REPÚBLICA DEL ECUADOR





UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD DE POSGRADO

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA MENCIÓN PSICOTERAPIA

TEMA

EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN BASADA EN MINDFULNESS PARA MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ADICCIONES

AUTOR: Kevin Javier Quilumbaqui Terán

DIRECTOR: MSc. Santiago Alfonso Andrade Tirado

ASESOR: MSc. Inés Margarita Mantilla Posso

IBARRA - ECUADOR

2026

Dedicatoria

Este trabajo quiero dedicarlo primero a Dios, por ser mi guía y fortaleza en cada etapa de mi vida, por brindarme la sabiduría, perseverancia, el tiempo y la vida para poder culminar este logro académico.

A mis padres, quienes han sido el pilar fundamental de mi formación personal y profesional, impulsándome a seguir adelante, enseñándome que el trabajo constante es el camino para alcanzar los sueños.

A mi familia, por su apoyo incondicional, comprensión, motivación y palabras de aliento en los momentos más desafiantes de este proceso.

A mi pareja, quien con su amor, paciencia y compañía fue la fuerza que necesitaba para continuar hasta alcanzar mi meta y a mi pequeño Noah, quien representa mi mayor motivación para superar cada día.

Finalmente, dedico este trabajo a las personas que luchan por recuperar su bienestar y transformar sus vidas, que este trabajo contribuya a fortalecer las intervenciones en salud mental y adicciones, promoviendo una atención más humana, consciente y basada en la evidencia.

Agradecimientos

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a mi familia, por ser el pilar fundamental en mi vida, por el amor, comprensión, apoyo incondicional y la motivación a perseverar en cada etapa de este proceso académico.

A mi pareja por su paciencia y compañía y respaldo constate durante el desarrollo de esta investigación, por comprender las exigencias de este camino, brindarme el ánimo en momentos de dificultad y por celebrar conmigo cada uno de los pasos dados.

A mi tutor de tesis, por su orientación, dedicación y valiosos conocimientos compartidos a lo largo de este trabajo, observaciones, sugerencias y acompañamiento académico, fueron fundamentales para fortalecer la calidad de esta investigación.

A los docentes de la maestría, quienes, con su experiencia, compromiso y vocación, enriquecieron mi formación académica y profesional, ya que, con cada enseñanza recibida han contribuido en el desarrollo de competencias necesarias para ejercer mi labor como profesional.

Y finalmente a la fundación que abrió las puertas para la realización de esta investigación y a los participantes por la disposición, compromiso y confianza, pilares que hicieron posibles la ejecución de este trabajo.

A todos ustedes, mi más profunda gratitud por haber sido parte de este importante logro académico y personal.

Conformidad con el documento final

CERTIFICACIÓN DIRECTOR DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CURRICULAR

Ibarra, 01 de julio del 2026

Msc. Santiago Alfonso Andrade Tirado
DIRECTOR DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

CERTIFICA

Haber revisado el presente informe final del trabajo de Integración Curricular con el tema "Eficacia de la Intervención Basada en Mindfulness para Mejorar la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con Adicciones", que se ajusta a las normas vigentes de la Universidad Técnica del Norte. En consecuencia, autorizo su presentación para los fines legales pertinentes.

(f)..

.....

Msc. Santiago Alfonso Andrade Tirado

100306224-5

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

DIRECCIÓN DE BIBLIOTECA

Autorización de uso y publicación a favor de la Universidad Técnica del Norte

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Quilumbaqui Terán Kevin Javier

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	Eficacia de la intervención basada en mindfulness para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con adicciones
AUTOR (ES):	Quilumbaqui Terán Kevin Javier
FECHA: DD/MM/AAAA	09 de julio del 2026
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	☐ PREGRADO [x] POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	Magíster en Psicología Clínica mención Psicoterapia
DIRECTOR /ASESOR:	Msc. Santiago Alfonso Andrade Tirado

2. CONSTANCIAS

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 17 días del mes de julio de 2026

EL AUTOR:

Validar únicamente en FirmaEC.
Firmado electrónicamente por:
KEVIN JAVIER
QUILUMBAQUI TERAN

Firma:

Nombre: Quilumbaqui Terán Kevin Javier

Maestrante

Resumen

El consumo de sustancias constituye un problema de salud pública debido a las elevadas tasas de abandono y recaídas durante los procesos de rehabilitación. En este contexto, las intervenciones basadas en mindfulness han demostrado ser una alternativa prometedora para favorecer y fortalecer la adherencia al tratamiento. El objetivo de la presente investigación fue evaluar la eficacia de una intervención basada en mindfulness para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con adicciones.

