



La relación entre Mindfulness y la prevención de recaídas en
adultos con consumo problemático de sustancias

Trabajo Final de Carrera

Facultad de Humanidades - Licenciatura en Psicología

Alumno: Vera Capece

Carrera: (0402) - Licenciatura en Psicología

ID: 000-17-9749

Año: 2026

Tutor: Mgt. Lorna Osgood

A handwritten signature in black ink, located in the bottom right corner of the page. The signature is stylized and appears to read 'Vera Capece'.

Agradecimientos:

A mi papá por estar siempre, ser mi ejemplo a seguir en lo profesional, ojalá pueda llegar a amar tanto lo que haga como vos lo hacés. Ser mi sostén y mi hogar máspreciado.

A Nina por ser mi compañera, amiga y mi hermana, caminar esta vida a tu lado es un tesoro para mí.

A mi mamá, por acompañarme en todas las etapas y brindarme apoyo y contención para que pueda lograr mis metas.

A Camila, mi mejor amiga y además una gran psicóloga, por escucharme, acompañarme y creer en mí siempre.

A mis abuelos, que ya no están y me cuidan desde el cielo, las personas más inteligentes que jamás conocí, mis ejemplos en esta vida. Y a mis abuelas que siempre tienen la palabra indicada, confían en mí y en mis sueños.

A mis amigas de siempre, a mis compañeros de universidad y los de la vida, por hacerme la vida más llevadera y más alegre, brindarme cariño y bancar cuando todo se pone un poco más gris.

A Cecilia, mi terapeuta, 6 años acompañándome, parte de este fin de ciclo te lo debo a vos y todo el trabajo hecho en conjunto, eternamente agradecida, por apoyarme, lograr que sepa ubicar mis prioridades y pueda volver a mí todas las veces que me pierdo.

A la Universidad de Belgrano, por ser una hermosa institución donde tuve la posibilidad de estudiar, superarme y aprender mucho. Estoy muy contenta de ser parte de esta casa de estudios.

Índice

Resumen.....	5
Introducción.....	6
Presentación del tema.....	6
Relevancia de la temática.....	6
Estado del Arte.....	7
Marco Teórico.....	9
Objetivos.....	15
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Hipótesis de investigación.....	15
Metodología.....	16
Tipo de investigación y diseño metodológico.....	16
Unidad de análisis y población.....	16
Fuentes de información.....	17
Técnicas e instrumentos.....	17
Procedimiento.....	18
Aspectos éticos.....	19
Análisis del material y resultados.....	19
Características de la muestra.....	19
Confiabilidad de los instrumentos.....	19
Análisis descriptivo de las variables.....	20
Análisis por Ítem.....	20
Análisis correlacional.....	21
Relación con la edad.....	22
Diferencias por género.....	22
Síntesis de los resultados.....	23
Discusión.....	23

Sobre las hipótesis principales del estudio.....	24
Mindfulness y edad: un hallazgo a destacar.....	25
La paradoja de la adherencia formal y la práctica autónoma.....	26
Aporte al campo de la psicología clínica de las adicciones en Argentina.....	26
Sobre la confiabilidad de los instrumentos.....	27
Limitaciones del estudio.....	28
Conclusiones.....	29
Referencias bibliográficas.....	32
Anexos.....	35

Resumen

El presente trabajo tuvo como objetivo analizar la relación entre la práctica de Mindfulness y variables asociadas a la prevención de recaídas, como ser el craving, señales de alerta a la recaída y adherencia al tratamiento en adultos con consumo problemático de sustancias que asisten a dispositivos terapéuticos privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, transversal y correlacional, sobre una muestra intencional de 20 participantes en tratamiento activo. Se administró una encuesta anónima y autoadministrada compuesta por ítems seleccionados de la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), la Penn Alcohol Craving Scale (PACS), una versión adaptada de la escala de AWARE e ítems de elaboración propia para evaluar la adherencia al tratamiento. Los datos se procesaron mediante análisis estadísticos descriptivos y correlacionales. Ninguna de las correlaciones entre mindfulness y las variables de prevención alcanza significancia estadística. No obstante, se observó una tendencia consistente con el marco teórico entre mindfulness y señales de alerta de recaída. Adicionalmente, se identificó una asociación positiva, fuerte y significativa entre edad y mindfulness disposicional. El análisis por ítem reveló altos niveles de adherencia formal al tratamiento junto con una baja incorporación de la práctica autónoma de mindfulness en la vida cotidiana. Se discuten las limitaciones derivadas del tamaño muestral y los aportes del estudio al campo local de la clínica de las adicciones.

Palabras clave: mindfulness, prevención de recaída, consumo problemático de sustancias, adherencia al tratamiento, craving.

Introducción

Presentación del Tema

El trastorno por consumo de sustancias constituye un problema de salud que impacta en dimensiones personales, vinculares y laborales. Pese a la disponibilidad de tratamientos psicoterapéuticos y/o farmacológicos, las recaídas siguen siendo frecuentes, lo que impulsa a explorar estrategias complementarias. En este marco, el mindfulness, concebido como la atención plena, intencional y no enjuiciadora al momento presente, se ha integrado a programas clínicos contemporáneos, entre ellos la Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) desarrollado por Bowen, Chawla y Marlatt (2011), con el objetivo de fortalecer la autorregulación emocional, el reconocimiento de disparadores y la gestión del craving (deseo intenso de consumo). En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), los dispositivos de atención privados suelen contar con mayor flexibilidad de diseño e intensidad de abordajes, lo que vuelve pertinente analizar de qué manera la práctica de mindfulness contribuye específicamente a prevenir recaídas dentro de esos contextos.

Pregunta de Investigación

¿Qué relación existe entre la práctica de mindfulness y variables asociadas a la prevención de recaídas, como la prevención del craving, el afrontamiento de situaciones de riesgo y la adherencia al tratamiento, en adultos con consumo problemático de sustancias que asisten a dispositivos terapéuticos privados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires?

Relevancia de la Temática

El estudio del vínculo entre la práctica de mindfulness y la prevención de recaídas en personas con consumo problemático de sustancias resulta de gran relevancia en el campo de la salud mental, particularmente en el contexto de los tratamientos actuales orientados a la recuperación. Si bien las intervenciones basadas en mindfulness, como Mindfulness- Based Relapse Prevention (MBRP), han mostrado resultados prometedores en la disminución del craving, la regulación emocional y la mejora del bienestar psicológico, aún se requieren investigaciones empíricas que permitan evaluar su impacto en contextos locales.

En este sentido, el presente estudio busca aportar evidencia cuantitativa sobre la relación entre la práctica de mindfulness y la prevención de recaídas en adultos en tratamiento en dispositivos privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Analizar estas variables a partir de datos sistematizados permitirá identificar en qué medida la incorporación de estrategias de atención plena se asocia con una disminución del riesgo de recaída, contribuyendo así a la evaluación de efectividad como recurso terapéutico complementario.

Asimismo, la generación de evidencia en población local resulta fundamental para fortalecer la toma de decisiones clínicas y el diseño de intervenciones adaptadas al contexto sociocultural argentino. De este modo, la investigación no solo aporta al desarrollo del conocimiento científico en el área, sino que también puede contribuir a optimizar las prácticas profesionales en el abordaje del consumo problemático de sustancias, promoviendo estrategias basadas en la evidencia para la prevención de recaídas.

Estado del Arte

Los primeros desarrollos del modelo de Prevención de Recaídas (Marlatt y Donovan, 2005) sentaron las bases de una comprensión integral de la recaída, desplazando la mirada moralista hacia una visión procesual. Desde esta perspectiva, se reconoce que las recaídas son parte esperable del camino de recuperación y que el foco del tratamiento debe estar en fortalecer las habilidades de afrontamiento y la autoeficacia percibida. Sobre esta base, Bowen, Chawla y Marlatt (2011) introducen la Mindfulness-Based Relapse Prevention (a continuación, nombrado por sus siglas MBRP), integrando mindfulness y estrategias cognitivas de prevención. Su manual clínico propone un programa estructurado en ocho sesiones grupales, que combina psicoeducación, prácticas formales de atención plena y ejercicios de reflexión guiada. Los estudios iniciales evidenciaron reducciones significativas en craving, afecto negativo y reactividad al estrés, además de mejoras en la tolerancia al malestar y la adherencia al tratamiento.

Witkiewitz, Marlatt y Walker (2005) propusieron el Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) como una intervención cognitivo-conductual innovadora para los trastornos por uso de sustancias. Los autores integraron más de dos décadas de investigación en prevención de recaídas con técnicas de meditación mindfulness, argumentando que la práctica de atención plena puede potenciar los tratamientos cognitivo-conductuales existentes al desarrollar una mayor conciencia y aceptación de los pensamientos, emociones y sensaciones asociadas al craving. Según los autores, el mindfulness actúa interrumpiendo el ciclo automático de respuesta ante situaciones de riesgo, promoviendo una relación diferente con los estímulos internos sin juzgarlos ni reaccionar ante ellos. El estudio presenta además datos preliminares sobre el uso de meditación Vipassana en personas privadas de libertad con consumo problemático, mostrando reducciones significativas en el uso de sustancias y mejoras en el funcionamiento psicosocial en el grupo de meditación respecto al grupo control.

