

Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Intervenciones basadas en mindfulness para prevenir recaídas en mujeres con trastorno por consumo de sustancias

Mindfulness based interventions to prevent relapse in women with substance use disorder

Artículo de Revisión DOI: 10.19136/hs.a24.3.6069

Dannia Karely Lozano Estrada ¹ 

Mariana Vargas Beltrán ² 

Yadira Mejía Mejía ³ 

Carlos Alberto Salazar Moreno ⁴ 

Benito Israel Jiménez Padilla ⁵ 

Alejandra Rodríguez Ávila ⁶ 

Correspondencia: Mariana Vargas Beltrán. Dirección postal: Universidad Autónoma de Chihuahua. Avenida Universidad y, Av. Pascual Orozco s/n, Universidad. C.P. 31110. Chihuahua, Chihuahua. México.
Correo electrónico: mvargas@uach.mx



Licencia CC-BY-NC-ND

¹ Maestra en Enfermería. Estudiante de Doctorado en Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, Chihuahua. México.

² Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, Chihuahua. México.

³ Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, Chihuahua. México.

⁴ Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, Chihuahua. México.

⁵ Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, Chihuahua. México.

⁶ Maestra en Enfermería. Universidad Autónoma de Chihuahua. Chihuahua, Chihuahua. México.



Resumen

Objetivo: Analizar la efectividad de las Intervenciones Basadas en Mindfulness (IBM) para la prevención de recaídas en mujeres en tratamiento por Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS).

Materiales y Métodos: La búsqueda se realizó conforme a la declaración PRISMA, utilizando el enfoque PICO. Se incluyeron estudios experimentales y cuasiexperimentales publicados entre 2014 y 2024 en inglés y español, que evaluaran IBM en mujeres con TCS. Se excluyeron revisiones, estudios ambulatorios y aquellos con baja calidad metodológica. Se consultaron las bases de datos PubMed, ScienceDirect y BVS.

Resultados: Para el análisis final se obtuvieron un total de 5 artículos. Las participantes eran principalmente mujeres de entre 26 y 37 años, con alto consumo de anfetaminas, metanfetaminas, cocaína y alcohol. Las intervenciones variaron en duración, frecuencia y técnicas, incluyendo meditación guiada, manejo de antojos y prácticas de autocuidado. En comparación con tratamientos estándar, las IBM mostraron una efectividad en cuanto a la reducción en la frecuencia y gravedad del consumo, mayor tiempo hasta la recaída y mejoras emocionales (menos ansiedad y estrés).

Conclusiones: Las IBM se presentan como una estrategia prometedora para prevenir recaídas en mujeres con TCS, especialmente en contextos residenciales. Se recomienda ampliar la investigación, particularmente en contextos latinoamericanos, considerando variables sociales, culturales y el rol del terapeuta.

Palabras Claves: Mindfulness; Mujeres; Trastorno por consumo de sustancias; Tratamiento residencial.

Abstract

Objective: To analyse the effectiveness of Mindfulness Based Interventions (MBI) in women in treatment for Substance Use Disorder (SUD).

Materials and Methods: The search was conducted according to the PRISMA statement, using the PICO approach. We included experimental and quasi-experimental studies published between 2014 and 2024 in English and Spanish that evaluated IBM in women with SCT. Reviews, outpatient studies and those with low methodological quality were excluded. The databases PubMed, ScienceDirect and BVS were consulted.

Results: A total of 5 articles were obtained for the final analysis. Participants were mainly women aged 26-37 years, with high use of amphetamines, methamphetamines, cocaine and alcohol. Interventions varied in duration, frequency and techniques, including guided meditation, craving management and self-care practices. Compared to standard treatments, CBIs showed effectiveness in terms of reduced frequency and severity of use, increased time to relapse, and emotional improvements (less anxiety and stress).

Conclusions: CBIs show promise as a relapse prevention strategy for women with SCT, especially in residential settings. Further research is recommended, particularly in Latin American contexts, considering social and cultural variables and the role of the therapist.

Keywords. Mindfulness; Women; Substance use disorder; Residential treatment.

• Fecha de recibido: 13 de agosto de 2025 • Fecha de aceptado: 29 de octubre de 2025 •
Fecha de publicación: 31 octubre de 2025

Introducción

El consumo de drogas es un grave problema de salud pública a nivel mundial, en 2024 aproximadamente 292 millones de personas consumieron drogas y más de 64 millones desarrollaron un Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS)¹. Las mujeres representan entre el 45% y el 49% de los consumidores de anfetaminas y del uso no médico de estimulantes farmacéuticos, opioides farmacéuticos, sedantes y tranquilizantes².

En México, el cannabis y la cocaína son las sustancias ilegales más consumidas, y el consumo de alcohol ha aumentado significativamente, pasando del 13.9% en 2011 al 22.1% en 2016. Cabe señalar que solo el 8% de la población ha recibido tratamiento por trastornos relacionados con el consumo y de este, 3.9% son mujeres³. Dicha cifra resalta la participación femenina en el tratamiento por TCS, lo que refleja un incremento en el consumo de drogas entre las mujeres, así mismo, este aspecto es interesante debido a que corresponde a un grupo que históricamente había sido menos afectado en comparación con los hombres⁴.

Las mujeres generalmente inician el consumo de drogas en una etapa posterior que los hombres y su uso está fuertemente condicionado por la influencia de su pareja, especialmente cuando ésta también es consumidora de sustancias^{5,6,7}. No obstante, una vez que las mujeres comienzan a abusar de las drogas, el consumo de sustancias aumenta a un ritmo más acelerado que en los hombres. Además, desarrollan un TCS de manera más rápida, lo que resalta un patrón preocupante de vulnerabilidad en el consumo^{8,9,10}.

Por otra parte, el tratamiento residencial es el proceso que siguen las mujeres con TCS, en el que viven libres de alcohol o drogas mientras se recuperan. En este sentido, las recaídas ocurren cuando la persona se enfrenta a situaciones de riesgo sin poder manejar adecuadamente su comportamiento, lo que lleva a un consumo compulsivo difícil de controlar y sin considerar las consecuencias negativas^{11,12}. El papel de enfermería es fundamental en este ámbito, ya que los enfermeros y enfermeras no solo brindan apoyo, sino que también desempeñan un rol clave en la educación sobre estrategias de afrontamiento, en la identificación de situaciones de riesgo y en la promoción de la salud emocional y física durante el proceso de recuperación¹³.

