final son 131 elementos. De esos 131, se eliminan los que no son artículos académicos, los que en el título del trabajo no aparece completo el texto buscado objetivo de esta revisión (MBRP), y también se descartan los que sí son de MBRP pero para otros trastornos de adicciones que no son drogas (por ejemplo juego). Se obtienen 68 resultados, que se revisan y se aplican a continuación los siguientes filtros. Se excluyen: revisiones, tratamientos combinados (MBRP más otra terapia también experimental no TAU), estudios de múltiples trastornos y comorbilidades donde hay un doble tratamiento (ejemplo adicción a drogas y PTSD), artículos que no son estudios experimentales clínicos (ejemplo análisis, disertaciones,

escalas o proyectos), se excluyen los que no tienen disponible el documento completo, y que no sean en español o inglés.



Luego de aplicado este filtro se obtienen 35 artículos, de los cuales se seleccionan los que evalúan efectividad y presentan resultados de aplicar MBRP, y también se seleccionan los más recientes correspondientes a los últimos 5 años, dando resultado final 15 artículos de estudios clínicos realizados en seis países diferentes que abarcan varios continentes (Estados Unidos, Irán, España, Francia, Taiwan, Brasil).

Que es el programa MBRP

Según Bowen et al. (2011) las prácticas de *mindfulness* aumentan la consciencia del espacio entre estímulo y respuesta, y brindan la oportunidad de responder eficazmente en lugar de reaccionar de modo automático y rutinario. Así, cuando uno se enfrenta a un desencadenante del comportamiento de consumo de drogas, se puede hacer una elección consciente, lo cual va a disminuir la probabilidad de recaídas. El programa MBRP incluye la mayor percepción de pautas habituales y reacciones “automáticas” que parecen controlar muchos de los aspectos de la vida, 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 fomenta 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. Bowen et al. (2014) agregan que el programa MBRP se ha inspirado en las experiencias y necesidades de los participantes, MBRP continúa su desarrollo y siempre mantendrá su compromiso con el progreso, evolucionando con cada nuevo grupo.

Se resumen las principales características y contenido del programa (Bowen et al. 2011) de prevención de recaídas basado en técnicas de *mindfulness* (MBRP):

- Es un programa post-intervención diseñado para personas que han completado un tratamiento inicial por trastornos de consumo de sustancias y no están consumiendo. Consolida el mantenimiento externo de los progresos conseguidos dentro del tratamiento.
- Provee estrategias clínicas para el tratamiento de adicciones a cualquier sustancia, como alcoholismo y otras drogas, y también puede utilizarse para adicciones conductuales como problemas de adicción al juego.
- MBRP es un tratamiento de 8 sesiones en grupos cerrados, una por semana, de 2hs de duración cada sesión. Cada sesión tiene contenidos preestablecidos, práctica de *mindfulness* guiada, trabajo grupal entre los participantes, y trabajo para la casa (CBT y Mindfulness) con revisión formal en las sesiones.
- Las sesiones integran habilidades cognitivo conductuales de prevención de recaídas junto con prácticas de atención consciente. Cada sesión incorpora aproximadamente 30 a 40 minutos de práctica formal de meditación, una consulta grupal acerca de la experiencia en la práctica de *mindfulness*, y el entrenamiento de habilidades cognitivas y conductuales como identificar situaciones de alto riesgo de recaídas y afrontamiento basado en *mindfulness*.
- Se provee a los participantes de los materiales que necesitan (por ejemplo formularios para autoanálisis cognitivo conductual), también audios guía de las

distintas meditaciones para facilitar la práctica regular que se requiere fuera de las sesiones.

- Es una metodología experiencial, que integra destrezas cognitivo-conductuales para la prevención de recaídas con la práctica de meditación de “consciencia plena”. El propósito de las prácticas es incrementar la consciencia de los desencadenantes así como de las reacciones habituales, desarrollar una nueva relación con tales vivencias y aprender habilidades concretas que se puedan utilizar en situaciones de alto riesgo.
- Desarrolla métodos para reconocer, enfrentar y manejar los impulsos y deseos que podrían ser los desencadenantes de las recaídas en una amplia variedad de conductas adictivas.
- MBRP también enfatiza y tiene como objetivo la importancia de un estilo de vida saludable, equilibrado, autocuidado, compasivo y de apoyo social.
- MBRP ha demostrado efectividad al aumentar las habilidades de *mindfulness* y afrontamiento, así como también en reducir el *craving*, el uso de sustancias, y las recaídas especialmente a largo plazo.

Respecto a los participantes:

- Este programa es recomendado tanto para sujetos que hayan completado un tratamiento hospitalario o como pacientes externos ambulatorios.
- Que estén motivados para mantener los objetivos y mantenerlos en forma permanente luego de finalizado el tratamiento.
- Que se muestren dispuestos a organizar cambios en su estilo de vida que los conduzcan al mantenimiento de su bienestar y recuperación.

Respecto a los terapeutas:

- Además de que deben ser terapeutas clínicos calificados, con experiencia en trabajo grupal y con adicciones y entrenamiento en MBRP, se requiere que los terapeutas posean profunda y activa experiencia de práctica personal en *mindfulness*.

Estructura y Contenidos de las ocho sesiones de MBRP

SESIÓN 1	PILOTO AUTOMÁTICO Y CONCIENCIA CONSCIENTE	En esta primera sesión, hablamos sobre el “piloto automático”, o la tendencia a comportarnos de manera inconsciente o por hábito sin ser plenamente conscientes de lo que estamos haciendo. Hablamos de esto específicamente en relación con las conductas adictivas (actuar según los antojos e impulsos “automáticamente” sin ser conscientes). Presentamos un ejercicio llamado escaneo corporal para practicar cómo dirigir intencionalmente la atención al cuerpo.
----------	--	---

SESIÓN 2	UNA NUEVA RELACIÓN CON EL MALESTAR	En esta sesión, aprendemos formas de experimentar los desencadenantes y los antojos sin reaccionar automáticamente. Nos centramos en reconocer los desencadenantes y cómo se sienten las reacciones a ellos, específicamente las sensaciones, los pensamientos y las emociones que a menudo acompañan al antojo o la reactividad. Usamos la atención plena para generar una mayor conciencia de este proceso a menudo automático, aprendiendo a experimentar el antojo y los impulsos de una manera que aumenta nuestra capacidad de tomar decisiones sobre cómo respondemos.
SESIÓN 3	DE REACCIONAR A RESPONDER	Aprendemos el “espacio SOBER (Stop, Observe, Breath, Expand, Respond)” como una forma de expandir nuestras habilidades de atención plena desde la práctica formal de atención plena a las situaciones diarias que enfrentamos. Esto puede ayudarnos a “estar con” sensaciones físicas y emociones desafiantes que surgen, incluidas las asociadas con antojos e impulsos, sin reaccionar de manera dañina. Exploramos lo que podría estar impulsando estos deseos de consumir o reaccionar. En esta sesión, también aprendemos meditación sentada formal.
SESIÓN 4	ATENCIÓN PLENA EN SITUACIONES DESAFIANTES	Nos enfocamos en estar presentes en situaciones o con personas previamente asociadas con el consumo de sustancias u otros comportamientos reactivos, utilizando la atención plena para aumentar nuestra capacidad de experimentar presiones o impulsos de consumo sin tomar automáticamente una sustancia o reaccionar de otras maneras dañinas. Identificamos nuestros riesgos individuales de recaída y exploramos formas de lidiar con la intensidad de los sentimientos que surgen en estas situaciones de alto riesgo.
SESIÓN 5	ACEPTACIÓN Y ACCIÓN HÁBIL	A menudo puede resultar paradójico aceptar pensamientos, sentimientos y sensaciones no deseados como una forma de superarlos o superarlos. Sin embargo, este puede ser el primer paso para avanzar hacia el cambio. La aceptación de la experiencia presente es una base importante para cuidarnos verdaderamente a nosotros mismos y ver con más claridad la mejor acción a tomar. Continuamos practicando técnicas como el espacio SOBER y nos enfocamos en usarlas en situaciones desafiantes. Esta sesión pasa de notar las señales de advertencia y aprender a hacer una pausa a tomar medidas útiles tanto en situaciones de alto riesgo como en la vida diaria normal.
SESIÓN 6	VER LOS PENSAMIENTOS COMO PENSAMIENTOS	Exploramos más a fondo la conciencia y la relación con el pensamiento, con un enfoque en reconocer los pensamientos por lo que son, en lugar de asumir que son reflejos precisos de la verdad. Observamos el papel que juegan los pensamientos en los ciclos de recaída, pensamientos específicos que parecen especialmente problemáticos y formas de trabajar más hábilmente con nuestras mentes.
SESIÓN 7	APOYO Y MANTENIMIENTO DEL BIENESTAR	Esta sesión se centra en las señales de advertencia personales de una recaída y en cómo responder mejor cuando surgen estas señales de advertencia. Esto incluye un debate sobre opciones de estilo de vida más amplias, equilibrio, amabilidad hacia nosotros mismos y hacia los demás, y la importancia de incluir actividades nutritivas como parte de una vida plena y saludable.
SESIÓN 8	APOYO SOCIAL Y PRÁCTICA CONTINUA	En esta sesión final, revisamos las habilidades y prácticas aprendidas en este curso y analizamos la importancia de construir un sistema de apoyo. Reflexionamos sobre lo

		que aprendimos en el curso y compartimos nuestros planes individuales para incorporar la práctica de la atención plena en la vida diaria.
De Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors, Second Edition: A Clinician's Guide por Sarah Bowen, Neha Chawla, Joel Grow, and G. Alan Marlatt. Copyright © 2021 The Guilford Press.		

Resultado de la búsqueda - Artículos para Revisión

El resumen de los artículos resultantes de la búsqueda con sus principales características se divide en dos tablas para facilitar la lectura. La primera con el diseño de investigación, y la segunda con la aplicación de MBRP y sus resultados.