Bowen y colaboradores (2006) evaluaron la efectividad de un entrenamiento breve en meditación y mindfulness, observando una disminución significativa en el uso de sustancias y en la reincidencia, lo cual refuerza la aplicabilidad del modelo incluso en contextos de alta vulnerabilidad. Estos hallazgos abren la posibilidad de replicar programas de corta duración en entornos diversos, incluyendo dispositivos ambulatorios y programas privados. A nivel global, la literatura coincide en señalar que la MBRP mejora la regulación emocional, la tolerancia a

las emociones negativas y la capacidad de respuesta consciente ante situaciones de riesgo. Sin embargo, la mayoría de los estudios se han desarrollado en contextos anglosajones, con poblaciones específicas y programas estandarizados. En América Latina y particularmente en Argentina, la investigación empírica sobre este enfoque es aún incipiente. Esto configura una brecha de conocimiento que justifica la realización de estudios locales adaptados a las características socioculturales y clínicas de los pacientes que asisten a dispositivos privados de CABA. Asimismo, los estudios existentes señalan la necesidad de profundizar en los mecanismos de cambio, aspecto que constituye una línea de investigación relevante para el desarrollo de intervenciones culturalmente adaptadas y clínicamente pertinentes para la población argentina.

Un ensayo clínico aleatorizado reciente realizado por Singtakaew y Chaimongkol (2025) evaluó la efectividad de un programa de prevención de recaídas basado en mindfulness combinado con habilidades de resolución de problemas en varones con trastorno por consumo de sustancias en contexto de rehabilitación. La intervención, desarrollada en ocho sesiones distribuidas en cuatro semanas, incluyó prácticas de atención plena orientadas a la regulación emocional, la conciencia del momento presente y la aceptación de la experiencia interna, junto con estrategias cognitivas destinadas al afrontamiento activo de situaciones problemáticas. Los resultados indicaron que los participantes que recibieron la intervención presentaron menores niveles de estrés y conductas de autolesión deliberada, así como una mayor intención de abstinencia en comparación con el grupo control. Asimismo, en el seguimiento a tres meses no se registraron recaídas emocionales, mentales ni físicas en el grupo intervención, mientras que en el grupo que recibió atención habitual se observó una proporción considerable de recaídas. Estos hallazgos sugieren que la integración de mindfulness con habilidades de resolución de problemas podría contribuir a fortalecer la prevención de recaídas, especialmente a través de la regulación emocional y el manejo del craving en personas con trastorno por consumo de sustancias (Singtakaew y Chaimongkol, 2025).

En el ámbito local, Ubalde (2025) realizó una revisión teórica orientada a analizar los aportes del mindfulness en el abordaje del trastorno por consumo de sustancias, con especial énfasis en su potencial para la prevención de recaídas. El autor conceptualiza la adicción como una problemática clínica compleja, atravesada por dificultades en la regulación emocional y una elevada vulnerabilidad a la recaída, y propone que las intervenciones basadas en mindfulness resultan particularmente relevantes para intervenir sobre estos procesos. Desde esta perspectiva, el mindfulness es entendido como una práctica orientada a la conciencia del momento presente, la aceptación de la experiencia interna y la reducción de la reactividad automática, aspectos centrales en el mantenimiento del consumo. El trabajo destaca especialmente el programa de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP), desarrollado por Bowen (2011) y colaboradores, señalando que su integración de prácticas meditativas con herramientas cognitivo-conductuales permite modificar la relación con el craving, los pensamientos automáticos y las emociones displacenteras asociadas al riesgo de

recaída. No obstante, el autor subraya que, si bien la evidencia disponible muestra resultados prometedores en variables clínicas y de consumo, los hallazgos aún no son concluyentes, lo que pone de relieve la necesidad de continuar desarrollando investigaciones empíricas que permitan consolidar la eficacia y los mecanismos de acción de este tipo de intervenciones en personas con trastorno por consumo de sustancias (Ubalde, 2025).

En síntesis, el estado actual de la investigación respalda la efectividad de la MBRP en la disminución del craving, la prevención de recaídas y la mejora del bienestar psicológico. No obstante, persiste la necesidad de generar evidencia local y contextualizada, que permita evaluar su impacto en adultos atendidos en programas privados de la Ciudad de Buenos Aires, aportando así a la consolidación de prácticas basadas en la evidencia en el campo de las adicciones.

Marco Teórico

El presente trabajo se enmarca en el modelo de la MBRP, una propuesta integrativa que combina los aportes del modelo de Prevención de Recaídas (PR) desarrollado por Marlatt con los principios de mindfulness aplicados a la clínica de las adicciones.

El trastorno por consumo de sustancias (TCS) se refiere a un patrón persistente de uso de una o más sustancias que se sostiene en el tiempo aun cuando la persona reconoce las consecuencias negativas que dicho consumo tiene sobre su salud y su vida cotidiana (Ubalde, 2025). Este patrón involucra manifestaciones a nivel corporal, cognitivo y conductual, y suele instalarse de manera progresiva, afectando distintas áreas del funcionamiento. Se trata de una problemática compleja que no se limita al impacto físico del consumo, sino que compromete de forma significativa la salud mental, los vínculos interpersonales, los proyectos personales y la inserción social de quienes la padecen. En la práctica clínica, el TCS suele presentarse asociado a elevados niveles de malestar psicológico, dificultades en el desempeño laboral y relacional, y la coexistencia con otros cuadros psicopatológicos. A ello se suma una marcada vulnerabilidad a la recaída, aspecto que constituye uno de los principales desafíos en su abordaje terapéutico.

Diversas perspectivas teórico-clínicas han señalado que la recaída no debe ser entendida exclusivamente como un fracaso del tratamiento, sino como parte del proceso de cambio, vinculada a factores cognitivos, emocionales y contextuales que influyen en el mantenimiento del consumo. En este marco se parte de la idea de que la recaída no es un evento aislado, sino un proceso dinámico que involucra factores cognitivos, emocionales y conductuales. Desde esta perspectiva, comprender los mecanismos subyacentes al consumo resulta clave para intervenir de manera eficaz, promoviendo una relación más consciente con los disparadores internos y externos del deseo de consumo. El modelo clásico de Prevención de Recaídas (PR), desarrollado por Marlatt y Donovan (2005), entiende la recaída como el resultado de una serie de decisiones y respuestas que el individuo toma frente a situaciones

de alto riesgo. Estas situaciones pueden estar relacionadas con emociones negativas, presión social o estados internos de vulnerabilidad. Cuando la persona no cuenta con estrategias de afrontamiento eficaces, se incrementa la probabilidad de volver a consumir. Dentro de este modelo, el concepto de Efecto de Violación de Abstinencia (EVA) resulta central, ya que describe el fenómeno de culpa y autocrítica que se activa luego de un desliz, intensificando el malestar y favoreciendo una recaída completa. Por ello, la PR enfatiza la autorregulación, el reconocimiento de señales tempranas y el fortalecimiento de la autoeficacia como pilares para sostener el cambio (Marlatt y Donovan, 2005). Con el tiempo, este modelo se enriqueció con los aportes de la psicología cognitiva y del movimiento de tercera ola, dando lugar a la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) .

La denominada tercera generación de terapias, que se extiende hasta la actualidad, se caracteriza por un intento de recuperar ciertos principios fundacionales de la Terapia de Conducta, aunque desde una perspectiva renovada. En este marco, se retoman los desarrollos más recientes de la psicología del aprendizaje y de la psicología experimental, incorporando nociones como la multiplicidad de estímulos y contingencias, así como la presencia de contingencias competidoras, que adquieren un lugar central en la comprensión del comportamiento.

El objetivo principal de este enfoque consiste en restablecer el vínculo entre la investigación y la práctica clínica, relación que había resultado particularmente productiva durante la primera generación de la Terapia de Conducta. No obstante, este retorno a los orígenes no implica una repetición del modo de intervención propio de la primera generación. Por el contrario, la tercera generación introduce diferencias sustanciales en la forma de conceptualizar los problemas clínicos y en el modo de articular los hallazgos de la investigación con la práctica terapéutica. (Pérez Álvarez, 2014)

Desde el plano teórico, la tercera generación de la Terapia Cognitivo-Conductual se caracteriza por la incorporación de enfoques que desplazan el eje desde el control directo de los síntomas hacia el contexto en el que la conducta adquiere sentido. En este marco se inscriben las denominadas terapias contextuales, vinculadas al conductismo radical, entre las que se encuentran la Psicoterapia Analítica Funcional (Kohlenberg y Tsai, 1991) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999). Asimismo, adquieren un lugar relevante las prácticas de meditación, particularmente el mindfulness o conciencia plena, que no solo se utilizan como técnicas específicas, sino que constituyen la base de programas de intervención como la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT) propuesta por Segal, Williams y Teasdale (2002), y atraviesan de manera transversal a la mayoría de estos abordajes y será tomada como punto de partida para la formulación del Modelo de prevención de recaídas basado en mindfulness (MBRP).

Para conceptualizar el mindfulness la base del MBRP, se toma la definición propuesta por Kabat-Zinn (2012), quien lo entiende como una forma de conciencia que surge al prestar atención al momento presente de manera deliberada, sostenida y sin emitir juicios. El autor

ubica esta práctica dentro del campo de la meditación, entendida como el ejercicio de regular sistemáticamente la atención y la energía, con el propósito de incidir sobre la cualidad de la propia experiencia y sobre el modo de vincularse con los demás y el entorno.

El enfoque desarrollado por Bowen, Chawla y Marlatt (2011), incorpora la práctica del mindfulness como un entrenamiento sistemático de la atención plena que permite a las personas observar sus pensamientos, emociones y sensaciones corporales sin juzgarlas, reconociendo los impulsos de consumo sin actuar automáticamente sobre ellos. A través de esta práctica, el sujeto aprende a responder en lugar de reaccionar, ampliando su ventana de tolerancia al malestar y fortaleciendo su capacidad de elegir conductas coherentes con sus metas de recuperación.