El tratamiento del TCS incluye intervenciones farmacológicas y/o psicológicas en varias fases, tanto a corto como a largo plazo. Estas intervenciones buscan facilitar la desintoxicación, manejar los síndromes de abstinencia y prevenir recaídas¹⁴. Una de las estrategias actuales para prevenir recaídas es el Mindfulness, el cual se enfoca en prestar atención plena al momento presente sin juzgar. Esta práctica promueve la conciencia y la ecuanimidad, ayudando a las personas a expandir el espacio entre un estímulo y su respuesta, lo que facilita tomar decisiones más conscientes y evitar comportamientos de riesgo¹⁵ como lo es el consumo de sustancias.



Las intervenciones basadas en Mindfulness han ganado relevancia en el tratamiento del TCS debido a su eficacia en la regulación emocional, el control de la ansiedad y la disminución de la depresión^{16,17}. Estas intervenciones son cada vez más reconocidas por su capacidad para mejorar la recuperación de TCS. Revisiones sistemáticas previas han demostrado que la evaluación del estrés es un factor clave para el éxito del tratamiento, mostrando que el Mindfulness reduce el deseo de consumir sustancias, mejora la adherencia al tratamiento y disminuye la frecuencia y gravedad del abuso de sustancias^{18,19}.

Sin embargo, las revisiones sistemáticas disponibles hasta el momento no se han centrado específicamente en el sexo femenino, ya que los estudios suelen incluir a ambos géneros, con una mayor prevalencia masculina, y no analizan de forma separada aspectos como el tipo de intervención, los terapeutas que la aplican, ni las sustancias consumidas por las mujeres, así como la duración y la frecuencia de las intervenciones. Por esta razón, se realiza la presente revisión sistemática, cuyo objetivo es analizar la efectividad de las Intervenciones Basadas en Mindfulness para la prevención de recaídas en mujeres en tratamiento por Trastorno por Consumo de Sustancias.

Materiales y Métodos

Para llevar a cabo la presente revisión se realizó de acuerdo con las recomendaciones de la declaración de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)²⁰. La pregunta de investigación se estructuró mediante el formato PICO: población (P), intervención (I), comparación (C), resultado (O), quedando de la siguiente manera; mujeres en tratamiento por TCS (población), intervenciones basadas en Mindfulness (intervención), grupo de intervención (comparación) y prevención de recaídas (resultado).

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron los siguientes: población con mujeres en tratamiento residencial o resultados diferenciados por género, disponible en texto completo, estudios que abordaran intervenciones basadas en mindfulness, investigaciones experimentales aleatorizadas e investigaciones cuasiexperimentales, como estudios controlados de un solo grupo y series de tiempo²¹, publicaciones entre el periodo de 2014-2024 en idioma inglés y español, estudios que abordaran el consumo de sustancias psicoactivas y sus posibles combinaciones (alcohol, marihuana, cocaína, anfetaminas/metanfetaminas y opioides). Los criterios de exclusión fueron: revisiones sistemáticas, ensayos no finalizados, tratamiento ambulatorio. Para los criterios de eliminación se consideraron los registros duplicados y con baja calidad metodológica (previa evaluación mediante las fichas de lectura crítica tomando en cuenta la calidad de sus aspectos metodológicos, su fiabilidad y la validez de sus resultados)²², así como un tiempo de tratamiento residencial menor a 7 días.

La búsqueda de estudios para la presente revisión se realizó de enero a abril de 2025, se consultaron tres bases de datos; Pubmed, ScinceDirect y BVsalud, se utilizaron operadores booleanos como AND, OR y NOT, en sus diferentes combinaciones, tanto en inglés como en español. En la tabla 1 se muestra las diversas ecuaciones de búsqueda utilizadas en cada una de las bases de datos.

Tabla 1. Estrategia de búsqueda por base de datos

Base de datos	Ecuación de búsqueda
Pubmed	(((((“Mindfulness”[Mesh]) AND “Recurrence”[Mesh]) AND “Substance-Related Disorders”[Mesh])) OR “Illicit Drugs”[Mesh])
Pubmed	(((((“Mindfulness”[Mesh]) AND “Women”[Mesh]) AND “Recurrence”[Mesh]) AND “Substance-Related Disorders”[Mesh])) OR “Illicit Drugs”[Mesh])
Pubmed	(((((“Women”[Mesh]) AND “Mindfulness”[Mesh]) AND “Substance-Related Disorders”[Mesh]) AND “Recurrence”[Mesh])
Pubmed	(((((“Mindfulness”[Mesh]) AND “Alcohol-Related Disorders”[Mesh]) OR “Substance-Related Disorders”[Mesh]) AND “Women”[Mesh]) AND “Recurrence”[Mesh])
Scince Direct	Mindfulness AND women AND recurrence AND substance related disorders OR illicit drugs AND clinical trials AND intervention NOT tabaco NOT systematic review
Scince Direct	Mindfulness AND mujeres AND consumo de sustancias OR drogas AND recaída AND ensayos clinicos
BVS	(Mindfulness) AND (women) AND (relapse) AND (Substance use)
BVS	(Mindfulness) AND (Substance use) AND (relapse)