TABLA 1 - AUTORES, UBICACIÓN Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN DE LOS ARTÍCULOS EN REVISIÓN

Artículo Autor, País, Título	Ámbito (Donde, para que)	Tipo de Estudio y Participantes	Método/Diseño (Cómo)	Objetivo/Hipotesis (Que)
1 -Roos, C. et al. 2018, EEUU An Open Trial of Rolling Admission Mindfulness-Based Relapse Prevention (Rolling MBRP): Feasibility, Acceptability, Dose-Response Relations, and Mechanisms	Internación a corto plazo (21 a 28 días). Alcohol, metanfetaminas, heroína. Policonsumo. SUD.	109 participantes. Ensayo abierto, no aleatorio un solo grupo, pre-post test	Modificar el modelo original para adaptarlo a grupos abiertos (rolling group). Facilita su aplicación en instituciones con entrada y salida continuas de pacientes (no pueden esperar que inicie un grupo), poco tiempo de internación (menos de los dos meses del modelo MBRP), y menos recursos para disponer de múltiples grupos fijos.	Evaluated the feasibility, acceptability, dose-response relations, and mechanisms of rolling admission MBRP offered as part of short-term residential treatment for SUD. Desarrollar el formato de grupo abierto.
2-Massaro, A. et al. 2022, España Bringing Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders into Individual Therapy with Spanish Population: a Feasibility and Effectiveness Study	Internación. Cocaína y alcohol. Policonsumo. SUD.	108 participantes ensayo controlado aleatorio (RCT) 2 grupos aleatorios, uno MBRP y el otro TAU	Adaptar el MBRP a formato individual IMBRP Comparar TAU+IMBRP con TAU+RP. Terapia individual en sesiones de una hora.	Examines the feasibility and effectiveness of an individualized adaptation of the MBRP Evaluar viabilidad y eficacia Hipótesis - MBRP reducir: uso de sustancias, craving, impulsividad. Aumentar la habilidad de mindfulness y bienestar. Prevenir consumo a largo plazo.
3- Davis, J. et al., 2019, EEUU Effect of Mindfulness-Based Relapse Prevention on Impulsivity Trajectories	Residentes, Internación.. Diagnóstico SUD, policonsumo.	79 participantes. ensayo controlado aleatorio (RCT) experimental group MBRP control	El estudio actual utilizó una intervención de prevención de recaídas basada en la atención plena (MBRP) grupal continua para adultos jóvenes en tratamiento residencial por	Effects in various aspects of impulsivity. Evaluar el cambio en las facetas de la impulsividad y cómo el cambio en la impulsividad mediaba los

Among Young Adults in Residential Substance Use Disorder Treatment	SUD.	group (TAU) eight self-help/12-step facilitation groups.	trastorno por consumo de sustancias.	cambios en el consumo de sustancias después del tratamiento.
4- Shareh, H. et al. 2018, Irán Effectiveness of mindfulness-based group therapy in relapse prevention for methamphetamine dependent males	Internación. DSM5 de SUD, Metanfetaminas	40 participantes ensayo controlado aleatorio (RCT) 2 grupos aleatorios, experimental y control. Control sesiones grupales de temas generales.	Efectividad de MBRP grupal en prevención de recaídas. Diseño con grupo de control pretest-postest.	Investigate the effectiveness of mindfulness-based group therapy (MBGT) in relapse prevention for methamphetamine dependent males Evaluar efectividad en: craving de sustancias, probabilidad de uso de sustancias, depresión, tasa de recaídas. Evaluación pretest-postest
5- Barros, V. et al. 2021, Brasil Effects of Mindfulness-Based Relapse Prevention on the Chronic use of Hypnotics in Treatment-Seeking Women with Insomnia	Voluntarios externos. llamado público abierto. Ambulatorio. Hipnóticos	70 participantes ensayo controlado aleatorio (RCT) 2 grupos aleatorios, control e intervención	Impacto de MBRP en cesación o reducción de uso de hipnóticos e insomnio crónicos.	Evaluated the efficacy of MBRP in reducing hypnotic use and insomnia severity Hipótesis - MBRP puede reducir dosis de hipnóticos y la severidad del insomnio, comparado al grupo de control sin tratamiento.
6- Killeen, T. et al. 2023, EEUU Efficacy of mindfulness-based relapse prevention in a sample of veterans in a substance use disorder aftercare program: A randomized controlled trial	Ambulatorios que terminaron tratamiento residente o ambulatorio intensivo. SUD (alcohol, cocaína, cannabis).	204 participantes ensayo controlado aleatorio (RCT) 2 grupos aleatorios. Uno MBRP y otro TAU.	Comparar la eficacia de MBRP comparando con TSF (12 pasos). Luego de un programa intensivo de tratamiento ambulatorio.	Study evaluated the efficacy of MBRP in reducing relapse Primario: Evaluar regreso al uso de alcohol y drogas (prevención de recaídas). Secundario: evaluar frecuencia y cantidad (severidad) de uso de alcohol y drogas. Evaluar síntomas de humor/ansiedad.
7- von Hammerstein, C. et al. 2019, Francia Feasibility, acceptability and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention program in a naturalistic setting among treatment-seeking patients with alcohol use disorder	entorno naturalista con pacientes (con SUD actual) ambulatorios adultos de un departamento de adicciones. Alcohol.	52 participantes prospective observational study without a control condition Un solo grupo pre-post test	Estudio observacional prospectivo. Sin grupo de control, se evalúan resultados pre-post test y seguimiento a los 6 meses.	Examinar la viabilidad, la aceptabilidad y los datos preliminares de eficacia sobre el ansia, la calidad de vida y la flexibilidad psicológica del programa complementario de prevención de recaídas basado en la atención plena (MBRP) en el trastorno por consumo de alcohol (AUD)
8- Zgierska, A. et al. 2019, EEUU	Pacientes en tratamiento ambulatorio.	123 participantes ensayo controlado aleatorio (RCT)	This 26-week parallel-arm phase-2 RCT. It evaluated the efficacy of the MBRP-A	Evaluar los efectos de la intervención de prevención de recaídas basada en la atención

Mindfulness-based relapse prevention for alcohol dependence: Findings from a randomized controlled trial.	Alcohol	2 grupos aleatorios. TAU+MBRP-A y TAU	intervention, adjunctive to usual-care (MBRP-A group), compared to usual-care-alone (waitlist control group), for alcohol relapse prevention.	plena para la dependencia del alcohol (MBRP-A) sobre el consumo de alcohol y las consecuencias relacionadas.
9- Abed, M. et al. 2019, Irán Mindfulness-based relapse prevention to reduce lapse and craving	Internación. Pacientes adictos a opioides que se encuentran en tratamiento de mantenimiento con Metadona. Opioides.	55 participantes ensayo controlado aleatorio (RCT) 2 grupos aleatorios, el grupo experimental MBRP, el grupo de control no recibe tratamiento adicional.	El grupo experimental recibió ocho sesiones de MBRP, mientras que el grupo de control no recibió ninguna intervención. Para recopilar datos, en ambos grupos se aplicó Cuestionario de ansia por heroína y se les pidió que se sometieron a pruebas de detección de drogas en orina en las tres fases de seguimiento del estudio para encontrar los posibles casos de recaída.	Determinar si la prevención de recaídas basada en la atención plena (MBRP) puede ayudar a reducir la recaída y el antojo en dichos pacientes.
10- Vinci, C. et al. 2023, EEUU Pilot randomized controlled trial of mindfulness-based relapse prevention vs cognitive behavioral therapy for smoking and alcohol use	Telemedicina. Pacientes adictos a alcohol y tabaco que buscaban dejar de fumar y cambiar el consumo de alcohol. Tabaco y Alcohol.	69 participantes ensayo controlado aleatorio (RCT) 2 grupos aleatorios. Experimental MBRP-SA y el de control CBT.	Ensayo controlado aleatorio de dos brazos de la prevención de recaídas basada en la atención plena para el tabaquismo y el alcohol (MBRP-SA) frente a la terapia cognitivo-conductual (CBT). Las intervenciones se realizaron a través de telemedicina en un entorno grupal; todos los participantes recibieron un suministro de parche de nicotina para seis semanas	Evaluated the feasibility and acceptability of a mindfulness-based intervention for Smoking and Alcohol (MBRP-SA) Viabilidad y aceptabilidad del MBRP-SA grupal frente a la CBT, administrado a través de telesalud
11- Yi-Hsin Lai et al. 2023, Taiwan Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention among illicit drug abusers: a randomized clinical trial	Internación. Anfetaminas, Heroína. /Metadona. Anfetaminas.	49 participantes ensayo controlado aleatorio (RCT) 2 grupos aleatorios, MBRP y TAU	Comparar efectividad en prevención de recaídas de MBRP con MMT Tratamiento de Mantenimiento con Metadona (TAU).	Test the efficacy of MBRP in reducing relapse Hipótesis de MBRP menor uso de drogas menos expectativas de resultados positivos (recaída), y más expectativas de resultado negativo (sin recaídas) mejor preparación para tratamiento menor depresión. Menos ansiedad mayor mindfulness
12- Moniz-Lewis, D. et al. 2022, EEUU Self-Efficacy as a Potential	Internación. Pacientes SUD alcohol y drogas, en	286 participantes ensayo controlado aleatorio (RCT)	Se realizaron análisis secundarios de un ensayo clínico aleatorizado de MBRP, RP frente a TAU entre individuos	La autoeficacia, la creencia en la propia capacidad para moderar o abstenerse del consumo excesivo de alcohol y drogas, predice los

Mechanism of Behavior Change in Mindfulness-Based Relapse Prevention	postratamiento. SUD.	3 grupos aleatorios: MBRP, RP, TAU	con SUD en un entorno de cuidados posteriores	resultados después del tratamiento del trastorno por consumo de sustancias (SUD).
13- Davis, J. et al. 2018, EEUU Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial	Pacientes SUD, Internación. SUD.	79 participantes ensayo clínico aleatorio (RCT) 2 grupos aleatorios, TAU y MBRP+TAU	El estudio actual utilizó un nuevo formato de grupo rotativo para la MBRP como una intervención adicional para adultos jóvenes en tratamiento residencial.	Que la MBRP (más TAU) reduciría el estrés, la ansiedad y el consumo de sustancias comparación con el tratamiento habitual más reuniones de 12 pasos/autoayuda (sólo TAU)
14- Zullig, K. et al. 2021, EEUU Testing Mindfulness-Based Relapse Prevention with Medications for Opioid Use Disorder Among Adults in Outpatient Therapy: A Quasi-experimental Study	Internación. En clínica de tratamiento MOUD (Medications for Opioids Use Disorder) Opioides.	80 participantes Quasi-experimental Study 2 grupos, los pacientes eligen voluntariamente participar en el grupo MBRP/MOUD o TAU/MOUD	Comparar MBRP+MOUD con TAU+MOUD. Finalizadas las 24 semanas de MBRP los participantes vuelven a TAU+MOUD y se les da seguimiento por 12 semanas más.	Evaluar efectividad de MBRP en individuos en tratamiento farmacológico de opioides (MOUD).
15- Donate, A. et al. 2023, Brasil The effect of mindfulness on decision-making, inhibitory control, and impulsivity of substance use disorder in-treatment patients:A randomized clinical trial	Diagnóstico SUD. Comunidad terapéutica. SUD.	122 participantes ensayo clínico aleatorio (RCT) Dos grupos aleatorios, TAU y MBRP	un ensayo clínico aleatorizado con participantes de una comunidad terapéutica. Evaluación antes y después de la intervención MBRP.	Efectos de MBRP en la toma de decisiones, el control inhibitorio y la impulsividad