El concepto de adicción ha sido abordado desde múltiples perspectivas teóricas y clínicas. Tradicionalmente entendida como una conducta compulsiva orientada a la búsqueda y consumo de una sustancia a pesar de sus consecuencias negativas, hoy se reconoce a la adicción como un trastorno complejo, crónico y multifactorial, donde convergen componentes biológicos, psicológicos y sociales. Desde un enfoque biopsicosocial, las adicciones se comprenden como un modo de regulación emocional y de afrontamiento disfuncional frente al malestar o al vacío subjetivo, en el que el consumo actúa como intento de alivio inmediato que paradójicamente, refuerza el ciclo de dependencia (Marlatt y Donovan, 2005). Autores como Koob y Volkow (2016) amplían esta mirada desde la neurociencia, señalando que la adicción implica una alteración de los sistemas de recompensa, motivación y control inhibitorio, generando un patrón de aprendizaje reforzado por el alivio del malestar emocional más que por la búsqueda de placer.

Dentro del modelo de Prevención de Recaídas desarrollado por Marlatt (2005), el concepto de situaciones de riesgo ocupa un lugar central para comprender el mantenimiento del consumo problemático. Estas situaciones refieren a contextos internos o externos que incrementan la probabilidad de volver a consumir una sustancia, particularmente cuando la persona no dispone de estrategias de afrontamiento eficaces. Marlatt (1996) propone una clasificación de dichas situaciones que incluye, entre otras, los estados emocionales negativos como ansiedad, tristeza o frustración, los conflictos interpersonales y la presión social asociada al consumo, así como ciertos estados emocionales positivos vinculados a celebraciones o a una percepción de exceso de confianza respecto del control sobre la sustancia. Desde esta perspectiva, la recaída no se entiende como un evento aislado, sino como el resultado de la interacción entre estos contextos de riesgo, las respuestas cognitivas y emocionales del individuo y sus recursos de autorregulación (Marlatt y Donovan, 2005; Larimer, Palmer y Marlatt, 1999). En el marco de la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP), la identificación temprana de estas situaciones se vuelve un aspecto fundamental del proceso terapéutico, ya que el entrenamiento en atención plena permite desarrollar una mayor conciencia de los disparadores internos y externos del consumo, facilitando una respuesta más deliberada frente al craving y reduciendo la probabilidad de recaída (Bowen, Chawla y Marlatt,

2011).

En este marco, el craving, entendido como “deseo intenso” o “ansia de consumo”, representa uno de los núcleos psicológicos, cognitivos y conductuales del fenómeno adictivo. Se trata de una experiencia subjetiva caracterizada por la aparición de pensamientos, emociones y sensaciones corporales asociadas al impulso de consumir. El craving no sólo involucra la urgencia por la sustancia, sino también una dimensión cognitiva (anticipación del placer o alivio), afectiva (malestar, ansiedad, frustración) y fisiológica (activación corporal) (Sayette, 2016; Tiffany y Wray, 2012). Según Bowen, Chawla y Marlatt (2011), el craving surge frecuentemente en respuesta a disparadores internos o externos -emociones negativas, estrés, recuerdos o contextos asociados al consumo- y puede funcionar como un predictor directo de recaídas. Desde el modelo de Prevención de Recaídas, el craving se entiende como un evento de riesgo dentro del proceso de recuperación, siendo clave su identificación temprana y el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas.

En la propuesta de Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), el craving deja de concebirse como un enemigo a eliminar y pasa a ser observado desde una actitud de conciencia plena y aceptación. A través de prácticas como el Urge Surfing, una técnica que invita al paciente a observar el craving como una ola que aparece, crece y finalmente se disuelve, sin necesidad de resistir ni ceder ante ella. Esta práctica favorece el desapego del impulso y el reconocimiento de que toda sensación es transitoria. Otro elemento clave es el SOBER Space, una herramienta de autorregulación que propone detenerse, observar, respirar y responder conscientemente ante una situación de riesgo. Estas prácticas promueven una relación distinta con el craving, basada en la conciencia y la autocompasión, y no en la lucha o la evitación. Desde una mirada clínica, la MBRP se fundamenta en tres procesos centrales: en primer lugar, la conciencia plena del momento presente, que permite detectar de manera temprana los desencadenantes internos del consumo. En segunda instancia, la aceptación y autocompasión, como recursos para disminuir la autocrítica y la Evitación Experiencial (EE). En tercer lugar, la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de actuar de manera coherente con los valores personales aun en presencia de malestar. A diferencia de los modelos tradicionales centrados exclusivamente en la abstinencia, la MBRP entiende la recaída como una oportunidad para aprender del proceso, reforzar recursos y reencuadrar los lapsos desde una mirada no punitiva. Este cambio de enfoque resulta especialmente relevante en contextos donde el estigma y la culpa han obstaculizado históricamente los procesos de recuperación.

En el campo de la salud mental y de los tratamientos para el consumo problemático de sustancias, el concepto de adherencia al tratamiento refiere al grado en que la conducta de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas con los profesionales de salud. Según la Organización Mundial de la Salud, la adherencia implica la participación activa del paciente en las indicaciones terapéuticas propuestas, incluyendo la asistencia a las consultas, el seguimiento de las intervenciones psicoterapéuticas y el cumplimiento de las

prescripciones médicas (WHO, 2003). En la actualidad, el término adherencia ha reemplazado progresivamente a nociones anteriores como “cumplimiento”, ya que pone el acento en la dimensión colaborativa del proceso terapéutico. Desde esta perspectiva, el tratamiento no se entiende como una serie de indicaciones unidireccionales por parte del profesional, sino como un proceso que requiere la implicación y el compromiso del paciente con las estrategias acordadas (DiMatteo, 2004).

En el caso de los trastornos por consumo de sustancias, la adherencia constituye un factor central para la eficacia del tratamiento. Diversos estudios han señalado que la continuidad en la participación terapéutica, la asistencia regular a las sesiones y el seguimiento de las recomendaciones clínicas se asocian con mejores resultados en términos de reducción del consumo y prevención de recaídas (Carroll y Onken, 2005). En este contexto, la adherencia no se limita únicamente al cumplimiento de indicaciones farmacológicas, cuando estas forman parte del tratamiento, sino que incluye también el compromiso con las estrategias psicoterapéuticas orientadas a modificar los patrones de consumo.

Dentro de los programas de Prevención de Recaídas y de intervenciones basadas en mindfulness, la adherencia adquiere una dimensión particular. Además de la participación en las sesiones terapéuticas, el tratamiento suele implicar la práctica regular de ejercicios de atención plena y la incorporación de herramientas de autorregulación en la vida cotidiana. En este sentido, la frecuencia y regularidad de la práctica diaria de mindfulness constituye un componente relevante del proceso terapéutico, ya que permite fortalecer habilidades como la conciencia del momento presente, la regulación emocional y la capacidad de responder de manera menos automática frente al impulso de consumir (Bowen, Chawla y Marlatt, 2011). De este modo, la adherencia puede entenderse no sólo como la continuidad en el tratamiento, sino también como el grado en que las personas logran integrar en su vida cotidiana las estrategias terapéuticas propuestas, lo cual resulta especialmente relevante en el abordaje del consumo problemático de sustancias, donde la prevención de recaídas depende en gran medida de la capacidad del sujeto para aplicar dichas herramientas en contextos de riesgo.

La adherencia a los tratamientos en el campo de las adicciones constituye un fenómeno complejo que se encuentra influido por múltiples factores de naturaleza individual, interpersonal y contextual. Diversos autores han señalado que la continuidad en el tratamiento no depende exclusivamente de la voluntad del paciente, sino que se construye a partir de la interacción entre características personales, variables del proceso terapéutico y condiciones del entorno en el que el tratamiento se desarrolla (World Health Organization, 2003; DiMatteo, 2004).

Uno de los factores que ha sido ampliamente señalado en la literatura es la motivación para el cambio. En el campo de las adicciones, la disposición del individuo a modificar su conducta de consumo se considera un elemento central para sostener el compromiso con el tratamiento. Según Prochaska y DiClemente (1983), los procesos de cambio en las conductas adictivas atraviesan distintas etapas, como ser la precontemplación, contemplación,

preparación, acción y mantenimiento, el grado de motivación del individuo influye directamente en su participación activa en las intervenciones terapéuticas. En este sentido, los pacientes que se encuentran en etapas más avanzadas del proceso de cambio tienden a mostrar mayores niveles de adherencia, mientras que aquellos que presentan ambivalencia frente al abandono del consumo pueden experimentar mayores dificultades para sostener las estrategias propuestas. Otro aspecto relevante es la percepción de eficacia del tratamiento. Diversos estudios han señalado que cuando las personas perciben que las intervenciones terapéuticas generan cambios significativos en su bienestar o en su capacidad para manejar el consumo, es más probable que mantengan su participación en el proceso terapéutico (Carroll y Onken, 2005). Por el contrario, cuando los pacientes no logran identificar beneficios concretos del tratamiento, pueden disminuir su compromiso con las actividades propuestas o abandonar el proceso terapéutico de manera temprana. La relación terapéutica constituye también un factor central en la adherencia al tratamiento. La calidad del vínculo entre el paciente y el profesional de salud ha sido asociada con una mayor participación en el proceso terapéutico, así como con mejores resultados clínicos en diferentes modalidades de intervención (DiMatteo, 2004). En el contexto del tratamiento de las adicciones, un vínculo terapéutico basado en la confianza, la empatía y la colaboración puede facilitar que el paciente se involucre activamente en el proceso de cambio, favoreciendo la continuidad en el tratamiento. Asimismo, el apoyo social disponible en el entorno del individuo puede desempeñar un papel significativo en la adherencia. La presencia de redes de apoyo como familiares, amigos o grupos terapéuticos puede contribuir a sostener la motivación para el cambio y ofrecer recursos emocionales frente a las dificultades que suelen aparecer durante el proceso de recuperación (WHO, 2003). Por el contrario, contextos sociales en los que el consumo se encuentra normalizado o en los que predominan situaciones de conflicto interpersonal pueden dificultar la continuidad del tratamiento. Por último, en el caso de las intervenciones basadas en mindfulness, la adherencia también se relaciona con el compromiso con las prácticas propuestas y con la posibilidad de integrarlas en la vida cotidiana. Programas como la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) requieren no sólo la participación en las sesiones terapéuticas, sino también la práctica regular de ejercicios de atención plena y la aplicación de herramientas de autorregulación frente a situaciones de riesgo. Bowen, Chawla y Marlatt (2011) señalan que el desarrollo de estas habilidades requiere un proceso gradual de aprendizaje y práctica, por lo que la continuidad en el entrenamiento constituye un aspecto relevante para fortalecer la conciencia de los disparadores del consumo y promover respuestas más reguladas frente al craving. En conjunto, estos factores ponen de manifiesto que la adherencia al tratamiento en el campo de las adicciones debe entenderse como un proceso dinámico, en el que intervienen tanto variables personales como aspectos relacionales y contextuales. Analizar la manera en que los participantes se vinculan con las estrategias terapéuticas propuestas permite comprender con mayor profundidad los elementos que favorecen o dificultan la continuidad del proceso

terapéutico.