Se desarrolló un estudio con enfoque cuantitativo, de diseño cuasi experimental, con mediciones pretest y postest, en un grupo cuasi experimental y cuasi control. Para la evaluación se utilizaron el Five Facet Mindfulness Questionnaire y el Cuestionario de Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento. Debido a la distribución no normal de los datos, se emplearon las pruebas no paramétricas de Wilcoxon, U de Mann-Whitney y el coeficiente de correlación rho de Spearman.

Los resultados evidenciaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo experimental tanto en los niveles de mindfulness, como en la adherencia al tratamiento, mientras que el grupo control no presentó mejoras significativas en la adherencia terapéutica. Asimismo, la comparación entre grupos mostró diferencias significativas en el postest para ambas variables. Finalmente, se encontró una correlación negativa fuerte y estadísticamente significativa entre mindfulness y el riesgo de abandono del tratamiento, indicando que un mayor nivel de mindfulness se asocia con un menor riesgo de abandono terapéutico.

Se concluye que la intervención basada en mindfulness fue eficaz para incrementar los niveles de atención plena y mejorar la adherencia al tratamiento en personas en proceso de rehabilitación por consumo de sustancias, constituyéndose en una estrategia complementaria de utilidad para los programas de tratamiento de adicciones.

Palabras clave: mindfulness, adherencia al tratamiento, adicciones.

Abstract

Substance use represents a major public health concern due to the high rates of treatment dropout and relapse during rehabilitation. In this context, mindfulness-based interventions have emerged as a promising approach to promote and strengthen treatment adherence. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of a mindfulness-based intervention in improving treatment adherence among individuals with substance use disorders.

A quantitative study with a quasi-experimental design was conducted using pretest and posttest assessments in an experimental group and a control group. The Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) and the Predictive Variables of Treatment Dropout and Adherence Questionnaire (VPA-30) were administered to assess mindfulness and treatment adherence, respectively. Because the data were not normally distributed, nonparametric statistical analyses were performed using the Wilcoxon signed-rank test, the Mann–Whitney U test, and Spearman's rank-order correlation coefficient.

The results revealed statistically significant improvements in both mindfulness levels and treatment adherence in the experimental group, whereas the control group showed no significant improvement in treatment adherence. Furthermore, between-group comparisons demonstrated significant posttest differences for both variables. A strong and statistically significant negative correlation was also found between mindfulness and the risk of treatment dropout, indicating that higher levels of mindfulness were associated with a lower risk of discontinuing treatment.

These findings suggest that the mindfulness-based intervention was effective in increasing mindfulness and enhancing treatment adherence among individuals undergoing rehabilitation for substance use disorders. Therefore, mindfulness may serve as a valuable complementary strategy for addiction treatment programs.

Keywords: mindfulness; treatment adherence; addiction.

Índice de Contenido

Dedicatoria I
Agradecimientos II
Conformidad con el documento final III
Certificación director del trabajo de investigación curricular III
Resumen V
Abstract VI
CAPÍTULO I. EL PROBLEMA 1

1.1. Planteamiento del Problema 1

1.2 Antecedentes 4

1.3 Objetivos 5
1.3.1 Objetivo General 5
1.3.2 Objetivos Específicos 5

1.4. Justificación 6
CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL 9

2.1 Adicciones 9
2.1.1 Definiciones y Modelos Teóricos de la Adicción 9
2.1.2 Neurobiología y Mecanismos de Recompensa en la Adicción 10
2.1.3 Factores de Riesgo y Vulnerabilidad Psicológica 11
2.1.4. Estrategias Terapéuticas Contemporáneas y su Eficacia 12

2.2. Adherencia al Tratamiento 13
2.2.1. Conceptualización y Dimensiones de la Adherencia Terapéutica 13
2.2.2. Factores Psicológicos y Sociales que Influyen en la Adherencia 14
2.2.3. Adherencia en Tratamientos para Trastornos por Consumo de Sustancias 15
2.2.4. Relación entre Adherencia y Resultados Clínicos en Adicciones 15