TABLA 2 - MBRP APLICADO, EVALUACIÓN Y RESULTADOS DE LAS INVESTIGACIONES EN REVISIÓN

Artículo Autor, País, Título	Procedimientos (Uso de MBRP)	Instrumentos de Medida (Evaluación)	Resultados
1 -Roos, C. et al. 2018, EEUU An Open Trial of Rolling Admission Mindfulness-Based Relapse Prevention (Rolling MBRP):	8 módulos, una hora por módulo, dos sesiones grupales por semana en días separados, total del programa 8 hs en cuatro semanas. Los pacientes pueden entrar y salir en	Días de Abstinencia Escala de Severidad de Dependencia (SDS) Escala Corta de Auto-compasión (SCS-SF) Escala Revisada de Mindfulness Cognitiva y Afectiva (CAMS-R) Formulario Corto de Encuesta de Salud SF-12 (salud mental) Escala de Craving de Alcohol de Penn	Los resultados respaldan la viabilidad y la aceptabilidad de Rolling MBRP y sugieren que la práctica de mindfulness puede ser un mecanismo clave que impulse los efectos de MBRP sobre otros mecanismos clave durante el proceso de recuperación, como la

Feasibility, Acceptability, Dose-Response Relations, and Mechanisms	cualquiera de las sesiones.	Auto-eficacia - Cuestionario de seguimiento de mindfulness grupal	disminución del ansia y la mejora de la salud mental.
2-Massaró, A. et al. 2022, España Bringing Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders into Individual Therapy with Spanish Population: a Feasibility and Effectiveness Study	Ambos grupos están recibiendo TAU prevención de recaídas (RP, Marlatt). Sesiones de MBRP-I individual de una hora semanal, una vez por semana, 8 semanas. El grupo de control recibe una hora semanal, individual, RT (relajación).	Evaluar factibilidad y efectividad. Maudsley Addiction Profile (MAP) - evalúa cantidad de consumo en el tiempo Multidimensional Alcohol Craving Scale (MACS). Dickman Impulsivity Inventory (DII) Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) four time points (pre-treatment, post-treatment, 2-month follow-up, and 4-month follow-up)	El I-MBRP fue factible en todos los dominios. El I-MBRP, en comparación con el I-RT, redujo significativamente la frecuencia del consumo de sustancias y la ansiedad y mejoró las habilidades de atención plena al final del tratamiento. Los beneficios se mantuvieron a los 4 meses.
3- Davis, J. et al., 2019, EEUU Effect of Mindfulness-Based Relapse Prevention on Impulsivity Trajectories Among Young Adults in Residential Substance Use Disorder Treatment	El grupo experimental recibe el tratamiento normal provisto por la institución más ocho sesiones de MBRP grupal de una hora y media cada uno, dos veces por semana. Grupos abiertos (rolling group). El grupo control TAU recibe tratamiento normal de la institución y se le pide que participe de ocho grupos adicionales de Alcohólicos o Narcóticos Anónimos.	número de días internados en tratamiento número de días en cárcel, hospital durante el pos-tratamiento Impulsividad - SUPPS-P impulsive behavior scale Substance Use - The Substance Frequency Scale (SFS) Puntos de evaluación en el tiempo: (1) línea base inicial, (2) finalización del tratamiento (es decir, final de la fase de tratamiento), (3) punto medio (14 semanas) y (4) final del estudio (28 semanas, final del período de pos-tratamiento)	En general, los resultados indicaron que la MBRP es eficaz para reducir las facetas de la impulsividad como rasgo en individuos con SUD que buscan tratamiento. Solo la urgencia positiva y negativa mediaron la relación entre la asignación al tratamiento y el consumo de sustancias.
4- Shareh, H. et al. 2018, Irán Effectiveness of mindfulness-based group therapy in relapse prevention for methamphetamine dependent males	El grupo experimental sigue los contenidos del tratamiento MBRP especificado (Bowen 2011) pero ajustado a 9 sesiones de una hora cada una, dos por semana.	- Relapse Prediction Scale (RPS) - Beck Depression Inventory, 2nd ed. (BDI-II) - Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) - Clinical Global Impression Scale (CGI): - tasa de recaídas, - Craving de sustancias - Probabilidad de consumo de sustancias - Depresión - Impresión clínica global - Satisfacción con el tratamiento	Los resultados demostraron que la MBGT provoca una disminución de: el ansia de consumir drogas, la probabilidad de abuso de sustancias, depresión y una mejora general del grupo experimental en comparación con el grupo de control. Además, no se observó ninguna diferencia significativa entre los dos grupos en términos de satisfacción con el tratamiento pero el número de personas con recaídas en el grupo de control fue más del doble que en el grupo experimental.
5- Barros, V. et al. 2021,	Se aplica MBRP estándar,	- Uso de Hipnóticos	Hubo diferencias significativas entre

<p>Brasil</p> <p>Effects of Mindfulness-Based Relapse Prevention on the Chronic use of Hypnotics in Treatment-Seeking Women with Insomnia: a Randomized Controlled Trial</p>	<p>8 sesiones de 2hs cada una, una por semana. Los grupos se monitorean durante 8 meses (dos meses de intervención más seis meses de seguimiento).</p>	<p>- RCR - Readiness to change - disposición para cambiar - ISI - Insomnio</p>	<p>los grupos al inicio con respecto al uso de hipnóticos, pero no al insomnio. Los efectos grupales sobre el uso de hipnóticos se encontraron inmediatamente después de la intervención y en el seguimiento de los 2 meses a favor del Intervention Group. El IG también tuvo una mayor reducción de los niveles iniciales que el grupo de control en la gravedad del insomnio en los seguimientos de los 4 meses y 6 meses</p>
<p>6- Killeen, T. et al. 2023, EEUU</p> <p>Efficacy of mindfulness-based relapse prevention in a sample of veterans in a substance use disorder aftercare program: A randomized controlled trial</p>	<p>8 semanas de MBRP o 8 semanas de TSF (sin modificaciones). Ambos grupos tienen una duración de 90 minutos. TSF se aplica en grupos abiertos. MBRP se aplica en grupos cerrados pero se separan los contenidos en dos y pueden ingresar a la mitad (no esperan más de dos semanas).</p>	<p>- Timeline Follow-Back (TLFB) - registro en el tiempo de cantidad y frecuencia de uso de sustancias - Urine drug screen (UDS) - The Beck Depression Inventory 2nd Edition (BDI-II) - Beck Anxiety Inventory (BAI) - Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS)</p> <p>baseline (datos previos al tratamiento), semanalmente durante la intervención, post intervención, seguimiento 3, 6 y 10 meses</p>	<p>Ambos grupos mantuvieron reducciones en el consumo de alcohol y sustancias ilícitas durante el tratamiento posterior. Baja recaída en volver a consumir alcohol durante el periodo de tratamiento del estudio y el estudio no encontró diferencias entre los grupos de estudio MBRP y TSF. 7,5% de participantes informaron haber vuelto a consumir sustancias ilícitas durante el tratamiento del estudio, menos de MBRP que TSF. El número de días de consumo de alcohol y de sustancias ilícitas no fue diferente entre los grupos.</p>
<p>7- von Hammerstein, C. et al. 2019, Francia</p> <p>Feasibility, acceptability and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention program in a naturalistic setting among treatment-seeking patients with alcohol use disorder: a prospective observational study</p>	<p>La intervención fue un programa MBRP de 8 semanas, que combinaba elementos de la terapia cognitivo-conductual de prevención de recaídas tradicional y el entrenamiento de meditación de atención plena. Este fue un programa de grupo cerrado de ocho sesiones</p>	<p>Alcohol Time Line Follow Back (TLFB) Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS) Craving Experience Questionnaire (Frequency) (CEQ-F) Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II) Five Facets Mindfulness Questionnaire (FFMQ) Impulsive Behaviour Scale (UPPS-P) Beck Depression Inventory (BDI 21) Beck Anxiety Inventory (BAI)</p>	<p>La mayoría de los participantes introdujeron la meditación mindfulness en su vida cotidiana. La mayoría de los participantes utilizaron técnicas de mindfulness para afrontar situaciones de alto riesgo. Los participantes informaron de una reducción significativa del craving, los días de consumo de alcohol, la depresión y la ansiedad y un aumento de la atención plena y la flexibilidad psicológica a los 6 meses.</p>
<p>8- Zgierska, A. et al. 2019, EEUU</p> <p>Mindfulness-based relapse prevention for</p>	<p>La MBRP-A es MBRP estándar con contenidos adaptados al alcohol. Ocho sesiones semanales y práctica en el hogar. Los</p>	<p>Alcohol consumption (primary outcome) was assessed with the Timeline Followback method Drinking-related consequences (secondary outcome) were measured using the 50-item</p>	<p>Nuestro ensayo clínico aleatorizado de 26 semanas no encontró efectos estadísticamente significativos entre grupos en ninguno de nuestros análisis de resultados primarios.</p>