A partir de lo expuesto, puede observarse que tanto el modelo de Prevención de Recaídas como las intervenciones basadas en Mindfulness destacan la importancia de desarrollar estrategias que permitan a las personas reconocer y afrontar las situaciones de riesgo asociadas al consumo problemático de sustancias. En este marco, la adherencia al tratamiento y el compromiso con las estrategias terapéuticas propuestas como la participación en las instancias terapéuticas, el seguimiento de indicaciones médicas y la incorporación de prácticas de autorregulación como el mindfulness, constituyen aspectos centrales del proceso de recuperación. No obstante, resulta relevante analizar en qué medida estas estrategias son efectivamente utilizadas por las personas en tratamiento y cómo se relacionan con la prevención de recaídas. En este sentido, el presente estudio se propone examinar estas variables en adultos en tratamiento por consumo problemático de sustancias en dispositivos terapéuticos privados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a partir de la administración de un cuestionario que permita relevar el nivel de adherencia al tratamiento, el uso de estrategias basadas en mindfulness y su relación con la prevención de recaídas.

Objetivos

Objetivo General

Analizar la relación entre la práctica de mindfulness y variables asociadas a la prevención de recaídas, tales como el craving, el afrontamiento de situaciones de riesgo y la adherencia al tratamiento, en adultos con consumo problemático de sustancias que asisten a dispositivos privados en CABA.

Objetivos Específicos

1. Evaluar la relación entre la práctica de mindfulness y el control del craving.
2. Analizar la relación entre la práctica de mindfulness y el reconocimiento y afrontamiento de situaciones de riesgo asociadas al consumo.
3. Examinar la relación entre la práctica de mindfulness y la adherencia al programa, considerando la asistencia a las sesiones y el compromiso con las estrategias terapéuticas propuestas.

Hipótesis de investigación

Se plantea como hipótesis general que la práctica de mindfulness, entendida como

la capacidad de atención plena y consciente al momento presente, se asocia con un mejor desempeño en las variables vinculadas a la prevención de recaídas en adultos con consumo problemático de sustancias. A partir de esta hipótesis general se derivan las siguientes hipótesis específicas:

En primer lugar, se espera que mayores niveles de mindfulness disposicional se asocien con una menor intensidad y frecuencia del craving, en tanto que la atención plena favorecería una mayor conciencia y regulación de los estados internos vinculados al deseo de consumo.

En segunda instancia, se supone que mayores niveles de mindfulness se relacionan con un mejor afrontamiento de las situaciones de riesgo, expresado en una menor presencia de señales de alerta de recaída, dado que la práctica de atención plena permitiría reconocer de manera más temprana los desencadenantes internos y externos asociados al consumo.

En tercer lugar, se espera que mayores niveles de mindfulness se vinculen con una mayor adherencia al tratamiento, considerando que la atención plena podría favorecer el compromiso con el proceso terapéutico y la incorporación de estrategias de autorregulación en la vida cotidiana.

Metodología

Tipo de investigación y diseño metodológico

La presente investigación se enmarca en un enfoque cuantitativo, ya que busca medir y analizar la relación entre distintas variables, en lugar de centrarse en las experiencias subjetivas de los participantes (Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista, 2014). Se trata de un estudio no experimental, porque no se manipulan las variables, sino que se observan tal como se presentan en la realidad. El diseño es transversal, dado que los datos se recolectan en un único momento. Asimismo, es un estudio correlacional, ya que tiene como objetivo analizar la relación entre la práctica de mindfulness y variables vinculadas a la prevención de recaídas, como el craving, el afrontamiento de situaciones de riesgo y la adherencia al tratamiento. Para la recolección de datos se utilizaron encuestas estructuradas, que permitieron obtener información cuantificable para su posterior análisis.

Unidad de análisis y población

La unidad de análisis estuvo constituida por adultos en tratamiento por consumo problemático de sustancias, que asisten a dispositivos privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que incluyen prácticas de mindfulness en su abordaje terapéutico. La muestra estuvo compuesta por 20 participantes, seleccionados mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, en función de su participación en tratamientos que

incorporan mindfulness. Como criterio de inclusión, se consideró que los participantes se encontraran actualmente en tratamiento y que hubieran tenido contacto con prácticas de mindfulness dentro del mismo. Debido al tamaño reducido de la muestra, los resultados no son generalizables, pero permiten establecer asociaciones preliminares entre las variables estudiadas.

Fuentes de información

Las fuentes de información de la presente investigación estuvieron constituidas por los datos obtenidos a través de encuestas estructuradas administradas a 20 adultos en tratamiento por consumo problemático de sustancias en dispositivos privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que incluyen prácticas de mindfulness en su abordaje terapéutico.

Las encuestas fueron de carácter anónimo y autoadministrado, y permitieron relevar información sobre la práctica de mindfulness, el control del craving, el afrontamiento de situaciones de riesgo y la adherencia al tratamiento. Los datos obtenidos a través de las encuestas fueron organizados en una tabla para su posterior análisis, constituyendo la base principal del estudio.

Técnicas e instrumentos

La técnica de recolección de datos fue la encuesta estructurada, autoadministrada a los participantes. El instrumento estuvo compuesto por un conjunto de escalas e ítems organizados en función de las variables del estudio: práctica de mindfulness, craving, afrontamiento de situaciones de riesgo y adherencia al tratamiento.

Para la medición del nivel de mindfulness disposicional se utilizaron cinco ítems seleccionados de la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), desarrollada originalmente por Brown y Ryan (2003), la cual evalúa el nivel de atención y conciencia en la vida cotidiana. Se empleó la versión traducida al castellano y validada en población argentina por García y Murrone (2011), quienes obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas en una muestra local (Alfa de Cronbach = .84). Los ítems seleccionados corresponden a aquellos con mayor peso factorial en dicho estudio, priorizando los que mejor representan el constructo de atención plena disposicional en la vida cotidiana. Los ítems se responden en una escala Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre). Dado que los ítems miden negativamente el constructo, los puntajes fueron invertidos previo al análisis, de modo que valores más altos reflejan mayor nivel de mindfulness.

El craving fue evaluado mediante cuatro de los cinco ítems de la Penn Alcohol Craving Scale (PACS), desarrollada por Flannery, Volpicelli y Pettinati (1999), que permite medir la frecuencia, intensidad, duración y dificultad para resistir el deseo de consumo. Se excluyó el ítem referido al deseo de consumo en el momento de la evaluación por considerarse potencialmente intrusivo para la población estudiada. Dado que la muestra incluye personas con consumo problemático de distintas sustancias, se reemplazó la referencia específica al

alcohol por el término “sustancias”, siguiendo el criterio de otros estudios que adaptan la escala a poblaciones con policonsumo. Los ítems se responden en una escala de 0 (nada) a 6 (mucho).

Para el abordaje de las situaciones de riesgo de recaída se utilizaron seis ítems adaptados de la escala AWARE (Advance Warning of Relapse; Miller y Harris, 2000), orientada a identificar señales tempranas asociadas al riesgo de recaída. Dado que no se identificaron versiones validadas al español de dicha escala, se seleccionaron y adaptaron ítems representativos de la versión original en inglés, priorizando las áreas de mayor relevancia clínica para la población estudiada: emocional, cognitiva, conductual y física. Los ítems se responden en una escala Likert de 1 (nada) a 5 (mucho).

Por último, la adherencia al tratamiento fue evaluada a través de seis ítems de elaboración propia, dado que no se identificó una escala validada que midiera simultáneamente las dimensiones de adherencia relevantes para este estudio. Los ítems abordan tres dimensiones: asistencia regular a las sesiones, compromiso con las estrategias terapéuticas y frecuencia de práctica de mindfulness fuera del espacio terapéutico. Los ítems se responden en una escala Likert de 1 (nunca) a 5 (siempre).

Procedimiento

En una primera etapa se estableció contacto con dispositivos terapéuticos privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que implementan prácticas de mindfulness en el tratamiento del consumo problemático de sustancias, con el fin de solicitar autorización para la realización del estudio. Una vez obtenidas las autorizaciones, se procedió a la selección de los participantes de acuerdo con los criterios de inclusión establecidos. A cada participante se le explicaron los objetivos de la investigación a través del consentimiento informado incluido al inicio de la encuesta, garantizando la participación voluntaria, anónima y confidencial. Posteriormente, se administraron las encuestas de manera autoadministrada en formato digital, según la disponibilidad de los participantes.