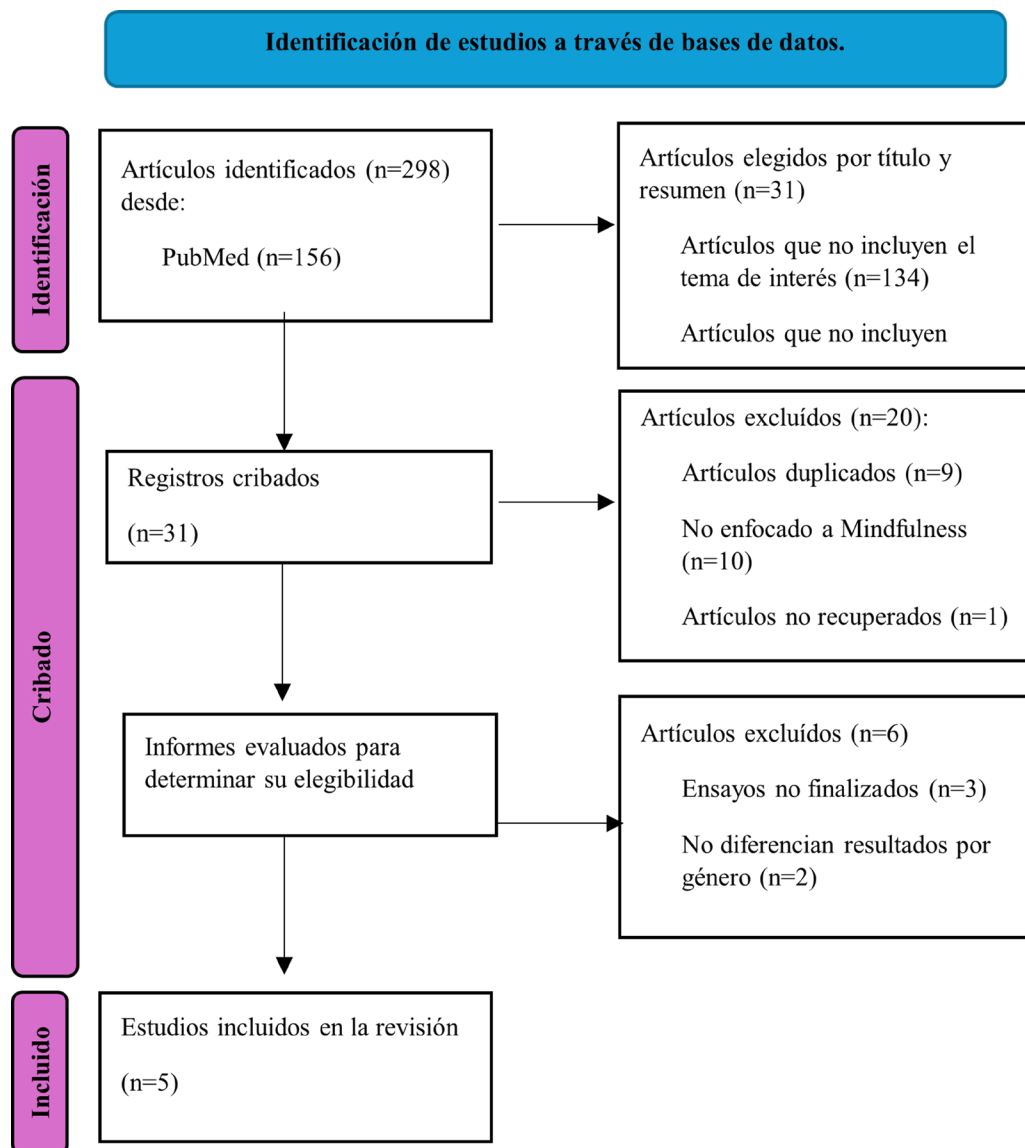
Fuente: Elaboración propia.

La evaluación de la calidad metodológica de los estudios incluidos se llevó a cabo mediante las fichas de lectura crítica versión 3.0, una herramienta digital que apoya el desarrollo de revisiones sistemáticas al facilitar tanto la valoración estructurada de la calidad de los estudios como la integración rigurosa de la evidencia científica²² y para la evaluación del riesgo de sesgo se utilizó el software de Cochrane para evidenciarlo a través del gráfico y la tabla de REVMAN²³. Finalmente para el análisis de los datos se desarrolló una matriz para responder a la pregunta de investigación (PICO) y así extraer los datos de cada uno de los estudios analizados, dicha matriz contiene características como autor, año de publicación, lugar donde se realizó la intervención, terapeutas que realizan la intervención, nombre de la intervención, intervención de comparación, sustancias de consumo de las mujeres, duración y frecuencia de la intervención, indicadores empíricos y desenlace o resultado.

Resultados

Se obtuvo un total de 298 artículos en todas las bases de datos utilizadas, manteniendo solamente 31 después de realizar la lectura de títulos y resumen. En la fase de cribado se excluyeron 19 y no fue posible la recuperación de un artículo. Seguido de esto se eligieron 11 artículos y fueron rechazados 6 de ellos tras la lectura de texto completo, debido a la falta de adecuación a la pregunta de investigación. Finalmente se incluyeron cinco artículos de los cuales se procedió a realizar un análisis crítico. En la figura 1 se muestra el diagrama PRISMA que reporta la identificación, la selección y la elegibilidad de cada estudio.

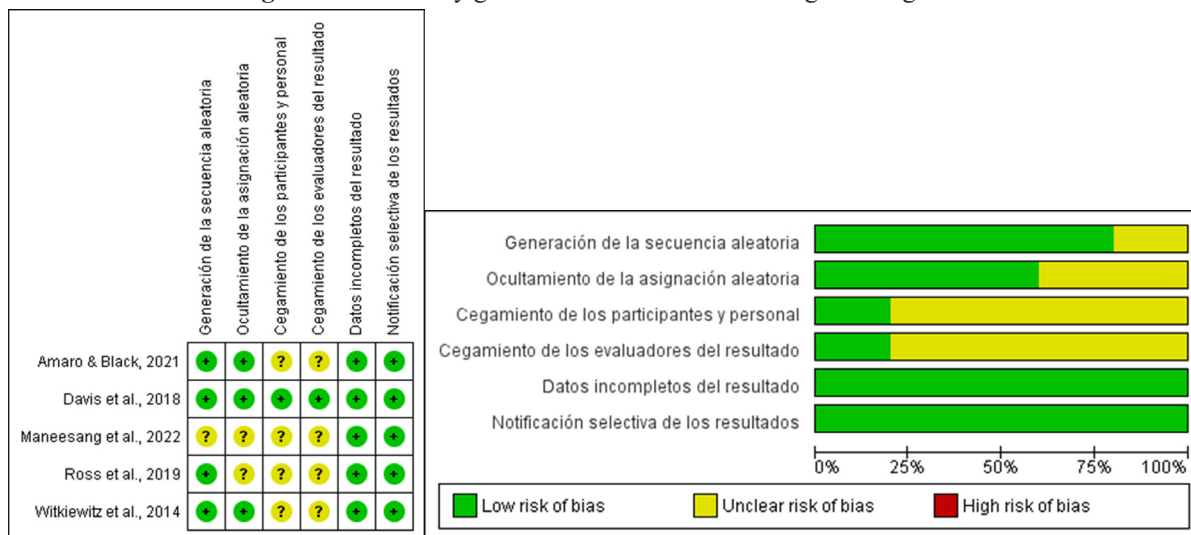
Figura 1. Identificación de estudios a través del diagrama PRISMA.