2.3. Mindfulness 17
2.3.1. Definiciones y Evolución Conceptual del Mindfulness 17

2.3.2. Modelos Teóricos y Mecanismos Psicológicos Subyacentes 18
2.3.3. Mindfulness como Intervención Clínica en Adicciones 19
2.3.4. Evidencia Empírica de Eficacia en Poblaciones con Trastornos de Consumo 20
2.4. Marco Legal 21
2.4.1. Ley Orgánica de Salud Mental (LOSM) 21
2.4.2. Reglamento General a la LOSM 21
2.4.3. Protocolos del Ministerio de Salud Pública 22
2.4.4. Consideraciones Bioéticas 22
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO 23
3.1 Descripción del área de estudio / grupo de estudio 23
3.2 Enfoque y Tipo de Investigación 23
3.3 Procedimiento de la Investigación 24
3.3.1 Población y Muestra 28
3.3.2 Instrumentos 29
3.3.3 Análisis de Datos 36
CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN 38
4.1 Resultados de la Investigación 38
4.1.1 Perfil sociodemográfico de la muestra 38
4.1.2 Resultados de la prueba Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) versión en español. 50
4.1.3 Resultados del Cuestionario VPA-30, Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento en Adicciones (Sirvent et al., 2009) 51
4.1.4 Determinación de la normalidad de los datos 53
4.1.5 Análisis de la eficacia de la intervención basada en Mindfulness 53
4.1.6 Comparación de resultados entre test 53
4.1.7 Comparación de resultados entre grupos 55

4.1.7 Correlación entre Mindfulness y Adherencia al Tratamiento.....56
4.2 Discusión.....57
CONCLUSIONES.....62
RECOMENDACIONES.....64
REFERENCIAS.....65

Índice de tablas

Tabla 1 Operalización de valores 27

Tabla 2 Criterios de inclusión y exclusión 28

Tabla 3 Punto de Corte FFMQ Bear et al. (2026) 30

Tabla 4 Punto de Corte VPA-30 Sirvent et al. (2009) 32

Tabla 5 Intervención Terapéutica Basada en Mindfulness 33

Tabla 6 Datos descriptivos de la muestra 38

Tabla 7 Resultados descriptivos del pretest 50

Tabla 8 Resultados descriptivos del post test 51

Tabla 9 Resultados descriptivos del pretest 51

Tabla 10 Resultados descriptivos del post test 52

Tabla 11 Resutados prueba de normalidad 53

Tabla 12 Comparación grupal de las puntuaciones pre y post test con la prueba de Wilconxon 54

Tabla 13 Comparación grupal según la prueba U de Mann-Whitney 56

Tabla 14 Relación entre mindfulness y adherencia al tratamiento 57

Índice de figuras

Figura 1 Distribución por grupo....39
Figura 2 Distribución por edad....40
Figura 3 Distribución por género....40
Figura 4 Distribución por estado civil....41
Figura 5 Distribución por nivel educativo....41
Figura 6 Distribución por ocupación....42
Figura 7 Distribución por situación laboral....42
Figura 8 Distribución por ingresos....43
Figura 9 Distribución por tipo de vivienda....43
Figuras 10 Distribución por convivencia....44
Figura 11 Distribución por zona residencial....44
Figura 12 Distribución por sustancia principal de consumo....45
Figura 13 Distribución por otro tipo de sustancias....45
Figura 14 Distribución por inicio de consumo....46
Figura 15 Distribución por frecuencia de consumo....46
Figura 16 Distribución por duración de consumo....47
Figura 17 Distribución por intentos de tratamiento....47
Figura 18 Distribución por tipo de tratamiento....48
Figura 19 Distribución por tiempo de abstinencia....48
Figura 20 Distribución por presencia de comorbilidad....49
Figura 21 Distribución por apoyo familiar....49

CAPÍTULO I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

La adherencia al tratamiento en personas con trastornos por consumo de drogas sigue siendo uno de los principales desafíos para los sistemas de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) señala que la falta de adherencia es un problema crítico que afecta la efectividad de los tratamientos, incrementa el riesgo de recaídas y genera costos elevados para los sistemas sanitarios. Además, los trastornos por consumo de sustancias deben abordarse como enfermedades crónicas, lo que implica la necesidad de estrategias sostenidas, integradas y centradas en la persona para garantizar la continuidad del tratamiento y la rehabilitación (OMS, 2023).