Los datos obtenidos fueron organizados en una planilla de cálculo y procesados mediante el software estadístico Jamovi. En primer lugar, se calcularon los puntajes totales de cada escala por participante, procediendo previamente a la inversión de los ítems de la MAAS. A continuación, se realizó un análisis descriptivo de las variables, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión. Finalmente, se calcularon correlaciones de Spearman entre los puntajes de mindfulness y cada una de las variables dependientes: craving, señales de alerta de recaída y adherencia al tratamiento. Este coeficiente fue seleccionado por su adecuación a muestras pequeñas y a datos de escala ordinal. Los resultados se presentaron de manera organizada para facilitar su comprensión e interpretación. Adicionalmente, se realizaron análisis exploratorios para identificar posibles diferencias por género (mediante la prueba U de Mann-Whitney, adecuada para muestras pequeñas) y para examinar la relación entre las variables del estudio y la edad de los participantes.

Aspectos éticos

La investigación respetó los principios éticos del ejercicio profesional del psicólogo (Ley 23.277 y Código de Ética de FEPPRA), así como las disposiciones de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. La participación fue voluntaria, confidencial y anónima, y los participantes pudieron retirarse en cualquier momento sin consecuencias para su tratamiento.

El consentimiento informado fue presentado al inicio de la encuesta digital, explicando los objetivos del estudio y el uso de los datos con fines exclusivamente académicos. Asimismo, se resguardó la confidencialidad de la información obtenida.

Análisis del material y resultados

A continuación se presenta el análisis del material y los resultados obtenidos a partir de los datos recolectados mediante las encuestas. El procesamiento estadístico se realizó con el software Jamovi (versión 2.7). Se calcularon estadísticos descriptivos (medias, desviaciones estándar, mínimos y máximos), la consistencia interna de cada escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach, y correlaciones de Spearman entre las variables del estudio. Asimismo, como análisis exploratorios complementarios, se compararon los puntajes según género mediante la prueba U de Mann-Whitney y se analizó la relación de las variables con la edad de los participantes.

Características de la muestra

La muestra estuvo conformada por 20 participantes en tratamiento por consumo problemático de sustancias, en dispositivos terapéuticos privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La edad de los participantes osciló entre los 25 y los 64 años, con una media de 45,75 años (DE = 12,50), evidenciando una muestra mayormente compuesta por adultos de mediana edad. Respecto al género, 14 participantes se identificaron como varones (70%) y 6 como mujeres (30%), reflejando una distribución habitual en poblaciones clínicas con consumo problemático de sustancias. El tiempo en tratamiento referido fue heterogéneo, variando entre 6 meses y 28 años, lo cual da cuenta de la diversidad de trayectorias terapéuticas de los participantes. Un participante no respondió uno de los ítems de la escala de Mindfulness, por lo que su puntaje total no pudo ser computado. En consecuencia, los análisis que involucran la variable Mindfulness se realizaron sobre $n=19$, mientras que las restantes variables se analizaron sobre $n=20$.

Confiabilidad de los instrumentos

Se calculó la consistencia interna de cada escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados obtenidos fueron adecuados para la escala de Mindfulness ($\alpha = 0,88$), Craving ($\alpha = 0,93$) y Adherencia al tratamiento ($\alpha = 0,86$), valores que sugieren una confiabilidad satisfactoria. La escala adaptada de Señales de alerta de recaída mostró un valor más bajo aunque aceptable ($\alpha = 0,67$), lo cual podría estar asociado a la heterogeneidad de las áreas que evalúa (emocional, cognitiva, conductual y física) y al carácter adaptado del instrumento.

Análisis descriptivo de las variables

En la Tabla 1 se presentan los estadísticos descriptivos correspondientes a cada una de las variables estudiadas.

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de las variables del estudio

Variable	N	Media	DE	Mín.	Máx.
Mindfulness	19	16,84	5,03	5	23
Craving	20	4,10	5,34	0	20
Señales de alerta de recaída	20	11,00	3,95	6	20
Adherencia al tratamiento	20	19,40	6,88	8	30

Los participantes mostraron en promedio un nivel medio de mindfulness disposicional, considerando que el puntaje máximo posible es de 25 puntos. Los valores de craving fueron en general bajos (media = 4,10 sobre un máximo de 24), lo cual resulta esperable considerando que se trata de una población en tratamiento activo. Las señales de alerta de recaída mostraron una media moderada (11 sobre un máximo de 30), mientras que la adherencia al tratamiento presentó valores medios-altos (19,40 sobre un máximo de 30).

Análisis por ítem

En la escala de Mindfulness, una vez invertidos los puntajes, los ítems con medias más altas fueron "Hago trabajos y tareas automáticamente sin prestar atención" ($M= 3,75$) y "Puedo funcionar en piloto automático" ($M=3,45$). Dado que, luego de la inversión, los puntajes altos indican una menor frecuencia de funcionamiento automático, estos resultados señalan que se

trata de las dimensiones en las que los participantes reportan mayores niveles de atención plena en su vida cotidiana. El ítem con la media más baja fue “Me doy cuenta que hago cosas sin prestar atención” ($M = 3,00$), ubicado exactamente en el punto medio de la escala. En conjunto, las medias de los cinco ítems se distribuyeron entre 3,00 y 3,75 sobre un máximo de 5, lo cual resulta consistente con el puntaje total obtenido ($M = 16,84$ sobre un máximo de 25) y sugiere un nivel intermedio de mindfulness disposicional en la muestra.

En la escala de Craving, todos los ítems mostraron valores bajos (medias entre 0,65 y 1,20 sobre un máximo de 6), siendo el ítem referido a la dificultad para resistir el deseo de consumir el que obtuvo el promedio más bajo ($M = 0,65$). Esto coincide con la condición de los participantes, quienes se encuentran en proceso terapéutico.

En la escala de Señales de alerta de recaída, los ítems con mayor puntuación fueron los referidos a la irritabilidad y cambios de humor ($M = 1,95$) y a los pensamientos de poder manejar las cosas sin ayuda ($M = 2,15$), indicando que estas dos señales son las más frecuentes en la muestra.

En la escala de Adherencia al tratamiento, los ítems referidos a la asistencia y al involucramiento en el tratamiento obtuvieron las medias más altas (entre 3,40 y 3,70), mientras que los ítems vinculados a la práctica autónoma de mindfulness fuera de las sesiones mostraron valores más bajos ($M = 2,80$ y $M = 2,50$). Esto sugiere que si bien los participantes adhieren al tratamiento en términos formales, la incorporación de la práctica de mindfulness en la vida cotidiana resulta más limitada.

Análisis correlacional

Con el objetivo de evaluar la relación entre la práctica de mindfulness y las variables asociadas a la prevención de recaídas, se calcularon correlaciones de Spearman entre el puntaje total de mindfulness y los puntajes totales de craving, señales de alerta de recaída y adherencia al tratamiento. Este coeficiente fue seleccionado por su adecuación a muestras pequeñas y a datos de escala ordinal. Asimismo, se calcularon correlaciones entre las restantes variables del estudio. En la Tabla 2 se presentan los resultados.

Tabla 2

Matriz de correlaciones de Spearman entre las variables del estudio

Variable	rho	p
Mindfulness ↔ Craving	-0,061	0,805
Mindfulness ↔ Señales de alerta de recaída	-0,420	0,074

Mindfulness ↔ Adherencia al tratamiento	0,177	0,469
Craving ↔ Señales de alerta de recaída	0,260	0,268
Craving ↔ Adherencia al tratamiento	0,046	0,847
Señales de alerta ↔ Adherencia	0,125	0,599

Los resultados muestran que ninguna de las correlaciones entre las variables principales alcanzó significancia estadística ($p > 0,05$). La correlación entre mindfulness y craving resultó prácticamente nula ($\rho = -0,061$), no permitiendo establecer una asociación entre ambas variables. La correlación entre mindfulness y adherencia al tratamiento fue positiva pero débil ($\rho = 0,177$), tampoco alcanzando significancia estadística.

La correlación más fuerte entre mindfulness y las variables de prevención se observó con las señales de alerta de recaída ($\rho = -0,420$), aproximándose al umbral de significancia ($p = 0,074$) sin alcanzarlo. Si bien este resultado no permite afirmar la existencia de una relación significativa, sugiere una tendencia en la dirección esperada teóricamente: a mayores niveles de mindfulness disposicional, menores señales de alerta de recaída.

Respecto a las correlaciones entre las restantes variables, se observa una correlación positiva débil entre craving y señales de alerta de recaída ($\rho = 0,260$, $p = 0,268$), congruente con la asociación teóricamente esperada entre ambas variables como indicadores de riesgo, aunque sin alcanzar significancia. Las correlaciones entre adherencia y las restantes variables resultaron débiles y no significativas.

Relación con la edad

Se calcularon también correlaciones de Spearman entre la edad de los participantes y cada una de las variables del estudio. El resultado más relevante fue la correlación entre edad y mindfulness, que fue positiva, fuerte y estadísticamente significativa ($\rho = 0,777$, $p < 0,001$). Esto indica que en la muestra estudiada los participantes de mayor edad presentaron niveles más altos de mindfulness disposicional. Las correlaciones de edad con craving ($\rho = -0,110$, $p = 0,645$), señales de alerta ($\rho = -0,108$, $p = 0,649$) y adherencia ($\rho = 0,161$, $p = 0,497$) resultaron débiles y no significativas.

Diferencias por género

Se compararon los puntajes de las cuatro variables entre varones ($n = 14$) y mujeres ($n = 6$) mediante la prueba U de Mann-Whitney. En la Tabla 3 se presentan los resultados.