alcohol dependence: Findings from a randomized controlled trial.	resultados se evaluaron al inicio, a las 8 semanas y a las 26 semanas (18 semanas después de la intervención), y se compararon entre los grupos.	valid and reliable Drinker Inventory of Consequences The 10-item reliable and valid Perceived Stress Scale Mindfulness Attention and Awareness Scale	Tanto el grupo MBRP-A como el grupo de atención habitual evidenciaron resultados favorables.
9- Abed, M. et al. 2019, Irán Mindfulness-based relapse prevention to reduce lapse and craving	La intervención MBRP (estandar) se implementó durante ocho semanas, con sesiones grupales de 2 horas por semana.	Heroin Craving Questionnaire (HCQ) Análisis de orina	Los resultados revelaron que tres de las cinco subescalas del HCQ, es decir, intención de consumo, anticipación de alivio de la abstinencia y deseo de consumo, disminuyeron significativamente debido al MBRP. Además, los resultados de los análisis de orina revelaron un menor porcentaje de reincidencia en el grupo experimental.
10- Vinci, C. et al. 2023, EEUU Pilot randomized controlled trial of mindfulness-based relapse prevention vs cognitive behavioral therapy for smoking and alcohol use	Los participantes asistieron a 8 sesiones grupales semanales a través de Zoom. Se rediseñó el estudio y se pasó a telesalud (telehealth) debido a las restricciones de COVID19.	Working Alliance Inventory Mindfulness-Based Relapse Prevention Adherence and Competence Scale Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale Tobacco Use CPD Tobacco Use 7 day PPA Alcohol Heavy Drinking Days Alcohol Use days abstinent Alcohol use drinks per day Cigarettes per day (CPD) Heavy drinking days Drinks per day	Viabilidad y aceptabilidad de la MBRP-SA en comparación con la CBT. También se presentan cambios en el consumo de tabaco y alcohol. Ambos grupos indicaron que los tratamientos eran muy aceptables La viabilidad fue mixta, ya que algunos resultados cumplieron con los parámetros de referencia (p. ej., reclutamiento) y otros no (p. ej., retención). Ambas condiciones demostraron reducciones significativas en el consumo de tabaco y alcohol al final del tratamiento.
11- Yi-Hsin Lai et al. 2023, Taiwan Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention among illicit drug abusers: a randomized clinical trial	Se aplica MBRP estándar de ocho sesiones de 2hs cada una, semanales.	Beck depression inventory (BDI-II) Beck anxiety inventory (BAI) Chinese translation of mindful attention awareness scale (CMAAS) frequency of drug use (D) positive (P) negative (N) aspects of drug use treatment readiness (T) depression anxiety mindfulness.	En comparación con el grupo de control, el grupo experimental mostró una reducción significativa de la depresión y la ansiedad, y una disminución de las expectativas de resultados positivos del consumo de drogas. La prevención de recaídas basada en la atención plena fue una intervención eficaz como estrategia de prevención de recaídas durante un período de seguimiento de 3 meses.
12- Moniz-Lewis, D. et al.	MBRP habitual.	Change in self-efficacy, measured via the Drug	Los que recibieron MBRP tuvieron la

<p>2022, EEUU</p> <p>Self-Efficacy as a Potential Mechanism of Behavior Change in Mindfulness-Based Relapse Prevention</p>	<p>Evaluación a 6 y 12 meses.</p>	<p>Taking Confidence Questionnaire at baseline, post-treatment, 6-month follow-up, and 12-month follow-up, was examined using latent growth mediation models on 12-month heavy drinking and drug use.</p>	<p>mayor autoeficacia después del tratamiento, que se asoció con una mayor probabilidad de no consumir drogas y una menor cantidad de días de consumo excesivo de alcohol.</p>
<p>13- Davis, J. et al. 2018, EEUU</p> <p>Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial</p>	<p>MBRP de grupo abierto (rolling MBRP) 2 veces por semana 1.5 hs cada sesión Total un mes</p>	<p>web-based assessment tool Qualtrics LLC for all assessments Time Line Follow Back substance frequency scale (SFS) Craving Scale (GAIN assessment tool) Perceived Stress Scale (PSS)</p>	<p>Al finalizar el tratamiento, los adultos jóvenes que recibieron MBRP tenían un menor consumo de sustancias, menor deseo de consumir y menor estrés en relación con la condición TAU. La reducción del estrés durante el tratamiento medió parcialmente las diferencias observadas en los resultados entre MBRP y TAU para el consumo de sustancias</p>
<p>14- Zullig, K. et al. 2021, EEUU</p> <p>Testing Mindfulness-Based Relapse Prevention with Medications for Opioid Use Disorder Among Adults in Outpatient Therapy: A Quasi-experimental Study</p>	<p>Se modifica el MBRP - dos sesiones semanales de 60 min cada una, durante 24 semanas de mindfulness, Sesiones MBRP se amplió a 12 sesiones, grupo abierto que se reúne cada dos semanas, total 24 semanas (12 hs total). Las sesiones incluyen múltiples temas, de forma que los participantes pueden entrar y salir del grupo abierto sin perder temas.</p>	<p>Participant retention in substance abuse treatment Retention Rate Relapse on any prohibited substance Time of relapse Rate of Relapse. In addition to self-report, relapses were captured through urine drug screens Craving Symptoms Desire for Drugs Questionnaire (DDQ) Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS) Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) Mindfulness - Mindfulness Questionnaire (FFMQ) Measures were administered at baseline, 12 weeks, 24 weeks, and 36-weeks post-recruitment.</p>	<p>La retención a las 36 semanas y las tasas de recaída fueron similares para los grupos. Solo hubo cuatro recaídas con opioides. Se observaron reducciones significativas en el grupo MBRP/MOUD para el ansia, la ansiedad y la depresión, además de aumentos significativos en la atención plena en comparación con los del grupo TAU/MOUD</p>
<p>15- Donate, A. et al. 2023, Brasil</p> <p>The effect of mindfulness on decision-making, inhibitory control, and impulsivity of substance use disorder in-treatment patients: A randomized clinical trial</p>	<p>Intervención MBRP estándar de 8 semanas.</p>	<p>Toma de decisiones (Iowa Gambling Task) Dimensiones de impulsividad (UPPS-P Scale) Control inhibitorio (Stroop Color-Word Test)</p>	<p>Los resultados mostraron que MBRP + TAU mejoró la puntuación general de toma de decisiones en comparación con TAU. Sin embargo, no se encontraron efectos significativos en las dimensiones de impulsividad y el control inhibitorio en individuos con SUD en la comunidad terapéutica.</p>

Resultados

Los estudios clínicos experimentales incluidos en esta revisión, son el resultado de la búsqueda de los artículos publicados más recientes de los últimos 5 años (2018-2023), por lo tanto las investigaciones parten de que la efectividad del modelo MBRP para tratamiento de recaídas en SUDs ya ha sido demostrada en varios años de estudios experimentales anteriores (p. ej. en Witkiewitz et al. (2005), Bowen et al (2009 y 2014) y otros), y que existe suficiente evidencia clínica de estudios que así lo respaldan. Las investigaciones de los artículos en revisión intentan entonces reproducir y confirmar resultados anteriores, y además avanzar el modelo MBRP y adaptarlo a nuevas necesidades de poblaciones, ámbitos y condiciones, y evaluar aspectos o variables que aún no han sido estudiadas en profundidad.

Evaluación e Instrumentos de Medidas - Todos los estudios hicieron primero evaluaciones previas al inicio del tratamiento MBRP, luego se vuelven a aplicar inmediatamente finalizado el tratamiento, y además se repiten las evaluaciones en varios puntos de control de seguimiento durante algunos meses. En general las evaluaciones de postratamiento abarcan entre los 6 y 12 meses.

En el siguiente cuadro se clasifican los instrumentos de evaluación y medidas utilizados en los artículos:

Evaluación (pre y post MBRP y TAU)	Instrumentos y Medidas	Artículos
Consumo, Dependencia y Recaídas	Maudsley Addiction Profile (MAP), Relapse Prediction Scale (RPS), Escala de Severidad de Dependencia (SDS), Substance Frequency Scale (SFS), Timeline Follow-Back (TLFB), Heroin Craving Questionnaire (HCQ), Alcohol Quality of Life Scale (AQoLS), Alcohol Heavy Drinking Days, Alcohol Use days abstinent, Alcohol use drinks per day, Drinker Inventory of Consequences, Cigarettes Tobacco Use Per Day (CPD), Tobacco Use 7 day PPA, Drug Taking Confidence Questionnaire, Días de Abstinencia, Días de Consumo, Frecuencia de Uso de Sustancias, Recaídas, Tasa de Recaídas	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15
Análisis toxicológicos	Urine drug screen (UDS)	6, 9, 14
Tratamiento	Client Satisfaction Questionnaire (CSQ), Clinical Global Impression Scale (CGI), Working Alliance Inventory, Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale, Treatment readiness, Substance Abuse Treatment Retention Rate	4, 10, 11, 14
Mindfulness	Escala Revisada de Mindfulness Cognitiva y Afectiva (CAMS-R), Cuestionario de seguimiento de mindfulness grupal, Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), Mindfulness Attention and Awareness Scale (MAAS, CMAAS), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II), Mindfulness Attention and Awareness Scale, Mindfulness-Based Relapse Prevention Adherence and Competence Scale	1, 2, 6, 7, 8, 10, 11, 14
Salud Mental	Formulario Corto de Encuesta de Salud SF-12, Beck Depression Inventory, 2nd ed. (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI), Perceived Stress Scale (PSS), Overall Depression Severity and Impairment Scale (ODSIS), Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS), Escala Corta de Auto-compasión (SCS-SF), RCR - Readiness to change, ISI - Insomnio	1, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 13, 14
Craving	Escala de Craving de Alcohol de Penn, Multidimensional Alcohol Craving Scale (MACS), Craving Experience Questionnaire (Frequency) (CEQ-F), Craving Scale (GAIN assessment tool), Craving Symptoms Desire for Drugs Questionnaire (DDQ)	1, 2, 4, 7, 11, 14
Impulsividad	Dickman Impulsivity Inventory (DII), Impulsive Behaviour Scale (UPPS-P) (SUPPS-P), Toma de decisiones (Iowa Gambling Task), Control inhibitorio (Stroop Color-Word Test)	2, 3, 7, 15

A continuación un breve resumen de conclusiones finales de cada uno de los 15 artículos en revisión, agrupados según la efectividad que concluyeron. De las 15 investigaciones, 11 confirman la mejor efectividad de MBRP sobre los tratamientos habituales, en 3 casos al evaluar MBRP y tratamiento habitual se obtuvo resultados de efectividad semejantes, y un caso en que los resultados del estudio no fueron concluyentes al no obtenerse los resultados esperados.

Resultados favorables a MBRP:

1 - Ensayo abierto de prevención de recaídas basada en la atención plena mediante ingreso continuo (rolling MBRP): viabilidad, aceptabilidad, relaciones dosis-respuesta y mecanismos (EEUU, 2018):

Los resultados respaldan la viabilidad y la aceptabilidad de *rolling* MBRP y sugieren que la práctica de *mindfulness* puede ser un mecanismo clave que impulse los efectos de MBRP sobre otros mecanismos clave durante el proceso de recuperación, como la disminución del ansia y la mejora de la salud mental (Roos et al., 2018).