Por su parte, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2024) advierte que, aunque aproximadamente 64 millones de personas en el mundo presentan trastornos por consumo de drogas, solo una de cada 11 accede a tratamiento. Esta brecha refleja no solo la falta de cobertura, sino también dificultades para mantener la adherencia en procesos prolongados, especialmente en contextos de vulnerabilidad. UNODC y OMS recomiendan intervenciones basadas en evidencia, como terapias psicosociales, apoyo comunitario y programas integrados en atención primaria, para mejorar la retención y reducir las recaídas, subrayando que cada dólar invertido en tratamiento puede ahorrar hasta 12 dólares en costos sociales y sanitarios (UNODC, 2025).

La recuperación del trastorno por uso de sustancias implica un proceso de transformación integral que va más allá de la mera abstinencia, ansiedad y craving, pues requiere desarrollar habilidades de regulación emocional, reintegración social y fortalecimiento del apoyo familiar. Garland et al. (2020) señalan que los tratamientos tradicionales, aunque efectivos, no siempre abordan de manera conjunta los

componentes biológicos, psicológicos y sociales del proceso de recuperación, lo que limita su alcance en la sostenibilidad del cambio conductual.

La adherencia al tratamiento en personas con trastornos por consumo de sustancias representa un desafío persistente en el ámbito de la salud mental, a pesar de los avances en los enfoques terapéuticos, las tasas de abandono y recaída continúan siendo elevadas, lo que compromete la efectividad de los programas de rehabilitación y la recuperación sostenida de los pacientes (Rodas Flores, 2021).

En este contexto, el mindfulness, definido como la atención plena al momento presente sin juicio, ha emergido como una herramienta prometedora en el tratamiento de diversas condiciones psicológicas, incluyendo las adicciones. Las intervenciones basadas en mindfulness (MBI) han demostrado ser eficaces para mejorar la autorregulación emocional, reducir el craving, y fomentar la conciencia sobre los patrones de comportamiento, lo que podría traducirse en una mayor adherencia al tratamiento (Callisaya-Condori, 2024).

La recuperación tiene un impacto positivo en el bienestar personal, fortaleciendo la autoestima y la sensación de control, a nivel familiar y social, disminuyen los conflictos, el estigma y las cargas emocionales, lo que contribuye a un entorno de apoyo más saludable (Levy et al., 2022). La reinserción laboral también mejora la percepción de propósito y pertenencia.

Estudios recientes han evidenciado que el mindfulness puede tener un impacto positivo en la adherencia terapéutica. Por ejemplo, Villarrea Mata et al. (2020) encontraron que el mindfulness, al fortalecer la inteligencia emocional, contribuye a la prevención de recaídas en personas en tratamiento. Asimismo, Callisaya-Condori (2024) demostró que la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness reduce significativamente la ansiedad asociada al consumo de sustancias psicoactivas, lo que favorece la continuidad del tratamiento.

En el contexto ecuatoriano, y particularmente en la provincia de Imbabura, los centros de rehabilitación enfrentan dificultades para mantener la continuidad de los tratamientos, especialmente en poblaciones jóvenes. Factores como la baja motivación, el estigma social, la escasa tolerancia al malestar emocional y la falta de herramientas de afrontamiento efectivas contribuyen al abandono terapéutico.

Aunque la psicoterapia convencional como la terapia cognitiva-conductual, entrevista motivacional y terapia de contingencia ha probado su eficacia para mejorar la adherencia al tratamiento, sus efectos sobre síntomas de abstinencia aguda son modestos y a menudo insuficientes sin complementar con intervenciones integrales (Jhanjee, 2023). Este enfoque fragmentado deja fuera estrategias de regulación emocional, atención plena y tolerancia al estrés, factores claves en la adherencia a los procesos de recuperación.

Por tanto, la problemática radica en determinar si la intervención de atención plena puede influir significativamente en mejorar la adherencia al tratamiento, contribuyendo así a una recuperación más efectiva y prolongada. En consecuencia, se subraya la urgencia de incorporar técnicas estructuradas de apoyo emocional y mindfulness como elementos esenciales del tratamiento integral.

Por lo que se plantea la necesidad de investigar si una intervención basada en mindfulness puede influir positivamente en la adherencia al tratamiento de recuperación en personas con adicciones, buscando generar conocimiento aplicable que permita mejorar los programas de rehabilitación y contribuir al bienestar psicológico de los pacientes.