Fuente: Elaboración propia.

La evaluación de la calidad metodológica de los estudios fue alta, sin embargo, en la evaluación de riesgo de sesgo se identificó que cuatro estudios^{25,26,27,28} no describían claramente el cegamiento de los terapeutas que aplicaron la intervención. Así mismo, los cuatro estudios mencionados, no presentan la descripción del proceso del cegamiento de los participantes. En la figura 2 se muestran el resumen de riesgo de sesgo, así como el gráfico de la evaluación.

Figura 2. Resumen y gráfico de la evaluación de riesgo de sesgo



Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 2 se presentan las características de los estudios seleccionados.

Tabla 2. Resultados de los estudios incluidos

Autor, año y lugar	Diseño del estudio y muestra	Profesionales que aplicaron la intervención	Nombre de la intervención	Intervención de comparación	Sustancias de consumo	Duración y frecuencia de la intervención	Resultados
Amaro, H., & Black, D. S. (2021). Estados Unidos de América	Ensayo Controlado Aleatorizado Muestra: 200 mujeres	Formación profesional en Mindfulness con un promedio de 2 años de experiencia	Moment by Moment in Women's Recovery (MMWR)	Psicoeducación en Neurobiología de las Adicciones (NA)	Anfetaminas/metanfetaminas (36%), cannabis (25%), alcohol (25%), cocaína y/o crack (7%), heroína (5%), opiáceos (2%)	12 sesiones 6 semanas 2 veces por semana durante 80 minutos	Menos mujeres mostraron recaída en el consumo de drogas en MMWR (8.0%) en comparación con NA (14.0%). El tiempo transcurrido hasta el primer consumo de marihuana después de la intervención del estudio favoreció significativamente MMWR. Las mujeres en MMWR informaron menos días de consumo de marihuana en los 3.5 meses posteriores a la intervención del estudio.
Witkiewitz, K., Warner, K., Sully, B., Barricks, A., Stauffer, C., Thompson, B. L., & Luoma, J. B. (2014). Estados Unidos de América	Ensayo Controlado Aleatorizado Muestra: 105 mujeres	Formación profesional en Mindfulness con un promedio de 5 años de experiencia	Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)	Prevención de recaídas (RP)	Anfetaminas/metanfetaminas (35%), heroína y opiáceos, (22.6%), cocaína (19.4%), alcohol (9.7%), marihuana (6.5) y otras drogas (6.4%).	8 semanas de tratamiento 15 semanas de seguimiento 2 veces por semana durante 50 minutos	Las mujeres que fueron asignadas para recibir MBRP informaron significativamente menos días de consumo de drogas y menos días legales y problemas médicos en un seguimiento de 1 semana en comparación con aquellos que recibieron RP. La tasa de recaída a consumo de drogas fue bajo en ambas condiciones.

Continuará...

Davis, J. P., Berry, D., Dumas, T. M., Ritter, E., Smith, D. C., Menard, C., & Roberts, B. W. (2018).	Ensayo Controlado Aleatorizado	2 médicos con 200 horas de formación clínica en intervenciones basadas en mindfulness con promedio, 4,5 años de experiencia	Tratamiento habitual + Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)	Tratamiento habitual más reuniones adicionales de 12 pasos (TAU)	El 90 % eran consumidores de polisustancias	8 sesiones grupales Dos veces por semana 1.5 horas	Los participantes del grupo TAU mostraron un aumento inicial en el consumo de sustancias y la ansiedad, estabilizándose alrededor de 14 semanas después del tratamiento. En cambio, los del grupo MBRP se abstuvieron del consumo desde el inicio y mantuvieron bajos niveles de ansiedad durante todo el estudio de 28 semanas.
Estados Unidos de América							
Roos, C. R., Stein, E., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2019).	Ensayo Controlado Aleatorizado	El equipo de terapeutas, con formación en psicología clínica o maestría, y experiencia en terapias cognitivo-conductuales grupales, recibió capacitación intensiva y supervisión continua por expertos	Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP)	Prevención de recaídas (RP)	90.7% de pendientes al alcohol y policonsumo 4.8%	8 sesiones grupales Dos veces por semana 2 horas	Los participantes que recibieron MBRP reportaron menos días de consumo de drogas que los del grupo RP, especialmente en terapias con al menos un tercio de las mujeres, donde todos se mantuvieron abstinentes a los 12 meses.
Estados Unidos de América							
Maneesang, W., Hengpraprom, S., & Kalayasiri, R. (2022).	Ensayo Controlado Aleatorizado	El terapeuta tenía credenciales y capacitación del Departamento de Salud Mental de Tailandia	Mindfulness – Based Therapy and Counseling program (MBTC) + Model FAST (Familia, tratamiento alternativo, autoayuda y comunidad terapéutica)	Model FAST (Familia, tratamiento alternativo, autoayuda y comunidad terapéutica)	Metanfetamina 100%, alcohol 16%, opioides, canabis, cocaína 15%.	8 sesiones grupales Dos veces por semana 2 horas	A los seis meses de seguimiento, el grupo experimental tuvo significativamente menos craving, estrés y depresión. Además, la recaída de metanfetamina en el grupo MBTC fue significativamente menor que el grupo control.
Tailandia							

Fuente: Elaboración propia.