2 - Incorporación de la prevención de recaídas basada en mindfulness para trastornos por consumo de sustancias a la terapia individual con población española: un estudio de viabilidad y eficacia (España, 2022):

Este estudio muestra que una adaptación del programa MBRP al contexto psicoterapéutico individual puede ser una intervención viable y efectiva como tratamiento coadyuvante al enfoque de prevención de recaídas para el tratamiento de SUDs. El programa I-MBRP puede mejorar eficazmente las habilidades de atención plena y reducir el deseo de consumir y la frecuencia de consumo hasta por cuatro meses después de completar la intervención. Dada la alta prevalencia de SUDs y la alta demanda de tratamientos efectivos disponibles, estos resultados preliminares sugieren que la inclusión en los Centros de Atención a Adicciones de un programa I-MBRP podría ser beneficiosa para prevenir recaídas (Massaro et al, 2022).

3 - Efecto de la prevención de recaídas basada en la atención plena sobre las trayectorias de impulsividad entre adultos jóvenes en tratamiento residencial por trastorno por consumo de sustancias (EEUU, 2019):

MBRP puede inhibir la toma de decisiones impulsiva de manera más efectiva durante momentos de mayor angustia emocional (es decir, urgencia positiva y negativa) (Davis et al., 2019).

4 - Eficacia de la terapia de grupo basada en la atención plena en la prevención de recaídas en varones dependientes de la metanfetamina Irán, 2018):

Los resultados revelan que la terapia basada en la atención plena es eficaz para reducir las variables de recaída en el consumo de sustancias, deseo de consumir sustancias y probabilidad de consumo de sustancias y depresión en personas dependientes de metanfetamina que han sido desintoxicadas (Shareh et al., 2018).

5 - Efectos de la prevención de recaídas basada en la atención plena en el uso crónico de hipnóticos en mujeres con insomnio que buscan tratamiento: un ensayo controlado aleatorizado (Brasil, 2021):

Este estudio encontró evidencia preliminar de la eficacia del MBRP para reducir la gravedad del insomnio a medio y largo plazo. También se observó un posible efecto sobre la reducción en la cantidad y frecuencia del uso de hipnóticos (Barros et al., 2021).

7 - Viabilidad, aceptabilidad y resultados preliminares de un programa de prevención de recaídas basado en la atención plena en un entorno naturalista entre pacientes con trastorno por consumo de alcohol que buscan tratamiento: un estudio observacional prospectivo (Francia, 2019):

El programa MBRP es un tratamiento complementario viable en los SUDs. La mayoría de los pacientes completaron el programa y utilizaron las técnicas de atención plena aprendidas para afrontar el deseo, e introdujeron la práctica de la atención plena en sus vidas (Von Hammerstein et al., 2019).

9 - Prevención de recaídas basada en la atención plena para reducir las recaídas y el ansia (Irán, 2019):

MBRP redujo significativamente el deseo y el porcentaje de recaída en los pacientes en tratamiento MMT de este estudio (Abed et al., 2019).

11 - Eficacia relativa de la prevención de recaídas basada en la atención plena entre consumidores de drogas ilegales: un ensayo clínico aleatorizado (Taiwan, 2023):

Los hallazgos del estudio respaldan al MBRP como una intervención eficiente como estrategia de prevención de recaídas para los consumidores de drogas ilegales. La atención plena es especialmente beneficiosa para regular las emociones, reduciendo así la gravedad de la adicción a las drogas (Lai et al., 2023).

12 - La autoeficacia como mecanismo potencial de cambio de conducta en la prevención de recaídas basada en la atención plena (EEUU, 2022):

Los resultados resaltan la utilidad del MBRP como intervención de tratamiento posterior para mantener los avances en la autoeficacia adquiridos durante el tratamiento primario de SUD. Las personas que participaron en MBRP tuvieron menos días de consumo excesivo de alcohol y una menor probabilidad de consumir drogas en comparación con aquellos que participaron en RP o una condición TAU. Estos hallazgos respaldan la validez de la autoeficacia como un mecanismo potencial de cambio de comportamiento dentro del MBRP (Moniz-Lewis et al., 2022).

13 - Los resultados del consumo de sustancias para la prevención de recaídas basada en la atención plena están parcialmente mediados por reducciones en el estrés: resultados de un ensayo aleatorio (EEUU, 2018):

Los resultados muestran efectos de moderados a grandes sobre factores que son integrales para reducir la recaída entre una muestra de individuos con bajas tasas de abstinencia. Además, este estudio brindó apoyo adicional de que el MBRP puede usarse como un tratamiento activo y no solo como un protocolo de cuidados posteriores. En general, los hallazgos sugieren que MBRP es una terapia apropiada e integradora diseñada para reducir el estrés, las emociones negativas y el uso de sustancias entre una muestra de adultos jóvenes marginados (Davis et al., 2018).

14 - Prueba de la prevención de recaídas basada en la atención plena con medicamentos para el trastorno por consumo de opioides entre adultos en terapia ambulatoria: un estudio cuasiexperimental (EEUU, 2021):

Aunque hay recursos estatales y federales disponibles para ampliar el MOUD, no se ha establecido ningún estándar de terapia conductual que sea más complementario al MOUD. Los resultados del estudio actual sugieren que MBRP se puede implementar como terapia ambulatoria para personas en tratamiento MOUD (Zullig et al., 2021).

Resultados positivos semejantes de MBRP y TAU:

6 - Eficacia de la prevención de recaídas basada en la atención plena en una muestra de veteranos en un programa de seguimiento de trastornos por consumo de sustancias: un ensayo controlado aleatorizado (EEUU, 2023):

TSF (doce pasos) y MBRP fueron intervenciones factibles y efectivas realizadas a los veteranos después de una IOP (tratamiento intensivo). Ambas intervenciones ayudaron a los veteranos a mantener reducciones en el consumo de alcohol y sustancias ilícitas durante las intervenciones del estudio y durante el período de seguimiento de 10 meses (Killeen et al., 2023).

8 - Prevención de recaídas en la dependencia del alcohol basada en la atención plena: resultados de un ensayo controlado aleatorio (EEUU 2019):

MBRP-A, complementario a la atención habitual, no demostró proporcionar un beneficio adicional para el mantenimiento de la recuperación en personas con dependencia del alcohol, en comparación con la atención habitual especializada en adicciones, aunque la intervención puede mejorar los resultados relacionados con el consumo de alcohol a largo plazo. En este estudio, tanto el grupo de intervención como el grupo de control tuvieron resultados favorables relacionados con el consumo de alcohol. Se necesita más investigación para cuantificar adecuadamente los posibles beneficios terapéuticos o quizás el momento óptimo para la introducción de esta intervención (Zgierska et al., 2019).

10 - Ensayo piloto aleatorizado y controlado de prevención de recaídas basada en la atención plena frente a terapia cognitivo-conductual para el tabaquismo y el consumo de alcohol (EEUU, 2023):

Este es el primer estudio con adultos (frente a adultos jóvenes) inscritos en tratamiento grupal a través de telesalud. Los resultados sugieren que MBRP-SA y CBT administrados a través de telesalud son beneficiosos para reducir el consumo de alcohol. En general, MBRP-SA tuvo resultados comparables a los de la CBT, que a menudo se considera el mejor tratamiento estándar. En general, los resultados respaldan la telesalud como modalidad de tratamiento para la administración de MBRP-SA y CBT para dejar de fumar y consumir alcohol. Los hallazgos también indican que ambos tratamientos fueron altamente aceptados y moderadamente factibles, observándose con el tiempo reducciones muy prometedoras en el consumo de tabaco y alcohol (Vinci et al., 2023).

Resultados inciertos o no concluyentes de aplicar MBRP:

15 - El efecto de la atención plena en la toma de decisiones, el control inhibitorio y la impulsividad de pacientes con trastorno por consumo de sustancias en tratamiento: un ensayo clínico aleatorizado (Brasil, 2023):

Este estudio evaluó que hubo mejoras en funciones ejecutivas, específicamente la toma de decisiones, y no hubo ningún efecto sobre la impulsividad autoinformada y el control inhibitorio entre pacientes de mediana edad después de una intervención de ocho semanas del protocolo MBRP en un entorno hospitalario. No se obtuvieron los resultados esperados de ventajas de MBRP frente al tratamiento habitual obtenidos en otros estudios previos semejantes (Donate et al., 2023).

No hubo resultados negativos o contraproducentes en ninguno de los artículos incluidos en esta revisión sistemática. Luego de los resultados, se podría concluir que MBRP como modelo de tratamiento de prevención de recaídas en adicciones, es efectivo y aplicable.

DISCUSIÓN

Como ya se vio anteriormente, el modelo original de MBRP estándar (Bowen et al., 2011) consiste en 8 sesiones grupales durante dos meses, grupo cerrado, una por semana, de 2 horas de duración cada una, teniendo unos 45 minutos de práctica formal de *mindfulness*, seguido de 75 minutos de ejercicios, discusión y psicoeducación. Luego de la práctica de *mindfulness* hay 20 o 30 minutos para procesar la experiencia de la meditación y su importancia para el tratamiento. Se revisan las prácticas en la casa, se discuten desafíos y se entrena en distintas formas de meditación. Los temas en las ocho semanas de MBRP

incluyen: piloto automático y recaídas, consciencia de eventos desencadenantes y *craving*, *mindfulness* en el día a día, *mindfulness* en situaciones de alto riesgo, aceptación y habilidades para la acción, ver pensamientos como pensamientos, autocuidado y estilo de vida balanceado, soporte social y práctica continua.

Tipo de estudio experimental. En 13 de las 15 publicaciones que se estudian aquí (p.ej. Zgierska, 2019), el diseño experimental corresponde a RCT (randomized controlled trial, o estudio controlado aleatorio), estudios clínicos en los que la población se divide en dos grupos, uno experimental y otro de control para comparar los resultados de los grupos entre sí. En dos casos (Von Hammerstein et al., 2019, Roos et al., 2018) se investigó el total de participantes en un único grupo antes y después de la intervención MBRP (pre-post test y seguimiento).