Respondiendo a las siguientes preguntas:

¿La aplicación de una intervención basada en mindfulness incrementa significativamente la adherencia al tratamiento en personas en proceso de rehabilitación por adicciones?

1.2 Antecedentes

A nivel mundial, la adherencia al tratamiento en personas con trastornos por consumo de sustancias sigue siendo un reto clínico y social. Las tasas de abandono y recaída son elevadas, lo que compromete la efectividad de los programas de rehabilitación (Bórquez, 2021; Sirvent et al., 2009). En este escenario, las intervenciones basadas en mindfulness (MBI) han ganado relevancia como estrategias complementarias. Una revisión sistemática publicada en Límite (Arica) analizó 366 estudios y concluyó que las intervenciones grupales breves basadas en mindfulness, especialmente aquellas integradas con técnicas cognitivo-conductuales, muestran resultados positivos en adherencia y bienestar psicológico, aunque aún se requiere estandarización metodológica (Bruna González, Calventus Salvador, & Pavez, 2023).

En Europa, Ferreira González et al. (2020) aplicaron el programa MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention) en pacientes con drogodependencias en Madrid. Aunque el tamaño de muestra fue limitado, los participantes reportaron mejoras en atención plena, autocompasión y reducción del craving, lo que sugiere una evolución favorable en la adherencia al tratamiento.

En América Latina, el uso de mindfulness en contextos clínicos ha crecido significativamente. En Chile, Bruna González et al. (2023) identificaron que los modelos breves de intervención (2 a 7 sesiones) son más efectivos para mantener la adherencia, en comparación con los modelos extensos de 8 sesiones, que presentan mayores tasas de abandono.

En Colombia, Rodríguez Barbosa y Hernández Palacio (2023) realizaron una revisión sistemática y metaanálisis que evidenció que las técnicas basadas en mindfulness como tratamiento coadyuvante mejoran significativamente la adherencia terapéutica, especialmente cuando se integran con psicoterapia convencional.

En Ecuador, Rodas Flores (2021) presentó una revisión sistemática que incluyó 13 ensayos clínicos sobre MBI en el tratamiento de adicciones. Los resultados mostraron que estas intervenciones son eficaces para reducir síntomas depresivos y ansiosos, y promover la remisión de conductas adictivas. Sin embargo, se advierte que aún falta evidencia sólida sobre su impacto específico en la adherencia terapéutica.

En la provincia de Imbabura, los Centros Especializados de Tratamiento para Adicciones (CETAD) enfrentan desafíos estructurales y éticos. Tarqui-Silva y Sánchez Salinas (2024) advierten que muchos de estos centros operan sin supervisión adecuada, lo que afecta la calidad de atención y la adherencia al tratamiento. La falta de estrategias integrales que incluyan regulación emocional y atención plena limita el éxito terapéutico.

Además, investigaciones recientes en otras provincias como Loja y Quito han demostrado que el mindfulness mejora la autorregulación emocional, reduce el craving y aumenta la abstinencia, siendo especialmente útil en jóvenes en proceso de reinserción social. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de aplicar y evaluar estas estrategias en Imbabura, donde aún no se han sistematizado estudios específicos sobre adherencia con mindfulness.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

Evaluar la eficacia de la intervención basada en mindfulness para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con adicciones.

1.3.2 Objetivos Específicos

• Identificar las características sociodemográficas de una muestra de personas que se encuentren en un proceso de recuperación.

• Medir los niveles de adherencia terapéutica antes y después de la aplicación de la intervención basada en mindfulness.

• Comprobar las diferencias significativas que muestra mindfulness en la mejora de la adherencia terapéutica en el grupo cuasi experimental comparado con el grupo cuasi control, antes y después de la intervención terapéutica.

1.4. Justificación

La presente investigación se justifica por la necesidad urgente de fortalecer la adherencia al tratamiento en personas con trastornos por consumo de sustancias, un desafío persistente en el ámbito de la salud mental. A pesar de los avances en los enfoques terapéuticos, las tasas de abandono y recaída continúan siendo elevadas, lo que compromete la efectividad de los programas de rehabilitación y el bienestar integral de los pacientes (Rodas Flores & Reivan Ortiz, 2021).

Desde una perspectiva clínica, el mindfulness ha demostrado ser una herramienta eficaz para mejorar la autorregulación emocional, reducir el craving y fomentar la conciencia sobre los patrones de comportamiento. Su aplicación en el tratamiento de adicciones permite a los pacientes desarrollar habilidades para afrontar el malestar emocional sin recurrir al consumo, lo que favorece la continuidad del tratamiento (Sinopsis Centro, 2024; Clínica SER, 2025).