Características de las participantes y sustancias de consumo

En los estudios el promedio de edad oscilaba entre 26 y 37 años y en dos de ellos la mayoría de los participantes fueron hispanas latinas^{25,29} en comparación a otros estudios donde la mayoría eran blancas no hispanas y afroamericana^{27,28} además de solteras o desempleadas²⁶. Así mismo se identifica que la presencia de trastornos de salud mental está al alza con 64.5%²⁸, así como los problemas de delincuencia²⁷. En cuanto a las sustancias de consumo, se identifica con mayor frecuencia las anfetaminas y/o metanfetaminas, así como la cocaína y el alcohol^{24, 26, 27, 28, 29}.

Terapeutas que realizaron la intervención

En los estudios revisados, se identificó que al menos dos de los terapeutas contaban con una experiencia profesional de entre dos y cinco años en la implementación de las intervenciones. No obstante, ninguno de los estudios evaluó de manera explícita la influencia del terapeuta en los resultados obtenidos. Asimismo, se reportó que los profesionales a cargo de las intervenciones contaban con entrenamiento formal en técnicas basadas en mindfulness^{25, 26, 27, 28}, como en las intervenciones de comparación con abordaje de la Psicoeducación en Neurobiología de las Adicciones y Prevención de Recaídas (RP)^{25,29}.

Características de las intervenciones

En la mayoría de las reuniones de los grupos eran dos veces por semana en sesiones de 60 y 120 minutos durante ocho semanas^{24,25,26,27,28,29}, utilizando como intervención de comparación la intervención de Prevención de Recaídas (RP)^{27,29}, Tratamiento habitual más reuniones adicionales de 12 pasos²⁸ y Modelo FAST (Familia, tratamiento alternativo, autoayuda y comunidad terapéutica)²⁶ este último, es un método utilizado en Tailandia en la mayoría de los centros de rehabilitación contra las adicciones.

En algunas intervenciones las sesiones se enfocaban en un tema central que incluía el papel del estrés y la ansiedad generada por el consumo de sustancias, la recaída y el estrés dentro y fuera del tratamiento residencial, utilizando prácticas de Mindfulness como la identificación y gestión de estímulos internos; emociones, pensamientos y sensaciones corporales complicadas^{25,27,28}. En otras de ellas, se empleaban los estímulos externos; situaciones y relaciones difíciles, así como la meditación y estiramiento en bipedestación exploración corporal o técnica informales; atención plena con respiración y atención plena de los antojos, utilizando tareas prácticas o la meditación guiada por el terapeuta^{26,29}.

Resultado de la intervención en las recaídas por consumo de sustancias

En cuanto a MMWR y NA se encontró menor tasa de recaída en MMWR (8%) frente a NA (14%), aunque no significativa estadísticamente. El tiempo hasta el primer consumo de marihuana fue significativamente mayor en MMWR ($HR = 0.44$, $p = 0.049$), con un efecto mediano a grande. Las mujeres en MMWR consumieron menos días de marihuana (promedio de 5.98 días) que en NA (16.78 días), diferencia significativa ($p = 0.020$)²⁵.

Por otra parte, en MBRP, RP y TAU, las participantes en MBRP reportaron significativamente menos días de consumo de drogas y menos problemas legales y médicos a la semana del seguimiento, comparado con RP. La recaída fue más baja en MBRP (1.8%) frente a RP (10%), aunque ambas condiciones fueron efectivas. TAU mostró aumentos inmediatos en consumo y ansia, que se estabilizaron a las 14 semanas. MBRP logró mantener abstinencia y niveles bajos de ansiedad durante 28 semanas. Participantes de MBRP reportaron un 100% menos de días de consumo que RP. A los 12 meses, los que recibieron MBRP en grupos con al menos un tercio de las mujeres tuvieron significativamente menos días de consumo que los de RP²⁸.

Así mismo, en MBTC y Model FAST, a los seis meses de seguimiento, el grupo MBTC tuvo significativamente menos craving (-7.89, IC del 95 % = -15.47, -0.32), estrés (-7.44, IC del 95 % = -12.21, -2.67) y depresión (-2.95, IC del 95 % = -5.31, -0.6). Además, la recaída de metanfetamina en el grupo MBTC (5/35, 14.3 %) fue significativamente menor que en Model FAST (16/35, 45.7 %) ²⁶.

Por último, en MBRP y RP, los participantes de MBRP informaron un 100 % menos de días de consumo de drogas que los participantes de RP. Las mujeres que recibieron MBRP tuvieron significativamente menos días de consumo de drogas a los 12 meses que los que recibieron RP²⁵. Si bien la tasa de recaída fue mayor en RP, del 10% en comparación con un 1.8% de los asignados originalmente al MBRP²⁹.

Discusión

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo examinar críticamente la evidencia sobre las Intervenciones basadas en Mindfulness para la prevención de recaídas en mujeres en tratamiento por Trastorno de Consumo de Sustancias, mostrando que estas intervenciones reducen el deseo de consumir drogas al finalizar con el tratamiento residencial^{3,30,31}, ya que se consideran lugares más seguros para prevenir recaídas, debido a que los participantes no tienen acceso a las drogas ni a las influencias externas como; amigos o pareja consumidores, que pueden influenciar al ansia o antojo de la sustancia^{32,33}.

En cuanto a las características de las participantes y las sustancias con mayor consumo se identifica que son las anfetaminas y/o metanfetaminas, coincidiendo con las estadísticas emitidas por la Organización Mundial de la Salud, donde se evidencia que 34.2 millones de personas en el mundo la consumen, siendo unas de las principales sustancias para desarrollar un TCS^{2,34,35}. Así mismo, la literatura menciona que los tratamientos más efectivos para la adicción a las anfetaminas y/o metanfetaminas se basan en intervenciones cognitivo-conductuales y de manejo de contingencias³⁶, como las Intervenciones Basadas en Mindfulness¹⁸.