Diseño de Investigación. Los artículos en revisión investigan la aplicación de MBRP. Una de las principales virtudes del programa MBRP que se pone a prueba es la flexibilidad, que los terapeutas puedan adaptarlo a las necesidades de pacientes e instituciones, y también a variaciones metodológicas que se proponen estudiar. Se analizan a continuación algunas de las variaciones metodológicas al modelo original más destacadas en las investigaciones efectuadas en los artículos en revisión que pueden ser útiles para implementar en la clínica::

- **Según cómo se aplica MBRP respecto a TAU** - En los RCT, se identifican diferentes modos de combinar MBRP con tratamientos habituales que han sido utilizados por los investigadores para aplicar MBRP en los grupos experimentales:

- MBRP vs. TAU - Se aplica MBRP en el grupo experimental en lugar del tratamiento habitual, uno de los grupos aplica solamente TAU y el de control solo MBRP (p. ej. en Vinci et al., 2023).
- MBRP+TAU vs. TAU - MBRP se aplica al grupo experimental además del tratamiento habitual (TAU) y el grupo de control solo TAU (por ej. en Zgierska et al., 2019).
- MBRP+MOUD vs. TAU+MOUD / solo MOUD - En los casos en que los pacientes como tratamiento habitual están en tratamiento farmacológico (por ejemplo para opioides en Abed et al., 2019 o parches de nicotina en Vinci et al., 2023) se evalúa el programa MBRP como complementario, para evaluar si aumenta los beneficios, como herramienta para disminuir la dosis de fármacos, o como reemplazo de los fármacos (como proceso de disminución y eliminación del uso de fármacos). En Zullig et al. (2018), luego de las sesiones MBRP, se continúa aplicando TAU también en el grupo experimental.

- Según sustancias específicas -

- MBRP (SUD) - En general en los artículos se aplica los contenidos MBRP estándar para cualquier SUD y policonsumo (p. ej. en Killeen et al., 2023).
- MBRP-A - En Zgierska et al. (2019) agregan contenidos adaptados a alcohol.
- MBRP-SA - En Vinci et al. (2023) agregan contenidos adaptados a tabaco y alcohol.
- MBRP+MOUD/MMT - Tratamiento combinado con fármacos para opioides (p. ej. en Zullig et al., 2021).

- Según la etapa de tratamiento de desintoxicación en que se encuentra el paciente (durante o después de finalizado):

- Postratamiento (mantenimiento) - MBRP se diseñó para aplicarse luego de un tratamiento de desintoxicación para que luego del alta el paciente pueda gestionar las recaídas y así se aplica en la mayoría de los estudios.
- Durante (tratamiento) - En algunos casos como en Vinci et al. (2023) y Vargas et al. (2021) se utilizó MBRP como parte del tratamiento de desintoxicación para durante su curso lograr el objetivo de reducir o eliminar el consumo (tabaco, alcohol, hipnóticos).

- Según la modalidad de atención y tratamiento a los participantes:

- Internación - En algunos casos el modelo MBRP se aplica en pacientes estando internados (voluntaria o judicialmente) en instituciones de rehabilitación (p.ej. Davis et al., 2018).
- Ambulatorios - En otros casos en pacientes en tratamientos ambulatorios de llamado abierto o en seguimiento ambulatorio post tratamiento luego de internación (p.ej. Killen et al., 2023 y Barros et al., 2021).
- Telemedicina - En Vinci et al. (2023) la intervención se hace en forma remota en sesiones por Zoom, y se utilizan también aplicaciones web para aplicar en forma remota los cuestionarios de evaluación en línea y hacer el seguimiento posterior al tratamiento.

- Según el ámbito individual o grupal:

- Grupal - El modelo original de MBRP es en formato grupal, varias de las dinámicas diarias en las sesiones corresponden a actividades grupales, y entre pares. En la mayoría de los estudios se efectuó en forma grupal (p. ej. Lai et al., 2023).
- Individual - En Massaro et al. (2022) experimentan con formato individual, que también presenta algunas ventajas como la atención personalizada tradicional de la clínica donde se puede adaptar el tratamiento a las necesidades y respuesta del paciente, y algunas desventajas como que pierden las dinámicas entre pares, se necesita más terapeutas para atender la misma población, o podrán atender una población menor.

- Según modalidad de ingreso a los grupos (Cerrados o Abiertos)

Aunque el modelo original de MBRP se diseñó para grupos cerrados, donde los mismos participantes están desde el principio hasta el final sin ingresos durante el proceso y con una estructura de sesiones formal, algunos estudios optan por investigar la aplicación de MBRP en formato de grupos abiertos (rolling group):

- Grupos abiertos - Tienen como ventajas que los pacientes esperan menos tiempo para empezar el tratamiento (lo cual es útil para pacientes con internaciones cortas, p. ej. de un mes), y se necesitan menos grupos simultáneos lo que reduce costos operativos (p. ej. en Roos et al., 2018).
- Grupos cerrados - Tienen como ventajas que todos los participantes puedan ir trabajando e incrementando sus habilidades en forma más homogénea y planificada, evolucionando como grupo, lo que facilita las dinámicas de las sesiones, la evaluación y la tarea de los terapeutas (p. ej. en Abed et al., 2019).
- Grupos semicerrados - En Killeen et al. (2023) tienen dos grupos simultáneos, uno da las primeras cuatro sesiones y el otro las otras cuatro y los pacientes pueden comenzar por cualquiera de los dos grupos (esperan menos para ingresar, máximo 4 semanas en lugar de 8).

- Según Duración, Frecuencia y Estructura de las sesiones:

- Reducir tiempo de sesiones - Algunos ámbitos terapéuticos necesitan poder aplicar el programa en menos de 8 semanas (porque por ejemplo el tiempo máximo de internación en la institución del paciente es de un mes), y adaptan las 8 sesiones a 4 semanas con menos sesiones o más cortas (p. ej. en Shareh et al., 2018).
- Aumentar la frecuencia de sesiones - Varios autores han experimentado con dos sesiones semanales de una hora o hora y media en lugar de una semanal de dos horas (p. ej. en Davis et al., 2018).
- Separar mindfulness de CBT - En (Zullig et al., 2021) se separan los contenidos de las sesiones, aplicando por separado y en paralelo el entrenamiento en *mindfulness* de los contenidos de las sesiones y extienden los meses de tratamiento.

Algunas limitaciones identificadas por los autores

En general los estudios que se incluyen en este trabajo coinciden en las limitaciones a que se enfrentaron y que les dificulta evaluar resultados y afirmar conclusiones, por ejemplo:

- Población de estudio reducida o abandono de participantes que reduce la población al final del estudio. Los participantes deben tener asistencia mínima en la intervención y seguimiento.
- Debido a limitaciones institucionales o metodológicas, es difícil a veces disponer de los pacientes en forma consistente luego de finalizado el estudio para evaluaciones

periódicas de craving y consumo a largo plazo, que es donde se esperan mayores beneficios.

- Es difícil evaluar si los pacientes mantienen a largo plazo la práctica diaria de *mindfulness* formal o informal, que es la base fundamental del mantenimiento y efectividad de MBRP (y quede incorporado a la vida del paciente en forma permanente).
- La mayoría de las evaluaciones corresponden a cuestionarios autoadministrados, y son menos los controles externos en especial a largo plazo (por ejemplo exámenes de orina periódicos a largo plazo).
- En los pacientes que ya tienen tratamientos previos recientes o están en curso, pueden reducirse los beneficios adicionales de MBRP (porque los pacientes ya mejoraron con otras técnicas algunas habilidades como manejo de stress y ansiedad), o el TAU previo ya fue suficientemente bueno para disminuir recaídas y MBRP no mejora mucho más.
- El tiempo que los participantes llevan consumiendo y la cantidad de recaídas previas es heterogéneo, y los participantes que tienen muchos años de consumo hace más difícil modificar conductas.
- La situación socioeconómica de pobreza de muchos pacientes, los encuentra en soledad e indigencia luego del tratamiento siendo prioridad sobrevivir y no la práctica de técnicas de mantenimiento, y esto aumenta la posibilidad de recaídas.
- Que los participantes consuman múltiples sustancias también hace heterogéneos los grupos, donde algunos tienen mayor riesgo que otros y diferentes evoluciones.
- Pacientes con comorbilidades de trastornos de salud mental, donde esos trastornos y las adicciones se retroalimentan entre sí, siendo a su vez causa y efecto.

Los artículos coinciden en recomendar repetir y continuar la investigación de MBRP, con grupos más numerosos, con criterios de reclutamiento y selección de participantes que disminuya la deserción, con más puntos de evaluación en el tiempo, con más meses de seguimiento, que las evaluaciones no sean solo formularios autoinformados sino que incluyan análisis de orina periódicos para confirmar los cuestionarios.

Participantes - En los 15 estudios que abarca esta revisión participaron en suma unas 1.500 personas. Se incluyeron participantes de diferentes países, cultura, idioma, raza, género, edad y nivel socioeconómico. Las sustancias que consumen incluyen en forma amplia desde SUD en forma genérica o policonsumo, a más específicas como Opioides, Anfetaminas, Tabaco, Alcohol.

En todos los casos la participación es siempre voluntaria, incluso aunque estén internados, los pacientes pueden elegir el tratamiento habitual o experimental. Para participar (p. ej. según Roos et al., 2018) los pacientes tienen que cumplir y aceptar, además de los requisitos generales del estudio (como consentimiento informado), requisitos específicos como tener diagnóstico de SUD (trastorno por consumo de alcohol, tabaco, drogas), estar en tratamiento o haberlo terminado recientemente y no estar consumiendo en las últimas semanas (estado de desintoxicación, control por sangre y orina, etc).

Para que MBRP sea efectivo durante el tratamiento y posterior al tratamiento durante el seguimiento, hay además dos requisitos de la práctica que los pacientes deben cumplir: 1- Como en otros CBT, es importante hacer las “tareas para la casa” (en casos de internación sería tareas entre sesiones), que incluirán autoanálisis y registro de pensamientos, emociones, situaciones disparadoras, etc. y también el ejercicio continuado de modificaciones de conductas, y 2- La práctica permanente y diaria de *mindfulness*, formal e informal, y en particular las habilidades de *mindfulness* que aprendan en las sesiones respecto al uso de sustancias. También deben aceptar el seguimiento a largo plazo.

Terapeutas - Respecto a cuáles son los requisitos de formación y experiencia de los profesionales que proporcionan el tratamiento, Bowen et al. (2011) dicen que los grupos son coordinados por terapeutas, uno o dos, psicólogos clínicos con experiencia en terapia cognitiva, trabajo en grupos, y trabajo con adicciones, entrenados y bajo supervisión de clínicos expertos en MBRP. Para aplicar el programa MBRP es fundamental la experiencia personal en la práctica diaria de meditación *mindfulness* de los terapeutas que aplican el tratamiento, de forma que puedan modelar las conductas de meditación que se espera de los participantes y entrenar en *mindfulness* a los pacientes desde su propia experiencia.