Los beneficiarios directos de esta investigación serán los pacientes, quienes podrán acceder a estrategias complementarias que les ayuden a sostener su tratamiento, mejorar su calidad de vida y prevenir recaídas. El mindfulness contribuye a fortalecer la autoestima, la resiliencia y el autocontrol emocional, elementos clave en la recuperación sostenida (Instituto Castelao, 2023).

Las familias codependientes también se verán favorecidas, ya que la mejora en la adherencia terapéutica del paciente reduce los conflictos familiares, el estigma y las cargas emocionales. Además, el mindfulness puede ser una herramienta útil para los familiares en el manejo del estrés y la ansiedad derivados del proceso de acompañamiento (NeuroClass, 2023).

Los centros de rehabilitación podrán incorporar intervenciones breves basadas en mindfulness como parte de sus protocolos terapéuticos, lo que podría mejorar sus indicadores de éxito y fortalecer su rol como espacios de transformación. La evidencia sugiere que estas prácticas pueden integrarse fácilmente en programas estructurados, aumentando la eficacia del tratamiento sin requerir grandes recursos adicionales (Oceánica, 2025).

Los psicólogos y terapeutas contarán con evidencia científica que respalde el uso de técnicas de atención plena en el abordaje de adicciones, ampliando sus recursos clínicos y favoreciendo una atención más integral. El mindfulness ha sido reconocido como una estrategia terapéutica que complementa la psicoterapia convencional, especialmente en el manejo de síntomas de abstinencia y prevención de recaídas (Rodríguez Barbosa & Hernández Palacio, 2023).

Los profesionales de la salud que intervienen en el ámbito de las drogodependencias podrán integrar estas estrategias en sus prácticas interdisciplinarias. Estudios recientes han demostrado que el mindfulness mejora la salud mental del personal sanitario, reduce el estrés laboral y promueve la resiliencia, lo que impacta positivamente en la calidad de atención al paciente (Ocronos, 2025).

Finalmente, la sociedad en general se beneficiará al reducir los índices de consumo problemático, mejorar la reinserción social de los pacientes y disminuir los costos asociados al tratamiento y la reincidencia. Esta investigación también contribuye al cumplimiento de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo y se alinea con las líneas de investigación de la Universidad Técnica del Norte, relacionadas con salud mental, intervención psicosocial y desarrollo comunitario.

En suma, la investigación propone una alternativa innovadora, viable y contextualizada para mejorar la adherencia terapéutica en personas con trastornos por

consumo de sustancias, con impacto positivo en múltiples niveles del sistema de salud y bienestar social.

CAPÍTULO II. MARCO REFERENCIAL

2.1 Adicciones

Las adicciones son presentadas como un fenómeno complejo o enfermedad, ligada a muchos cambios neurológicos en el cerebro, por lo que una definición unificada es objeto de debates en diferentes marcos teóricos (Greener & Storr, 2023), por lo que esta investigación se enfocó más en la parte emocional de las personas que lo padecen, definiéndolo de la siguiente manera.

2.1.1 Definiciones y Modelos Teóricos de la Adicción

La adicción puede definirse como una condición crónica en donde la persona experimenta una pérdida de control en su consumo, implica dificultades en la regulación emocional, motivación y capacidad para afrontar el malestar según (Ferrer-Pérez et al., 2024). Según el National Institute on Drug Abuse señala que la adicción es un trastorno recurrente que afecta el comportamiento y la toma de decisiones, generando patrones compulsivos de consumo y recaída (NIDA, 2025). Por lo que, se entiende que las personas recurren a esta conducta con el fin de aliviar las emociones presentes, reforzando el consumo y dificultando el abandono.

Al hablar de los modelos teóricos de la adicción se puede mencionar el modelo de aprendizaje y refuerzo, el cual menciona que la adicción es una conducta que se genera cuando el consumo se asocia repetidamente con el alivio del malestar emocional, reforzándola y aumentando la probabilidad de repetirse frente al estrés y emociones negativas (Hogart, 2020). Estos modelos al ser progresivos pueden dar paso al modelo del hábito y pérdida de control, cuando el consumo se vuelve automático y difícil de detener, a pesar de que la persona sea consciente de las consecuencias, por lo que investigaciones recientes señalan que la automatización del consumo contribuye a la

falta de control y persistencia de la conducta, especialmente en situaciones emocionales adversas (Buabang et al., 2025).