De igual forma, la experiencia de los terapeutas que realizan este tipo de intervenciones debe ser amplia ya que la práctica constante de meditación, permite a los terapeutas alcanzar una comprensión más profunda de la experiencia, conformándose un modo de “ser en el mundo” con mayor presencia y apertura¹⁴, donde los participantes que reciben alguna intervención basada en Mindfulness, pueden llegar a percibir los beneficios de la intervención de mejor manera, a través de una relación de confianza con el terapeuta y sentirse acompañados durante las sesiones³⁷.

Otro aspecto importante que resaltar sobre las intervenciones basadas en Mindfulness es la probabilidad de que no sean igualmente efectivas en todas las personas, derivada de los aspectos de la personalidad como la impulsividad o ira²⁹, ya que, pueden llegar a tener más dificultades para involucrarse y concentrarse en la meditación^{37,38}. El tiempo de duración de la intervención también es importante, ya que esto puede llegar a impactar en la evaluación del momento óptimo para iniciar una Intervención Basada en Mindfulness con el fin de guiarla adecuadamente, así como el periodo de seguimiento³⁹. Sin embargo, el seguimiento de los participantes después del tratamiento se puede tornar difícil, ya que algunos de ellos pueden abandonarla^{40,41}.

Así mismo, un aspecto importante a resaltar es que, en los estudios analizados no se muestra la especificación de otras actividades disponibles durante la estancia del tratamiento, como actividades psicológicas adicionales, ya que esto pudiera influir en los resultados^{26,42,43}. Dada esta brecha, es crucial que los estudios aborden cuidadosamente el efecto del lugar de tratamiento en los resultados, ya que podría dar pie a la mejora de las futuras investigaciones que tomen como base las Intervenciones Basadas en Mindfulness^{44,45}.

No obstante, también se identificaron algunas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, la mayoría de los estudios carecen de evaluaciones de seguimiento a largo plazo, lo que impide conocer si los beneficios del Mindfulness se mantienen tras el egreso del tratamiento residencial^{46,47}. Además, se observó que el seguimiento de las participantes una vez finalizado el tratamiento representa un desafío metodológico importante, ya que en varios estudios se evidenció abandono, lo cual puede comprometer la validez interna de los hallazgos^{48,49,50}.

Conclusiones

A través de la revisión sistemática se evidencia que las Intervenciones Basadas en Mindfulness benefician a las mujeres que participan en ellas, obteniendo bases para reducir las tasas de recaídas. Sin embargo, también se enmarca que la literatura es escasa en cuanto a Intervenciones Basadas en Mindfulness realizadas en el sexo femenino. Con esta revisión, los profesionales que trabajan en ese tipo de entornos pueden tener una base más sólida para la implementación y las asociaciones de las intervenciones, hasta el punto de poder elegir diferentes programas para diversos resultados.

Así mismo, es importante resaltar que no se encontraron investigaciones en contexto latinoamericano o mexicano en mujeres, por lo que resulta importante replicar las intervenciones con la finalidad de seguir realizando investigación y analizándola en diferente población, para comparar los resultados y comprobar que son beneficiosas en otro contexto. Asimismo, el análisis de las características contextuales debe considerar los aspectos sociales y culturales propios de la población, a fin de garantizar una implementación efectiva y contextualizada de las estrategias en estos grupos.

Finalmente, la prevención de recaídas cobra especial relevancia, ya que representa un componente esencial para el éxito a largo plazo del tratamiento. El profesional de enfermería puede desempeñar un papel fundamental en este proceso, al brindar acompañamiento continuo, educación, identificación temprana de señales de riesgo y apoyo, lo que contribuye significativamente a la adherencia terapéutica y a la consolidación de cambios positivos en la vida de las mujeres en tratamiento.

Conflicto de interés

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.



Consideraciones éticas

Este estudio corresponde a una revisión de literatura y no implicó la participación directa de seres humanos ni el uso de datos personales, por lo que no requirió aprobación por parte de un comité de ética en investigación.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que no han utilizado ninguna aplicación, software, páginas web de inteligencia artificial generativa en la redacción del manuscrito, en el diseño de tablas y figuras, ni en el análisis e interpretación de los datos.

Contribución de los autores

Conceptualización: D.K.L.E.; Curación de datos: M.V.B., D.K.L.E., Y.M.M.; Análisis formal: D.K.L.E.; Adquisición de fondos: D.K.L.E., Y.M.M., M.V.B., C.A.S.M., B.I.J.P., A.R.Á.; Investigación: D.K.L.E.; Metodología: M.V.B., D.K.L.E., Y.M.M.; Administración de proyecto: Y.M.M., M.V.B., C.A.S.M., B.I.J.P., A.R.Á.; Recursos: D.K.L.E., Y.M.M., M.V.B., C.A.S.M., B.I.J.P.; Software: Y.M.M., M.V.B., C.A.S.M., B.I.J.P., A.R.Á.; Supervisión: D.K.L.E., Y.M.M., M.V.B., C.A.S.M., B.I.J.P., A.R.Á.; Validación: M.V.B.; Visualización: Y.M.M., M.V.B., C.A.S.M., B.I.J.P., A.R.Á.; Redacción - borrador original: D.K.L.E., Y.M.M., M.V.B., C.A.S.M., B.I.J.P.; Redacción - revisión y edición: D.K.L.E., Y.M.M., M.V.B., C.A.S.M., B.I.J.P., A.R.Á.

Financiamiento

Los autores no recibieron patrocinio para llevar a cabo este artículo.