Tabla 3

Comparación de variables según género

Variable	Varones M (DE)	Mujeres M (DE)	U	p
Mindfulness	15,38 (5,38)	20,00 (2,00)	19,00	0,086
Craving	4,79 (6,00)	2,50 (3,21)	51,00	0,468
Señales de alerta	11,21 (4,61)	10,50 (1,87)	41,50	1,000
Adherencia	18,71 (7,06)	21,00 (6,75)	35,00	0,591

Nota. Un participante no completó la escala de Mindfulness, por lo que esa fila se calculó con 13 varones y 6 mujeres. Las filas de Craving, Señales de alerta y Adherencia se calcularon con 14 varones y 6 mujeres.

Las mujeres presentaron puntajes promedio más altos de mindfulness disposicional ($M = 20,00$; $DE = 2,00$) en comparación con los varones ($M = 15,38$; $DE = 5,38$), diferencia que se aproximó a la significancia estadística ($p = 0,086$) sin alcanzarla. En las restantes variables no se observaron diferencias relevantes entre géneros.

Síntesis de los resultados

En síntesis, los resultados obtenidos no permiten confirmar de manera estadísticamente significativa las hipótesis planteadas sobre la asociación entre la práctica de mindfulness y las variables de prevención de recaídas. No obstante, se observa una tendencia consistente con el marco teórico: a mayor mindfulness, menores señales de alerta de recaída ($\rho = -0,420$, $p = 0,074$), correlación que se aproxima al umbral de significancia.

Adicionalmente, se identificaron dos hallazgos relevantes que no formaban parte de las hipótesis iniciales: una correlación fuerte y significativa entre edad y mindfulness disposicional ($\rho = 0,777$, $p < 0,001$), y una tendencia a mayores niveles de mindfulness en mujeres respecto a varones ($p = 0,086$). Estos hallazgos serán retomados en la sección de discusión, junto con las limitaciones del estudio, particularmente las derivadas del tamaño reducido de la muestra.

Discusión

El presente trabajo tuvo como objetivo explorar la relación entre la práctica de mindfulness y variables asociadas a la prevención de recaídas como ser el craving, afrontamiento de situaciones de riesgo y adherencia al tratamiento en adultos con consumo problemático de sustancias que asisten a dispositivos terapéuticos privados de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A continuación se discuten los principales hallazgos a la luz del marco teórico expuesto,

integrando los aportes de los autores referenciados y considerando las particularidades del contexto local de aplicación.

Sobre las hipótesis principales del estudio

Los resultados obtenidos no permiten confirmar de manera estadísticamente significativa las hipótesis planteadas. Ninguna de las correlaciones entre mindfulness y las variables de prevención de recaídas alcanzó el umbral convencional de significancia ($p < 0,05$). Este hallazgo, lejos de invalidar el modelo teórico, requiere ser interpretado con cautela considerando las características del estudio, particularmente el tamaño reducido de la muestra y las particularidades de la población clínica evaluada.

No obstante, la correlación negativa moderada observada entre mindfulness y señales de alerta de recaída ($\rho = -0,420$, $p = 0,074$) se aproxima al umbral de significancia y resulta consistente con la dirección teóricamente esperada. Este resultado sugiere una tendencia que merece ser destacada: los participantes con mayores niveles de mindfulness disposicional tienden a presentar menores señales tempranas de alerta de recaída. Esta tendencia es coherente con los planteos de Bowen, Chawla y Marlatt (2011), quienes sostienen que la atención plena permite reconocer de manera temprana los desencadenantes internos del consumo, favoreciendo respuestas más conscientes y menos automáticas ante situaciones de riesgo. Asimismo, los aportes de Witkiewitz, Marlatt y Walker (2005) acerca del Programa de Prevención de Recaídas Basado en Mindfulness (MBRP) refuerzan la idea de que la práctica meditativa puede actuar interrumpiendo el ciclo automático de respuesta ante estímulos asociados al consumo. Más recientemente, Singtakaew y Chaimongkol (2025), en un ensayo controlado aleatorizado con varones en tratamiento por consumo problemático, encontraron que la intervención basada en mindfulness redujo significativamente las señales tempranas de recaída en comparación con el grupo control, lo cual respalda empíricamente la tendencia observada en el presente estudio.

La ausencia de relación significativa entre mindfulness y craving ($\rho = -0,061$) resulta llamativa, considerando que la literatura suele señalar la práctica meditativa como un recurso para la regulación del deseo de consumo. Una posible explicación es que, en la muestra estudiada, los valores promedio de craving fueron sustantivamente bajos ($M = 4,10$ sobre un máximo de 24), lo que reduce la variabilidad necesaria para detectar correlaciones. En otras palabras, al tratarse de participantes en tratamiento activo, el craving aparece como una experiencia poco frecuente o de baja intensidad, lo cual constituye una limitación metodológica vinculada a las características de la muestra y no necesariamente a la inexistencia del fenómeno teórico. Este fenómeno, denominado en términos estadísticos efecto de piso, suele dificultar la detección de asociaciones en poblaciones que ya muestran bajos niveles en una variable. La revisión sistemática realizada por Ramadas y colaboradores (2021), citada en el trabajo de Ubalde (2025), señala efectos pequeños pero significativos del MBRP sobre el

craving, los cuales podrían no manifestarse en muestras pequeñas con baja variabilidad en esta variable.

En cuanto a la relación entre mindfulness y adherencia al tratamiento ($\rho = 0,177$, $p = 0,469$), la correlación positiva débil obtenida sugiere la existencia de una tendencia en la dirección esperada, aunque sin sustento estadístico suficiente. El análisis por ítem aporta información relevante en este punto: si bien los participantes mostraron altos niveles de asistencia y compromiso con las actividades formales del tratamiento, los ítems referidos a la práctica autónoma de mindfulness fuera del espacio terapéutico obtuvieron los puntajes más bajos. Esto sugiere que la adherencia entendida en sentido amplio —que incluye la incorporación de la práctica en la vida cotidiana, tal como plantean Bowen, Chawla y Marlatt (2011)— constituye un aspecto del proceso terapéutico que requiere mayor desarrollo en el contexto estudiado. Este patrón es especialmente relevante para la práctica clínica, ya que la efectividad del MBRP depende en gran medida de la apropiación cotidiana de las prácticas por parte de los pacientes, y no únicamente de su exposición durante las sesiones terapéuticas.

Mindfulness y edad: un hallazgo a destacar

Uno de los hallazgos más relevantes del presente estudio es la correlación positiva fuerte y estadísticamente significativa entre la edad de los participantes y su nivel de mindfulness disposicional ($\rho = 0,777$, $p < 0,001$). Si bien este hallazgo no formaba parte de las hipótesis iniciales, resulta congruente con investigaciones previas que han señalado un aumento del mindfulness disposicional a lo largo del ciclo vital. Este patrón ha sido descrito por diversos autores en términos de una maduración de la capacidad de atención plena, vinculada al desarrollo de la conciencia reflexiva y a la incorporación progresiva de recursos de autorregulación emocional con el paso del tiempo. La investigación argentina pionera de García y Murrone (2011) ya había identificado en su validación de la MAAS una correlación inversa, aunque débil, entre edad y mindfulness, en una muestra de población general. Los resultados del presente estudio, en una población clínica específica, sugieren una asociación de signo opuesto y de mayor magnitud, lo cual abre interrogantes interesantes.

En el contexto específico de los trastornos por consumo de sustancias, este hallazgo abre interrogantes sustantivos. La mayor disposición al mindfulness en participantes de mayor edad podría estar asociada tanto a procesos madurativos generales como a trayectorias más prolongadas en tratamiento, donde se habría incorporado de manera más consistente la práctica reflexiva sobre la propia experiencia. La amplitud del rango de tiempo en tratamiento de la muestra (6 meses a 28 años) respalda esta segunda hipótesis: es probable que los participantes con trayectorias terapéuticas extensas hayan desarrollado, a lo largo del tiempo, una mayor capacidad de observar su propia experiencia sin reactividad, lo cual constituye el núcleo del mindfulness disposicional según Brown y Ryan (2003). Sin embargo, dado el carácter transversal del estudio, no es posible diferenciar entre los efectos del desarrollo

evolutivo y los efectos del tiempo en tratamiento, lo cual constituye una línea de indagación a profundizar en futuras investigaciones que incorporen diseños longitudinales o que controlen estadísticamente esta variable.

Adicionalmente, se observó una tendencia a mayores niveles de mindfulness en mujeres respecto a varones ($M = 20,00$ vs. $M = 15,38$), diferencia que se aproximó a la significancia estadística ($p = 0,086$). Aunque este resultado debe interpretarse con cautela debido al tamaño desigual de los subgrupos (14 varones y 6 mujeres), abre interrogantes sobre posibles diferencias de género en la disposición a la atención plena dentro de poblaciones clínicas con consumo problemático de sustancias. La literatura sobre diferencias de género en mindfulness no es concluyente: algunos estudios sugieren mayores niveles en mujeres, mientras que otros no encuentran diferencias significativas. Investigaciones futuras con muestras más amplias y equilibradas podrían profundizar este hallazgo y explorar posibles factores explicativos, como diferencias en estilos de afrontamiento, en patrones de socialización o en la búsqueda de tratamiento.

La paradoja de la adherencia formal y la práctica autónoma

Un patrón particularmente interesante que emerge del análisis por ítem es el contraste entre los altos niveles de adherencia formal al tratamiento (asistencia a sesiones, compromiso con las actividades propuestas) y los bajos niveles de práctica autónoma de mindfulness fuera del espacio terapéutico. Mientras los ítems referidos a la asistencia y al involucramiento institucional obtuvieron medias entre 3,40 y 3,70 sobre 5, los ítems vinculados a la práctica del mindfulness por cuenta propia obtuvieron medias de 2,80 y 2,50. Esta diferencia, lejos de ser meramente cuantitativa, revela una tensión clínicamente relevante: los participantes adhieren al dispositivo terapéutico pero encuentran dificultades para incorporar las herramientas trabajadas en su vida cotidiana.