2.1.1.1. Conceptualización: Desde el DSM-5, la adicción se conceptualiza como un trastorno caracterizado por la pérdida de control sobre el consumo, la presencia de craving y la persistencia del comportamiento a pesar de consecuencias negativas, deteriorando significativamente el funcionamiento personal y social (Petry, 2021). Se pone en énfasis a los patrones conductuales y al impacto funcional. Asimismo, la literatura reciente señala que la adicción implica dificultades para modificar conductas desadaptativas frente a consecuencias negativas, lo que refuerza su comprensión como un problema persistente de autorregulación (Smith et al., 2021).

2.1.1.2. Modelos Teóricos Enfocados en Cognitivo Conductual: El modelo cognitivo-conductual de la adicción explica que la conducta desadaptativa se mantiene por la relación entre pensamientos, emociones y conductas, en este enfoque, las personas desarrollan pensamientos automáticos que aumentan el malestar emocional y llevan al consumo como forma de alivio, con el tiempo, este patrón se refuerza y se repite, especialmente cuando la persona enfrenta situaciones estresantes o emociones negativas (NeuroLaunch, 2024).

2.1.2 Neurobiología y Mecanismos de Recompensa en la Adicción

Dentro de la neurobiología de las adicciones se puede mencionar que las alteraciones se enfocan en los circuitos de recompensa, específicamente los que están mediados por la dopamina, encargada de reforzar la motivación por los estímulos asociados al consumo y en el mantenimiento de conductas adictivas, más allá del placer inmediato (Wise & Jordan, 2021). La activación repetida de estos circuitos fortalece el aprendizaje de búsqueda de recompensa y favorece conductas compulsivas, dificultando la inhibición del consumo (Poisson et al., 2021), por lo que se puede interpretar, que la

dopamina al actuar en el circuito o sistema de recompensas genera un estado de bienestar en la persona, haciendo que el consumo se mantenga.

2.1.3 Factores de Riesgo y Vulnerabilidad Psicológica

Dentro de las adicciones existen distintos factores de vulnerabilidad, incluyendo la regulación emocional, baja tolerancia al malestar, impulsividad, etc. Estos rasgos pueden volver progresivas las conductas adictivas, y más aún cuando la persona no tiene recursos para afrontar las situaciones que se pueden presentar. Cuando la persona no cuenta con estrategias adaptativas para afrontar situaciones estresantes o emociones intensas, el consumo puede convertirse en una respuesta recurrente para aliviar el malestar, favoreciendo la progresión y mantenimiento de la adicción (Aldao et al., 2020).

2.1.3.1. Apego Inseguro y Regulación Emocional: Dentro de los factores de vulnerabilidad se encuentra el apego inseguro, que se relaciona con dificultades para regular las emociones, aumentando la vulnerabilidad a conductas adictivas. Las personas con apego ansioso o evitativo tienden a usar sustancias o comportamientos adictivos para manejar estados emocionales intensos o malestar interno, en lugar de apoyarse en relaciones seguras o estrategias adaptativas (Burgkart et al., 2022). En personas con apego inseguro, la desregulación emocional favorece la conducta adictiva como forma de compensar la incapacidad para procesar y expresar emociones de manera saludable, lo que se observa tanto en consumo de sustancias como en otros trastornos adictivos (Chrétien et al., 2025).

2.1.3.2. Comorbilidad Ansiedad, Depresión y su Impacto: Dentro de las adicciones la comorbilidad entre ansiedad y depresión es prevalente y compleja, debido a que quien padece un trastorno de uso de sustancias, también puede presentar síntomas significativos de ansiedad y depresión, La coexistencia de estos trastornos puede potenciar un ciclo bidireccional en el que las personas recurren al consumo como forma

de aliviar malestar emocional, y a su vez, el uso continuado de sustancias agrava los síntomas de ansiedad y depresión, dificultando la recuperación (Bahji et al., 2024). Estudios recientes con análisis de red muestran asociaciones fuertes entre problemas de ansiedad, depresión y conductas adictivas, indicando que estas condiciones tienden a agruparse y reforzarse mutuamente, lo que implica un mayor riesgo de empeoramiento clínico y peor pronóstico si no se abordan de forma integrada (Shmulewitz et al., 2024).