Referencias

1. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2021. Global overview of drug demand and supply [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
2. Organización Mundial de la Salud. La dimensión de salud pública del problema mundial de las drogas 2022 [Internet]. UNODC/OMS; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_43-sp.pdf

3. Secretaría de Salud. Contexto de la demanda de sustancias ilícitas en 2022 2023 y acciones del Gobierno de México en materia de salud mental y adicciones [Internet]. 2023. Reporte de Drogas. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/835202/Hoja_de_datos_consumo_de_sustancias_2022.pdf
4. Sikkes S, Blaauw E. Self-stigma and social support in patients with addiction problems. *Tijdschr Psychiatr* [Internet]. 2023;65(6):418–22. Disponible en: <https://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl>
5. Webb L, Fox S, Skårner A, Messas G. Editorial: Women and substance use: Specific needs and experiences of use, others' use and transitions towards recovery. *Front Psychiatry*. 2022;13:1078605. DOI:10.3389/fpsy.2022.1078605
6. Jones AA, Strong-Jones S, Bishop RE, Brant K, Owczarzak J, Ngigi KW, Latkin C. The impact of family systems and social networks on substance use initiation and recovery among women with substance use disorders. *Psychol Addict Behav*. 2024;38(8):850–9. DOI: <https://doi.org/10.1037/adb0001007>
7. Coppel A, Perrin S. Women, gender and drugs: between research and action. *Harm Reduct J*. 2024;21:200. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12954-024-01106-7>
8. Razali A, Madon Z, Hassan M. Woman and substance abuse: Examining the factors influencing relapse. *Asian Women*. 2021;37(3):51–73. DOI:10.14431/aw.2021.9.37.3.51
9. Gorvine MM, Haynes TF, Marshall SA, Clark CJ, Lovelady NN, Zaller ND. A qualitative exploration of women's lives and resilience in substance use disorder recovery. *Integr Med (Encinitas)* [Internet]. 2021;20(3):20. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8325504/>
10. Vilhjalmsdottir A, Halldorsdottir S, Sigurdardottir S. Women's lived experience of the interconnectedness of trauma, substance use, and prison. *J Forensic Nurs*. 2023;19(1):3–11. DOI:10.1097/JFN.0000000000000413
11. CONADIC. Guía para la Operación de Establecimientos Privados, que brinden Servicios de Tratamiento Residencial de Atención a las Adicciones en México [Internet]. Ciudad de México: Comisión Nacional contra las Adicciones; 2022. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/788911/Guia_Operaci_n_establecimientos_residenciales.pdf
12. Secretaría de Salud (SSA). Norma Oficial Mexicana NOM 028 SSA2 2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones [Internet]. Ciudad de México; 2009. Disponible en: www.conadic.gob.mx
13. Landin L, Cevallos F, Colorado A, Cherres E. Nursing care in drug dependent patients Cuidados de enfermería. *Julio Diciembre* [Internet]. 2020;3(2):2020–32. Disponible en: <https://revistas.itsup.edu.ec/index.php/Higia/article/view/476/662>



14. Mazariegos J. Estimación del tiempo de recaída al consumo de drogas en adolescentes San José Costa Rica. *Rev Cúpula*. 2021;35(2):9–22. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n2/art02.pdf>
15. Sanchez M, Amaro H. Cumulative exposure to traumatic events and craving among women in residential treatment for substance use disorder: The role of emotion dysregulation and mindfulness disposition. *Front Psychol*. 2022;13:1048798. DOI:10.3389/fpsyg.2022.1048798
16. Bautista TG, Ware OD, Macias Burgos MA, Rivas VD, Cruz Carrillo Y, Davidson A, Mezhenka M, Sanchez M, Amaro H. Mixed methods analysis of satisfaction during a 12 session mindfulness based intervention for women with a substance use disorder and trauma symptomatology. *Front Psychol*. 2024;15:1359174. DOI:10.3389/fpsyg.2024.1359174
17. Jarrett O, London ED, Mahmoudie T, Suh J, Ghahremani D, Dean AC. Mindfulness and clinical correlates in methamphetamine use disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2023;253:111029. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2023.111029
18. Félix Junior IJ, Paula A, Donate G, Noto AR, Carlos J, Galduróz F, et al. Mindfulness based interventions in inpatient treatment for Substance Use Disorders: A systematic review. 2022. DOI: 10.1016/j.abrep.2022.100467
19. Herczyk JM, Zullig KJ, Davis SM, Mallow J, Hobbs GR, Davidov DM, Lander LR, Theeke L. Association of loneliness and mindfulness in substance use treatment retention. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(16):6571. DOI:10.3390/ijerph20166571
20. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. DOI:10.1136/bmj.n71
21. Ramos Galarza C. Editorial: Diseños de investigación experimental. *CienciAmérica*. 2021;10(1):1–7. DOI:10.33210/ca.v10i1.356
22. López de Argumedo M, Reviriego E, Gutiérrez A, Bayón JC. Actualización del Sistema de Trabajo Compartido para Revisiones Sistemáticas de la Evidencia Científica y Lectura Crítica (Plataforma FLC 3.0). Bilbao: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2021. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA. Disponible en: <http://www.lecturacritica.com/es/index.php>
23. The Cochrane Collaboration. Review Manager (RevMan) [computer program]. Version 5.4.1. Copenhagen: The Nordic Cochrane Centre; 2020.

24. Witkiewitz K, Warner K, Sully B, Barricks A, Stauffer C, Thompson BL, et al. Randomized trial comparing mindfulness based relapse prevention with relapse prevention for women offenders at a residential addiction treatment center. *Subst Use Misuse*. 2014;49(5):536–46. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826084.2013.856922>
25. Amaro H, Black DS. Mindfulness Based Intervention effects on substance use and relapse among women in residential treatment: A randomized controlled trial with 8.5 month follow up period from the Moment by Moment in Women's Recovery Project. *Psychosom Med*. 2021;83(6):528–38. DOI:10.1097/PSY.0000000000000907
26. Maneesang W, Hengpraprom S, Kalayasiri R. Effectiveness of mindfulness based therapy and counseling programs (MBTC) on relapses to methamphetamine dependence at a substance dependency treatment center. *Psychiatry Res*. 2022;317:114886. DOI:10.1016/j.psychres.2022.114886
27. Roos C, Stein E, Bowen S, Witkiewitz K. Individual gender and group gender composition as predictors of differential benefit from mindfulness based relapse prevention for substance use disorders. *Mindfulness*. 2019;10(8):1560–7. DOI:10.1007/s12671-019-01112-y
28. Davis JP, Berry D, Dumas TM, Ritter E, Smith DC, Menard C, Roberts BW. Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: results from a randomized trial. *J Subst Abuse Treat*. 2018;91:37–48. DOI:10.1016/j.jsat.2018.05.002
29. Amaro H, Black DS. Mindfulness-based intervention effects on substance use and relapse among women in residential treatment: a randomized controlled trial with 8.5-month follow-up period from the Moment-by-Moment in Women's Recovery Project. *Psychosom Med*. 2021;83(6):528-538. DOI:10.1097/PSY.0000000000000907.
30. Lopez A, Fernández A. Situaciones de riesgo, estrategias de afrontamiento y autoconfianza en pacientes con drogodependencia en tratamiento residencial. *Rev Electr Psicol FES Zaragoza UNAM*. 2022;14(24):67–73. Disponible en: [https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/revistas/Rev_Elec_Psico/Vol12_No_24/REP12\(24\)-art7.pdf](https://www.zaragoza.unam.mx/wp-content/2022/Publicaciones/revistas/Rev_Elec_Psico/Vol12_No_24/REP12(24)-art7.pdf)
31. World Health Organization. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/377960>
32. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Metanfetamina [Internet]. 2024. Disponible en: <https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/metanfetamina>



33. Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). Guía Técnica de Apoyo para Establecimientos en la Atención de las Adicciones en Modalidad Residencial. 2ª ed. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2021. Disponible en: https://www.conasama.salud.gob.mx/Residenciales/Guxa_txcnica_apoyo_residenciales_2021.pdf
34. Rash CJ. Implementing an evidence based prize contingency management protocol for stimulant use. *J Subst Use Addict Treat*. 2023;151:209079. DOI:10.1016/j.josat.2023.209079
35. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2023. Vienna: United Nations; 2023. Disponible en: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html>
36. Zhang D, Lee EKP, Mak ECW, Ho CY, Wong SYS. Mindfulness based interventions: an overall review. *Br Med Bull*. 2021;138(1):41–57. DOI:10.1093/bmb/ldab005
37. Binda DD, Greco CM, Morone NE. What are adverse events in mindfulness meditation? *Glob Adv Health Med*. 2022;11:2164957X221096640. DOI:10.1177/2164957X221096640
38. Taylor GB, Vasquez TS, Kastrinos A, et al. The adverse effects of meditation interventions and mind–body practices: a systematic review. *Mindfulness*. 2022;13(8):1839–56. DOI:10.1007/s12671-022-01915-6
39. Bruna González B, Calventus Salvador J, Pavez P. Intervenciones grupales breves basadas en mindfulness: una revisión sistemática. *Límite (Arica)*. 2023;18(1):215. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-50652023000100215
40. Irazoqui G, Groisman R, Gruccos I, Brady J, Cassinelli C, Cerviño X, et al. Causas de abandono de un tratamiento ambulatorio intensivo por trastorno por uso de sustancias: Perspectiva hacia el diseño de programas. *Vertex Rev Arg Psiquiatr*. 2024;35(165):6–15. Disponible en: https://www.revistavertex.com.ar/descargas/primeronline/vertex%20165_articulo%201%20IRAZOQUI.pdf
41. Rodas Flores D, Reivan Ortiz G. Intervenciones basadas en Mindfulness en el tratamiento de adicciones a sustancias psicotrópicas: revisión sistemática. *Rev Ecuat Psicol (REPSI)*. 2021;4(10):181–202. Disponible en: <file:///C:/Users/KARELY/Downloads/articulo-no-1-repsi-n10v4.pdf>
42. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). Manual para Establecimientos Residenciales Especializados en la Atención de las Adicciones. Ciudad de México: Secretaría de Salud; 2024. Disponible en: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/946984/1.1_Manual_para_ESTABLECIMIENTOS_RESIDENCIALES_A_LAS_ADICCIONES_20092024__002_.pdf

43. Demina A, Petit B, Meille V, Trojak B. Mindfulness interventions for craving reduction in substance use disorders and behavioral addictions: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Neurosci.* 2023;24(55). Disponible en: <https://bmcneurosci.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12868-023-00821-4>
44. Chang K-S, Lee L-H, Chen S-L, Chen Y-C, Yang C-I. Factors influencing the effects of the mindfulness-based interventions of patients with substance abuse: A qualitative systematic review and meta-synthesis. *Heliyon.* 2023;9:e18911. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e18911>
45. Rosenthal A, Levin ME, Garland EL, Romanczuk-Seiferth N. Mindfulness in treatment approaches for addiction — underlying mechanisms and future directions. *Curr Addict Rep.* 2021;8:282–97. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00372-w>
46. Ramadas E, Lima MPd, Caetano T, Lopes J, Dixe MA. Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention in Individuals with Substance Use Disorders: A Systematic Review. *VillaRamadas International Treatment Center*; 2025. DOI:<https://doi.org/10.3390/bs11100133>
47. Ortiz Castro A, Bernal Pérez RP, Vargas Huicochea I, Farfán Márquez A, Flores-Castro JC. Evaluation of a Brief Mindfulness-based Intervention to Prevent Problematic Substance Use among First-year Medical Students. *Salud Ment.* 2025;48(1):21. DOI: <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2025.004>
48. Bernaldo-de-Quirós M, Amores A. Intervenciones basadas en mindfulness para la prevención de recaídas en el consumo de alcohol: una revisión sistemática. *HAAJ.* 22 de febrero de 2024. (1):72-9. DOI: <https://doi.org/10.21134/haaj.v24i1.792>
49. Schuman-Olivier Z, Goodman H, Rosansky J, Fredericksen AK, Barria J, Parry G, et al. Mindfulness Training vs Recovery Support for Opioid Use, Craving, and Anxiety During Buprenorphine Treatment: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open.* 2024;7(1):e2454950. DOI:10.1001/jamanetworkopen.2024.54950
50. Chaix-Murys E. Addiction et maintien de l'abstinence : l'intérêt des approches thérapeutiques focalisées sur la compassion. Thèse de doctorat en psychologie. Université Côte d'Azur; 2024. Disponible en: <https://theses.hal.science/tel-04966260v1/file/2024COAZ2047.pdf>