Esta observación resuena con los aportes de Bowen, Chawla y Marlatt (2011), quienes enfatizan que la efectividad del MBRP depende crucialmente de la transferencia de las prácticas al ámbito cotidiano del paciente. El modelo MBRP no se limita a ofrecer un entrenamiento en mindfulness durante las sesiones grupales, sino que requiere que las prácticas se conviertan en un recurso disponible en los momentos de riesgo, particularmente cuando aparecen desencadenantes asociados al consumo. La paradoja observada en la muestra estudiada —alta adherencia formal pero baja apropiación autónoma— plantea un desafío clínico importante: ¿cómo favorecer que las prácticas trabajadas en el dispositivo terapéutico se conviertan en recursos efectivamente disponibles en la vida cotidiana de los pacientes? Esta pregunta excede los alcances del presente estudio pero constituye una línea de indagación e intervención clínica de máxima relevancia.

Aporte al campo de la psicología clínica de las adicciones en Argentina

El presente estudio se inscribe en un campo de investigación incipiente en el contexto argentino. Como señala Ubalde (2025) en su revisión teórica reciente, las intervenciones basadas en mindfulness aplicadas al tratamiento del consumo problemático de sustancias han recibido un creciente desarrollo internacional, pero la producción empírica local sobre el MBRP es aún escasa. La mayoría de los estudios disponibles provienen de contextos anglosajones, lo que plantea interrogantes acerca de la adaptabilidad de estos modelos a las particularidades clínicas, culturales y socioeconómicas de la población argentina.

En este sentido, el aporte del presente trabajo es modesto pero significativo. Por un lado, constituye uno de los pocos estudios empíricos realizados en Argentina sobre la relación entre mindfulness y prevención de recaídas en una población clínica con consumo problemático de sustancias. Por otro lado, abre un camino metodológico para investigaciones posteriores, al haber adaptado y aplicado un conjunto de instrumentos pertinentes al constructo estudiado, incluyendo la utilización de la versión validada al castellano de la MAAS (García y Murrone, 2011), de la PACS y de una versión adaptada de la AWARE.

Adicionalmente, el estudio aporta evidencia preliminar sobre los niveles promedio de mindfulness, craving, señales de alerta y adherencia en una muestra clínica argentina. Estos valores pueden servir como puntos de comparación para futuras investigaciones en el contexto local, y pueden contribuir al diseño de intervenciones más adaptadas a las características de la población. La evidencia generada, aunque limitada en su alcance, contribuye a sentar las bases para una agenda de investigación que articule los desarrollos internacionales sobre mindfulness y prevención de recaídas con las realidades específicas del campo clínico argentino.

Es importante destacar que este tipo de investigaciones tienen relevancia no solo académica sino también clínica. En un contexto sanitario donde las adicciones representan uno de los principales desafíos de salud mental —según el estudio epidemiológico de Stagnaro y colaboradores (2018) citado por Ubalde (2025), los trastornos por consumo de sustancias ocupan el segundo lugar en prevalencia de vida en Argentina—, contar con evidencia local sobre la efectividad de enfoques terapéuticos contemporáneos como el MBRP resulta crucial para fundamentar decisiones de implementación clínica y de políticas públicas en el área.

Sobre la confiabilidad de los instrumentos

Los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos para las escalas de Mindfulness ($\alpha = 0,88$), Craving ($\alpha = 0,93$) y Adherencia al tratamiento ($\alpha = 0,86$) muestran una consistencia interna satisfactoria, lo cual respalda el uso de estos instrumentos en la población estudiada. El valor obtenido para la escala de Mindfulness es consistente con los reportados por García y Murrone (2011) en su validación argentina de la MAAS ($\alpha = 0,84$), lo cual refuerza la idoneidad

de la versión utilizada y aporta evidencia adicional sobre la estabilidad psicométrica del instrumento en el contexto local.

La escala adaptada de Señales de alerta de recaída obtuvo un valor más bajo aunque aceptable ($\alpha = 0,67$). Esta menor consistencia interna puede atribuirse a dos factores. Por un lado, al carácter heterogéneo de los ítems, que abordan dimensiones diversas (emocional, cognitiva, conductual y física) y por lo tanto no necesariamente se comportan de manera homogénea estadísticamente. Por otro lado, al carácter adaptado del instrumento, dado que no se identificó una versión validada al español de la escala AWARE de Miller y Harris (2000). Este aspecto debería ser considerado en futuros estudios, ya sea mediante una validación específica de la versión adaptada o mediante la incorporación de otros instrumentos validados para la evaluación de situaciones de riesgo de consumo.

Limitaciones del estudio

El presente trabajo presenta diversas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar sus resultados. En primera instancia, el tamaño reducido de la muestra ($N = 20$) limita significativamente la potencia estadística para detectar correlaciones de magnitud moderada o pequeña. Es probable que algunas de las tendencias observadas, particularmente la correlación entre mindfulness y señales de alerta de recaída, alcanzaran significancia estadística en estudios con muestras de mayor tamaño. Esta limitación se vincula con las características propias de las tesinas de grado, donde el acceso a poblaciones clínicas resulta acotado.

En segundo lugar, el diseño no experimental y transversal del estudio no permite establecer relaciones causales entre las variables. Si bien se han observado tendencias compatibles con el marco teórico, no es posible afirmar que el mindfulness genera cambios en las variables de prevención de recaídas, sino únicamente que ambas covarían en cierta medida en la muestra estudiada.

En tercera instancia, el uso de versiones adaptadas de algunos instrumentos, sin un proceso de validación específico para la población argentina, constituye una limitación metodológica que podría afectar la precisión de las mediciones. Asimismo, el carácter autoadministrado de la encuesta introduce el riesgo de sesgos asociados a la deseabilidad social, particularmente en variables sensibles como el craving o la adherencia al tratamiento.

En cuarto lugar, la composición desigual de la muestra en términos de género (70% varones y 30% mujeres) limita la posibilidad de realizar análisis comparativos robustos entre grupos. Por último, la heterogeneidad en el tiempo de tratamiento de los participantes (de 6 meses a 28 años) introduce una variabilidad importante que no fue controlada en el análisis y que podría haber influido en los resultados obtenidos.

Conclusiones

El presente trabajo se propuso explorar la relación entre la práctica de mindfulness y un conjunto de variables vinculadas a la prevención de recaídas como ser el craving, afrontamiento de situaciones de riesgo y adherencia al tratamiento en adultos con consumo problemático de sustancias que asisten a dispositivos de atención privada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires . Este objetivo se inscribió en una preocupación clínica más amplia: contribuir al desarrollo de evidencia local sobre la pertinencia de las intervenciones basadas en mindfulness, particularmente del modelo MBRP, en el tratamiento de las adicciones.

En cuanto a los hallazgos principales, los resultados no permiten confirmar de manera estadísticamente significativa las hipótesis planteadas sobre la relación entre mindfulness y las variables de prevención. Sin embargo, se identificó una tendencia consistente con el marco teórico en la relación entre mindfulness y señales de alerta de recaída, que sugiere que los participantes con mayores niveles de atención plena tenderían a experimentar menores señales tempranas de recaída.

Junto con este resultado, el estudio produjo dos hallazgos no previstos en las hipótesis iniciales. Por un lado, se identificó una asociación fuerte y significativa entre la edad de los participantes y su nivel de mindfulness disposicional, lo cual sugiere que la capacidad de atención plena puede incrementarse con el ciclo vital, con la trayectoria terapéutica o con una combinación de ambos factores. Por otro lado, se observó una tendencia a mayores niveles de mindfulness en mujeres respecto a varones. Estos hallazgos enriquecen la lectura del estudio y abren nuevas líneas de investigación.

Asimismo, el análisis por ítem reveló un patrón clínicamente significativo: los participantes mostraron altos niveles de adherencia formal al tratamiento (asistencia y compromiso institucional), pero bajos niveles de práctica autónoma del mindfulness en la vida cotidiana. Este contraste revela un desafío clínico central para la implementación del MBRP: favorecer la transferencia de las prácticas trabajadas en sesión al ámbito cotidiano del paciente.

En cuanto a los aportes del trabajo al campo de la psicología clínica de las adicciones en Argentina, el estudio constituye una de las pocas investigaciones empíricas locales realizadas sobre la articulación entre mindfulness y prevención de recaídas en una población clínica con consumo problemático de sustancias. Si bien sus alcances son acotados, ofrece datos descriptivos sobre los niveles de las variables estudiadas en una muestra argentina, evidencia preliminar sobre las relaciones entre estas variables, y un conjunto de instrumentos adaptados al contexto local que pueden ser utilizados y perfeccionados en investigaciones futuras.

Desde el punto de vista del ejercicio profesional del psicólogo, los hallazgos del estudio invitan a reflexionar sobre el rol que pueden cumplir las prácticas basadas en mindfulness dentro de los dispositivos de tratamiento de las adicciones. La evidencia, tanto internacional

como la incipiente evidencia local, sugiere que el mindfulness puede constituir un recurso terapéutico valioso, particularmente para el desarrollo de la conciencia sobre los desencadenantes del consumo y para la regulación de respuestas automáticas ante situaciones de riesgo. Sin embargo, la incorporación efectiva de estas prácticas requiere un trabajo clínico sostenido que vaya más allá de su mera implementación durante las sesiones, y que apunte a su apropiación por parte del paciente como un recurso de uso autónomo en la vida cotidiana.

En este sentido, el psicólogo que trabaja en dispositivos de tratamiento de adicciones puede asumir un rol activo en el diseño, la implementación y la evaluación de intervenciones basadas en mindfulness, así como en la generación de evidencia empírica local que permita ajustar estas prácticas a las características específicas de la población argentina. La articulación entre la práctica clínica y la investigación constituye, en este sentido, un horizonte fundamental para el desarrollo del campo.