Mecanismos de Acción - Los equipos que diseñaron MBRP (por ej. en Witkiewitz et al., 2005, Bowen et al., 2011) describieron los mecanismos que actúan en los participantes para gestionar las recaídas cuando incorporan a su vida diaria las técnicas cognitivo-conductual y *mindfulness* que aprendieron y desarrollaron durante las sesiones MBRP. Explican que el objetivo al aplicar *mindfulness* en el ámbito clínico es ayudar a los sujetos con conductas adictivas a que vean las situaciones tal como son en el momento, en lugar de centrarse en el futuro para buscar el próximo consumo. La práctica *mindfulness* puede favorecer la exploración y la aceptación de deseos e impulsos. En lugar de ceder al antojo de una gratificación inmediata, la práctica *mindfulness* proporciona una oportunidad de, mediante la metáfora de la ola, observar el encrespamiento de la ola del *craving* sin ser arrastrado por ella, surfear la ola hasta que desciende y se aleja. También en Bowen et al. (2021) identifican que uno de los efectos más significativos de la práctica regular de meditación es

el desarrollo del “*Mindfulness*”: la capacidad de observar la evolución del proceso de la propia experiencia sin quedar “atrapado” al mismo tiempo o sin tener que identificarse con el contenido de cada pensamiento, sentimiento o imagen. *Mindfulness* es una habilidad cognitiva especialmente eficaz para la práctica de la prevención de recaídas. Si los pacientes consiguen desarrollar esta capacidad mediante la práctica sistemática de la meditación, pueden conseguir “desprenderse” a sí mismos de tentaciones o racionalizaciones cognitivas que podrían llevarlos a una recaída. En los artículos en revisión se pusieron en práctica y se evaluaron los resultados clínicos de estos procesos.

Como ejemplo de los mecanismos en acción en la investigación experimental, en Von Hammerstein et al. (2019) hicieron un análisis del proceso cognitivo-conductual y de *mindfulness* cuando ocurre el *craving*. Explican que tratar de suprimir un pensamiento hace que se piense aún más en ese pensamiento, y es precisamente por eso que hace imposible eliminarlo, y del mismo modo, intentar resistir un impulso podría conducir a un aumento de la intensidad del deseo que lo causa. La supresión de las emociones es un estilo de afrontamiento disfuncional, y es un aspecto prioritario en el tratamiento de enfermedades mentales reducir el afrontamiento desadaptativo como la supresión. Intentar resistir el *craving* podría considerarse entonces como un intento de suprimirlo. Otra forma de liberarse de un pensamiento o emoción es aceptarlo, y la atención plena es una estrategia no supresiva, de aceptación de ese deseo, aceptando la incomodidad del ansia, y darse cuenta de que con o sin consumo, el ansia tendía a disminuir.

Sobre el efecto del *mindfulness* agregan Von Hammerstein et al. (2019) que uno de los elementos clave del programa MBRP es la exposición imaginativa repetida al *craving* para que los participantes se den cuenta de que no necesariamente tienen que reaccionar automáticamente al malestar asociado consumiendo. Las intervenciones basadas en la atención plena no tienen como objetivo la inhibición de un comportamiento en particular (como la abstinencia absoluta por ejemplo), sino que llevan a los participantes a desarrollar un estado cerebral que les permite no reaccionar automáticamente ante la incomodidad, como la que experimentan cuando sienten *craving*. La “no reactividad” de la atención plena, que es la capacidad de permitir que los pensamientos y sentimientos vayan y vengan, sin dejarse absorber o dejarse llevar por ellos, podría reflejar mejoras en el autocontrol (Roos et al., 2018). En Abed et al. (2019) agregan que con la ayuda de la atención plena, las personas aprenden a esperar y descubrir cómo se siente el *craving*; aunque pueda resultarles molesto y desagradable. Estas actividades de reflexión y atención plena influyen en ellos de dos maneras. En primer lugar, los pacientes aprenden que el *craving* es un sentimiento físico, no una necesidad mental que deba aceptarse. En segundo lugar, los pacientes obtienen una experiencia inmediata de la naturaleza pasajera de estos sentidos físicos.

CONCLUSIONES

A partir de los resultados y conclusiones de los artículos, se resume la siguiente síntesis respecto a la aplicación y efectividad de MBRP:

- **Recaídas.** MBRP reduce las recaídas, debilitando la asociación entre el consumo de sustancias y el *craving*. Se interrumpe el ciclo de recaída al disminuir la necesidad de volver al consumo de sustancias para aliviar el malestar.
- **Craving.** Es menos frecuente y puede ser manejado. Disponer de un mayor nivel de atención plena mejora la conciencia de los hábitos y las reacciones automáticas, aumenta la conciencia del *craving* reduciendo la probabilidad de que se produzca, y permite aceptar experiencias internas incómodas, como el deseo o el estado de ánimo negativo, en lugar de intentar suprimirlas.
- **Autoeficacia.** MBRP mejora la flexibilidad psicológica y regulación de emociones, ofreciendo alternativas de afrontamiento, reduciendo las reacciones automáticas y aumentando la confianza y el autocontrol.
- **Estrés.** MBRP es eficaz para reducir el estrés percibido durante la fase de tratamiento y mantener un estrés más bajo durante la fase posterior al tratamiento, que contribuye a un menor consumo de sustancias.
- **Efectividad a largo plazo.** Los resultados pre post tests y comparando TAU y MBRP inmediatamente después del tratamiento, son positivos y semejantes en muchos casos. En general los mejores resultados comparados de MBRP para recaídas se obtienen al evaluar a largo plazo (a partir de los 6 meses).
- **Alternativa de tratamiento.** Disponer de nuevos tratamientos como MBRP con resultados semejantes a TAU, es considerado como un buen resultado, ya que ofrece a instituciones y terapeutas una alternativa viable que podrán adaptar a diferentes contextos. En general los procedimientos TAU en uso en las instituciones de tratamiento de adicciones, están muy estudiados y se usan precisamente porque son efectivos, se aplican con éxito hace muchos años, y es lo mejor que pueden aplicar (por ejemplo RP, CBT, 12 pasos, Alcohólicos o Narcóticos Anónimos).
- **Salud Mental.** MBRP puede ayudar a disminuir también depresión y ansiedad (a lo que algunos de los estudios en sus resultados refieren en general como salud mental) lo que favorece adquirir y mantener nuevos hábitos saludables, que a largo plazo permitan gestionar eventos con impacto emocional que puedan llevar a recaídas.
- **Modificación de Conducta.** MBRP es una alternativa de tratamiento que puede ser más beneficiosa para el paciente que otras que se basan solo en el control de adicciones, ya que MBRP se enfoca también en otros aspectos importantes de salud

y bienestar. Los participantes adquieren y continuarán practicando después del tratamiento, habilidades de autoanálisis cognitivo-conductual y de meditación mindfulness, como hábitos diarios en un nuevo estilo de vida, para mejorar la gestión de estrés e impulsividad, disminuir depresión y ansiedad, y mantener hábitos de vida saludables a largo plazo.

- **Comorbilidades asociadas.** MBRP ha mostrado buenos resultados cuando además de los problemas de adicciones hay comorbilidades de otros trastornos de salud mental.
- **Complementario.** MBRP fue diseñado originalmente para aplicarse como tratamiento posterior al de desintoxicación. Se ha utilizado también con éxito como tratamiento complementario durante otros tratamientos en curso (p. ej. MBRP+CBT), y también combinarse con otros tratamientos (p. ej. farmacológico para opioides).
- **Sustancias.** MBRP es útil para el tratamiento amplio de sustancias adictivas como alcohol, tabaco y drogas, y también consumo múltiple de sustancias (policonsumo). También se está experimentando en otros tipos de adicciones (p. ej. juego).

Según el informe de Naciones Unidas (UN, 2021), se ve a nivel mundial la continua expansión del uso problemático de drogas y su impacto, que afecta tanto a nivel de salud física y mental, como también en lo social y económico, a los consumidores y a sus grupos familiares. El informe de JND (2023) respecto a Uruguay muestra un panorama semejante, con necesidad alta y urgente de tratamiento para la población que consume que crece día a día. Un número importante de usuarios consultan por ayuda, aunque es bajo el número de los que acceden al tratamiento respecto a los que no lo hacen y lo necesitan. Esa demanda requiere respuesta de los servicios de salud, que deben ofrecer servicios de atención disponibles y adecuados, con modelos terapéuticos de atención aplicables y eficaces, capaces de tratar pacientes con consumo problemático de drogas duras o ilegales, y también las legales y socialmente aceptadas, en función de las características de la población de consumidores.

Las recaídas y volver a consumir sin control son un problema habitual, la mayoría de las personas que pasaron por tratamiento no pueden sostener la abstinencia continuada (Witkiewitz et al., 2005). El *craving* (desesperación por consumir) y las recaídas son los principales problemas en los trastornos por uso de sustancias (Massaro et al., 2022). El objetivo general de la prevención de recaídas es reducir la incidencia y la gravedad de las recaídas (Hendershot et al., 2011). Como las recaídas que se repiten llevan a que el paciente tenga que también volver reiteradas veces al tratamiento, es una necesidad permanente el desarrollar y mejorar tratamientos para las SUD que sean efectivos, y que faciliten la recuperación de los pacientes a largo plazo, y que se reduzcan las recaídas

(Roos et al., 2018). Se ha evaluado en este trabajo la aplicación extendida y buenos resultados desde hace años de la terapia cognitivo-conductual para recaídas RP (Marlatt y Donovan, 2005) y principalmente la efectividad de su integración con *mindfulness* en el modelo MBRP (Witkiewitz et al., 2005). Para Bowen et al. (2011) el enfoque de la atención consciente puede reducir la tendencia que muestra la mente hacia los estados emocionales negativos, al conseguir disminuir el estigma, la vergüenza, los reproches y culpabilidad que normalmente experimenta la gente que está luchando con conductas adictivas. Entonces incorporar habilidades de *mindfulness* basadas en los principios de la autocompasión y la aceptación de todas las vivencias, incluyendo los deseos e impulsos, puede tener más éxito que los enfoques aversivos para reducir el riesgo de recaídas. Se busca lo que se ha dado en llamar el “camino intermedio”; es decir, un equilibrio entre la permisividad perjudicial (consumo descontrolado) y la renuncia estricta (abstinencia), así como entre la autodisciplina y la autocompasión (Bowen et al., 2021). Existe una trayectoria de práctica e investigación en RP y de MBIs desde hace más de 40 años, y de MBRP hace 20 años. MBRP está en un proceso activo y permanente de investigación y desarrollo con extensa información, bibliografía y evidencia científica disponible, y se siguen sumando nuevos estudios año a año. En la medida en que las intervenciones basadas en la atención plena sean igualmente efectivas que otros enfoques validados empíricamente (p. ej., CBT, motivacional, facilitación de 12 pasos), la meditación consciente puede proporcionar una alternativa a estos tratamientos más costosos y que además puede practicarse en el hogar. La meditación es ampliamente accesible (hay cursos de meditación disponibles ampliamente e incluso gratuitos) y puede ser más aceptable para los usuarios que muchas de otras formas occidentales de tratamiento (Bowen et al., 2014). MBRP parece ser una alternativa válida (entre otros tratamientos habituales existentes), que apuntan directamente a que los servicios de salud dispongan de más herramientas que se requieren para hacer frente a esta necesidad.