A nivel personal, la realización de este trabajo permitió profundizar en una temática de creciente relevancia clínica y social, integrando los marcos teóricos estudiados durante la formación de grado con la realidad de un dispositivo de tratamiento. El proceso de investigación implicó no sólo la apropiación de herramientas metodológicas concretas, diseño de instrumentos, recolección de datos, análisis estadístico sino también el desarrollo de una mirada crítica sobre los alcances y limitaciones de la investigación empírica en psicología clínica, particularmente en contextos donde el acceso a muestras amplias y la disponibilidad de instrumentos validados resultan acotados.

Esta experiencia formativa pone en evidencia la necesidad de fortalecer el vínculo entre la formación académica y la práctica clínica, así como entre la investigación local y los desarrollos internacionales. Los desafíos encontrados en el camino desde la adaptación de instrumentos hasta la interpretación de resultados estadísticos en muestras pequeñas constituyen aprendizajes valiosos para el ejercicio profesional futuro y para la realización de investigaciones más rigurosas en años venideros.

A partir de los hallazgos y limitaciones del presente estudio, pueden identificarse diversas líneas de investigación a futuro. En primer lugar, resulta necesario replicar este estudio con muestras de mayor tamaño y mejor distribuidas en términos de género, a fin de evaluar si las tendencias observadas alcanzaran significancia estadística y de profundizar el análisis de las diferencias entre subgrupos.

En segunda instancia, sería de interés incorporar diseños longitudinales o pre-post intervención que permitan evaluar el impacto específico de las prácticas de mindfulness sobre las variables de prevención de recaídas a lo largo del tiempo. Esto permitiría avanzar hacia hipótesis causales más sólidas que las que un diseño transversal puede ofrecer.

En tercer lugar, considerando el hallazgo significativo de la correlación entre edad y mindfulness, sería relevante profundizar en los factores que median esta relación, distinguiendo entre los efectos del desarrollo vital, la experiencia clínica acumulada y la

duración del tratamiento. Estudios cualitativos complementarios podrían aportar información valiosa sobre las trayectorias subjetivas de los participantes y la incorporación progresiva del mindfulness en sus vidas.

En cuarta instancia, resulta deseable avanzar en la validación local de los instrumentos utilizados, particularmente de aquellos para los que no existen versiones validadas al español argentino, como la escala AWARE. Esto fortalecería la base metodológica de futuras investigaciones sobre prevención de recaídas en el contexto local.

Además, dado que el análisis por ítem reveló que los aspectos vinculados a la práctica autónoma de mindfulness fuera de las sesiones obtuvieron los puntajes más bajos en la escala de adherencia, sería pertinente investigar específicamente las barreras y facilitadores para la incorporación cotidiana de estas prácticas, así como diseñar estrategias clínicas que favorezcan su sostenimiento más allá del espacio terapéutico formal.

En definitiva, se considera que el aporte principal de esta tesina no reside tanto en la confirmación de hipótesis específicas sino en la apertura de interrogantes y líneas de indagación pertinentes para el campo clínico de las adicciones en Argentina. Los resultados refuerzan la necesidad de continuar investigando esta línea con metodologías más robustas, muestras de mayor tamaño y diseños que permitan establecer relaciones causales entre las variables estudiadas. El mindfulness, como recurso terapéutico, merece seguir siendo explorado en profundidad por su potencial para enriquecer los abordajes clínicos del consumo problemático de sustancias, contribuyendo así a mejorar la calidad de los tratamientos y, en última instancia, la vida de las personas que transitan procesos terapéuticos en este campo.

Referencias bibliográficas

- Bowen, S., Chawla, N., & Marlatt, G. A. (2011). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., & Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(3), 343–347.
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822–848.
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162(8), 1452–1460.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: A quantitative review. *Medical Care*, 42(3), 200–209.
- Federación de Psicólogos de la República Argentina. (2013). *Código de Ética*. FEPPA.
- Flannery, B. A., Volpicelli, J. R., & Pettinati, H. M. (1999). Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 23(8), 1289–1295.
- García, N. M., & Murrone, R. V. (2011). Validez y fiabilidad de la escala de Atención y Conciencia plena (MAAS) en su versión traducida al castellano [Trabajo de Investigación de Pregrado]. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. Guilford Press.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGraw-Hill.
- Kabat-Zinn, J. (2012). *Mindfulness para principiantes*. Kairós.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functional Analytic Psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. Plenum Press.

- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(8), 760–773.
- Larimer, M. E., Palmer, R. S., & Marlatt, G. A. (1999). Relapse prevention: An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Research & Health*, 23(2), 151–160.
- Ley N°23.277. Ejercicio profesional de la psicología. Boletín Oficial de la República Argentina, 1985.
- Ley N°26.657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, 2010.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). Guilford Press.
- Marlatt, G.A. (1996). Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: Evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction*, 91 (12s1), S37-S49.
- Miller, W. R., & Harris, R. J. (2000). A simple scale of Gorski's warning signs for relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(5), 759–765.
- Pérez Álvarez, M. (2014). *Las terapias de tercera generación como terapias contextuales*. Editorial Síntesis.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.
- Sayette, M. A. (2016). The role of craving in substance use disorders: Theoretical and methodological issues. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 407–433.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness- based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Singtakaew, A., & Chaimongkol, N. (2025). A randomized controlled trial of a mindfulness-based relapse-prevention program with problem-solving skills for male substance users. *Journal of Health Science and Medical Research*.

Tiffany, S. T., & Wray, J. M. (2012). The clinical significance of drug craving. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1248(1), 1–17.

Ubalde, A. M. (2025). Mindfulness y trastorno por consumo de sustancias: aportes para la prevención de recaídas. XVII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Witkiewitz, K., Marlatt, G. A., & Walker, D. (2005). Mindfulness-based relapse prevention for alcohol and substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 211–228.

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO.

Anexo

Instrumento de recolección de datos

Información importante antes de comenzar

Esta encuesta forma parte de una investigación académica de grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Belgrano, cuyo objetivo es explorar la relación entre la práctica de mindfulness, el deseo de consumo, las señales de alerta de recaída y la adherencia al tratamiento en personas que están en tratamiento por consumo problemático de sustancias.

Tu participación es completamente voluntaria y anónima. Los datos que brindes serán utilizados únicamente con fines académicos y tratados con estricta confidencialidad. No se registrará ningún dato que permita identificarte. Podés dejar de responder en cualquier momento sin que esto tenga ninguna consecuencia para tu tratamiento.

Al seleccionar “Sí, acepto participar” confirmás que leíste esta información, que comprendés el propósito del estudio y que decidís participar de manera libre y voluntaria.

¿Aceptás participar voluntariamente?

- ☐ Sí, acepto participar ☐ No, prefiero no participar

Datos generales

Edad: _____

Género: _____

Hace cuánto tiempo estás en tratamiento: _____

Sección 1 — Atención plena (Mindfulness)

Las siguientes afirmaciones describen situaciones de la vida cotidiana. Indicá con qué frecuencia te ocurrieron durante las últimas dos semanas. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

(1 = Nunca · 5 = Siempre)

1. Tengo dificultad para focalizarme o prestar atención a lo que está sucediendo en el presente

- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

2. Puedo funcionar en “piloto automático”, sin darme mucha cuenta de lo que estoy haciendo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. Puedo pasar de una cosa a otra prácticamente sin darme cuenta

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Hago trabajos y tareas automáticamente, sin prestar atención a lo que estoy haciendo

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Me doy cuenta de que hago cosas sin prestar atención

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Sección 2 — Deseo de consumo (Craving)

Las siguientes preguntas se refieren a tu experiencia con el deseo de consumir sustancias durante la última semana. No hay respuestas correctas ni incorrectas.

(0 = Nada · 6 = Mucho)

1. ¿Con qué frecuencia pensaste en consumir sustancias durante la última semana?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

2. ¿Cuán intensa fue la sensación de querer consumir durante la última semana?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

3. ¿Cuánto tiempo duró el deseo de consumir cuando apareció?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

4. ¿Qué tan difícil fue resistir el deseo de consumir durante la última semana?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6

Sección 3 — Señales de alerta de recaída

Las siguientes afirmaciones describen situaciones que pueden aparecer como señales de alerta. Indicá en qué medida te identificás con cada una durante la última semana.

(1 = Nada · 5 = Mucho)

1. En la última semana me sentí irritable o con cambios de humor sin razón clara
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
2. Tuve pensamientos de que ya puedo manejar las cosas por mi cuenta sin necesitar ayuda
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
3. Me alejé de personas o situaciones que me hacen bien
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
4. Dejé de cumplir con actividades o rutinas que sostenía antes
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
5. Tuve pensamientos recurrentes relacionados con consumir
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
6. Noté señales físicas de tensión o malestar que antes asociaba al consumo
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Sección 4 — Adherencia al tratamiento

Las siguientes afirmaciones se refieren a tu participación en el tratamiento y al uso de las estrategias terapéuticas. Indicá con qué frecuencia se aplican a vos durante el último mes.

(1 = Nunca · 5 = Siempre)

1. En el último mes asistí regularmente a mis sesiones de tratamiento
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
2. Cuando no pude asistir, avisé o busqué reprogramar la sesión

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

3. Aplico las herramientas que trabajo en terapia cuando enfrento situaciones difíciles

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

4. Me involucro activamente en las actividades propuestas dentro del tratamiento

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

5. Practico mindfulness o atención plena por mi cuenta fuera de las sesiones

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

6. Cuando siento el impulso de consumir, recorro a alguna práctica de mindfulness

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5