Se ha evaluado en esta revisión la aplicación extendida y validada a nivel internacional de MBRP, lo que podría sugerir su utilidad también en Uruguay. Las conclusiones de esta revisión muestran que es factible utilizar MBRP como una metodología clínica de tratamiento para prevenir recaídas en los consumidores problemáticos de distintos tipos de sustancias, durante o después del proceso de desintoxicación. Es aplicable, flexible y adaptable, y puede ser utilizada en forma independiente o simultánea a otros tratamientos (no tiene por qué reemplazar el tratamiento habitual puede complementar para aumentar resultados). Puede aplicarse para diferentes sustancias, en forma grupal o individual en los distintos tipos de dispositivos terapéuticos en uso en nuestro país (en internación, grupos de autoayuda, tratamiento ambulatorio, comunidades terapéuticas y casas de medio camino, y atención remota no presencial).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abed, M., & Ansari Shahidi, M. (2019). *Mindfulness-based relapse prevention to reduce lapse and craving*. *Journal of Substance Use*, 24(6), 638-642.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (Vol. 5, No. 5). Washington, DC: American psychiatric association.
- Barros, V. V., Opaleye, E. S., Demarzo, M., Curado, D. F., Bowen, S., Hachul, H., & Noto, A. R. (2022). *Effects of mindfulness-based relapse prevention on the chronic use of hypnotics in treatment-seeking women with insomnia: a randomized controlled trial*. *International Journal of Behavioral Medicine*, 29(3), 266-277.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., Liese, B. S., & Stein, D. J. (1995). *Cognitive therapy of substance abuse*.
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., ... & Marlatt, A. (2009). *Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A pilot efficacy trial*. *Substance abuse*, 30(4), 295-305.
- Bowen, S., Chawla N., Marlatt. A. (2011) *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide*. New York, NY: Guilford
- 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), 547-556.
- Bowen, S., Chawla, N., Grow, J., & Marlatt, G. A. (2021). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors*. Guilford Publications.
- Davis, J. P., Berry, D., Dumas, T. M., Ritter, E., Smith, D. C., Menard, C., & Roberts, B. W. (2018). *Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial*. *Journal of substance abuse treatment*, 91, 37-48.
- Davis, J. P., Barr, N., Dworkin, E. R., Dumas, T. M., Berey, B., DiGuseppi, G., & Cahn, B. R. (2019). *Effect of mindfulness-based relapse prevention on impulsivity trajectories among young adults in residential substance use disorder treatment*. *Mindfulness*, 10, 1997-2009.

- Donate, A. P. G., de Macedo, E. C., Bedendo, A., Félix Júnior, I., Gallo, G. G., Opaleye, E. S., & Noto, A. R. (2023). *The effect of mindfulness on decision-making, inhibitory control, and impulsivity of substance use disorder in-treatment patients: A randomized clinical trial*. Plos one, 18(11), e0293502.
- JND (2019). *VII Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General. Informe de Investigación, diciembre 2019*. Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay.
- JND (2023). *Situación y características de la oferta de Atención y Tratamiento para personas con uso problemático de drogas en Uruguay. Documento de Trabajo 5/2023, agosto 2023*. Junta Nacional de Drogas, Presidencia de la República Oriental del Uruguay.
- Kabat-Zinn, J. (2003). *Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future*. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2).
- Hendershot, C. S., Witkiewitz, K., George, W. H., & Marlatt, G. A. (2011). *Relapse prevention for addictive behaviors*. Substance abuse treatment, prevention, and policy, 6, 1-17.
- Killeen, T. K., Baker, N. L., Davis, L. L., Bowen, S., & Brady, K. T. (2023). *Efficacy of mindfulness-based relapse prevention in a sample of veterans in a substance use disorder aftercare program: A randomized controlled trial*. Journal of Substance Use and Addiction Treatment, 152, 209116.
- Lai, Y. H., Lee, K. H., & Huang, T. W. (2024). *Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention among illicit drug abusers: a randomized clinical trial*. Current Psychology, 43(5), 4516-4525.
- Liese, B. S., & Beck, A. T. (2022). *Cognitive-behavioral therapy of addictive disorders*. Guilford Publications.
- Moniz-Lewis, D. I., Stein, E. R., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2022). *Self-efficacy as a potential mechanism of behavior change in mindfulness-based relapse prevention*. Mindfulness, 13(9), 2175-2185.
- Marlatt, G. A. & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford press.

- Massaro, A. F., Lecuona, O., García-Rubio, C., & Castro-Paredes, A. (2022). *Bringing mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders into individual therapy with spanish population: a feasibility and effectiveness study*. *Mindfulness*, 13(3), 766-785.
- Morrison, J. (2014). *DSM-5 made easy: The clinician's guide to diagnosis*. Guilford Publications.
- Sánchez-Hervás, E., & Del Pozo, J. M. L. (2012). *Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión*. *Adicciones*, 24(3), 269-280.
- Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford press.
- Roos, C. R., Kirouac, M., Stein, E., Wilson, A. D., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2018). *An open trial of rolling admission mindfulness-based relapse prevention (Rolling MBRP): feasibility, acceptability, dose-response relations, and mechanisms*. *Mindfulness*, 10, 1062-1073.
- Shareh, H., Gholami, Z., & Jafari, M. (2018). *Effectiveness of mindfulness-based group therapy in relapse prevention for methamphetamine dependent males*. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 20(3).
- UN (2021). *World Drug Report 21 - United Nations, June 2021 - United Nations Office on Drugs and Crime*.
- Vinci, C., Sutton, S. K., Yang, M. J., Baban, S., Sauls, R., Witkiewitz, K., ... & Wetter, D. W. (2023). *Pilot randomized controlled trial of mindfulness-based relapse prevention vs cognitive behavioral therapy for smoking and alcohol use*. *Drug and alcohol dependence*, 244, 109768.
- Von Hammerstein, C., Khazaal, Y., Dupuis, M., Aubin, H. J., Benyamina, A., Luquiens, A., & Romo, L. (2019). *Feasibility, acceptability and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention program in a naturalistic setting among treatment-seeking patients with alcohol use disorder: a prospective observational study*. *BMJ open*, 9(5), e026839.
- Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). *Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders*. *Journal of cognitive psychotherapy*, 19(3).

- Zgierska, A. E., Burzinski, C. A., Mundt, M. P., McClintock, A. S., Cox, J., Coe, C. L., ... & Fleming, M. F. (2019). *Mindfulness-based relapse prevention for alcohol dependence: Findings from a randomized controlled trial*. *Journal of substance abuse treatment*, 100, 8-17.
- Zullig, K. J., Lander, L. R., Tuscano, M., Garland, M., Hobbs, G. R., & Faulkenberry, L. (2021). *Testing Mindfulness-Based Relapse Prevention with medications for opioid use disorder among adults in outpatient therapy: A quasi-experimental study*. *Mindfulness*, 12, 3036-3046.

ANEXO

GLOSARIO

Mindfulness - Atención Plena, Atención Consciente, Consciencia Plena. Se usan indistintamente.

SUD - Substance use disorders o Trastorno por uso de sustancias (TUS) se usan indistintamente. También se usa AUD para Alcohol Use Disorder en lugar de TCA (Trastorno por Consumo de Alcohol).

MBI - Intervenciones Basadas en Mindfulness (Mindfulness based interventions)

Craving - Ansia, anhelo, antojo, según contexto de traducción usan indistintamente, y corresponde a la desesperación, deseo vehemente por volver a consumir el objeto de una adicción, en el caso de este trabajo, una sustancia (alcohol, tabaco, drogas). El término en inglés es preciso y se utiliza también en español.

Stress - Estrés, se usan indistintamente.

MBRP - Mindfulness-Based Relapse Prevention o Prevención de Recaídas Basado en Mindfulness. En general como la abreviación representa el nombre de la metodología de autor, no se usa la abreviatura en español que no tiene significado particular.

RP - Relapse Prevention o Prevención de recaídas (PR) se usan indistintamente para referir a la terapia cognitivo-conductual de tratamiento de recaídas de Marlatt.

CBT - Cognitive-Behavioral Therapy o Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) se usan indistintamente.

RCT - randomized controlled trials - o ECA ensayo controlado aleatorio se usan indistintamente

TAU - Treatment As Usual - tratamiento habitual, a efectos de compararlo con nuevos tratamientos.

Rolling-group - También grupo abierto, se usa indistintamente para grupos en los que los participantes pueden ingresar en cualquier momento, opuesto a grupo cerrado (closed group).

Policonsumo - uso de más de una sustancia simultáneamente.

Salud Mental - En general los autores de las investigaciones que se incluyen en este trabajo, cuando mencionan Salud Mental refieren principalmente a trastornos de Ansiedad, Depresión, Estrés, las cuales evalúan en sus investigaciones.

Lapse - o Lapso se usan indistintamente, es un único consumo de sustancia posterior a la abstinencia luego del tratamiento

Relapse - o Recaída se usan indistintamente, vuelta al consumo de sustancias en forma habitual, semejante al consumo previo al tratamiento.

MOUD/MMT - Medications for Opioid Use Disorder, Methadone Maintenance Treatment - para referir a tratamientos farmacológicos en intervenciones para el uso de opioides.