2.1.3.3. Rasgos de Personalidad y su Efecto en Adherencia: Al hablar sobre factores de riesgo y vulnerabilidad, encontramos los rasgos de personalidad, especialmente la impulsividad, mismo que puede influir dentro de la adhesión al tratamiento y la progresión de las conductas adictivas, ya que quienes presentan altos niveles de impulsividad tienden a tomar decisiones rápidas sin considerar las consecuencias, lo que dificulta mantener estrategias de afrontamiento saludables y cumplir con los programas terapéuticos (Gómez-Bujedo et al., 2020). Además, la investigación muestra que diferentes patrones de impulsividad se correlacionan con distintos tipos de adicciones y que estos rasgos pueden predecir mayor riesgo de recaída y peor resultado clínico, implicando la necesidad de enfoques individualizados en la intervención (Guo et al., 2023). Dando a entender que la personalidad también tiene una influencia, no solo en las conductas adictivas, sino también en la adherencia al tratamiento.

2.1.4. Estrategias Terapéuticas Contemporáneas y su Eficacia

Las terapias contemporáneas en este contexto combinan enfoques cognitivos-conductuales con técnicas novedosas para que ayuden a afrontar el estrés, craving, ansiedad entre otros desencadenantes y ha sabido demostrar los beneficios adicionales que brindan estos métodos. Por ejemplo, las intervenciones basadas en mindfulness han mostrado eficacia en la reducción del craving y del estrés al fortalecer el control consciente sobre respuestas automáticas (Rosenthal et al., 2022). Asimismo, métodos

como la modificación de sesgos cognitivos y la exposición asistida por realidad virtual buscan disminuir la reactividad a estímulos adictivos, mientras que enfoques combinados con manejo de emociones facilitan la adherencia terapéutica (Roberts et al., 2022; Zhang & Liu, 2022). Estas estrategias contemporáneas aportan herramientas útiles para tratar aspectos psicológicos, motivacionales y conductuales que inciden en la recuperación.

2.2. Adherencia al Tratamiento

La adherencia al tratamiento hace referencia al grado en que la persona se compromete con las indicaciones terapéuticas y participación en el proceso de recuperación. En las adicciones, es importante para conseguir resultados positivos, la deserción temprana y falta de compromiso aumenta el riesgo de recaídas y la eficacia de la intervención. Esta adherencia es influenciada por múltiples factores interrelacionados, como las características personales (motivación, percepción de la enfermedad), el apoyo social, las barreras económicas y los factores del propio tratamiento o del sistema de salud, que pueden facilitar o dificultar la participación sostenida en el proceso terapéutico (Shams et al., 2023).

2.2.1. Conceptualización y Dimensiones de la Adherencia Terapéutica

La adherencia terapéutica es conocida como el comportamiento multidisciplinar en el cuál la persona participa de manera activa y comprometida con el tratamiento, no solo en la toma de medicamentos, sino también en cambios de estilo de vida y asistencia a citas, y es influenciada por múltiples factores interrelacionados (p. ej., creencias, apoyo social, interacción con el profesional) (Rodríguez et al., 2017; Shams et al., 2023).

Según la Organización Mundial de la Salud, estos factores se pueden agrupar en cinco dimensiones principales: 1) relacionados con el paciente (motivos, creencias, motivación), 2) con la terapia (complejidad, efectos adversos), 3) con la enfermedad o

condición, 4) con el sistema de salud/proveedores y 5) socioeconómicos, todos interactuando para facilitar o dificultar la adherencia (Horne et al., 2021; WHO, 2003).

En el contexto de los trastornos por uso de sustancias, la cohesión familiar y el apoyo social también son determinantes clave que impactan la participación continua en tratamiento y mejoran resultados clínicos y calidad de vida, evidenciando que factores interpersonales forman parte del marco conceptual de adherencia (Birkeland et al., 2021).

2.2.2. Factores Psicológicos y Sociales que Influyen en la Adherencia

Los factores psicológicos y sociales tienen una gran influencia en la adherencia al tratamiento, creencias sobre la enfermedad, gestión emocional, apoyo social y estrategias de afrontamiento, pueden facilitar o dificultar las indicaciones terapéuticas. Por ejemplo, una percepción positiva de apoyo familiar y comunitario y una mayor autoeficacia se asocian con mejores niveles de adherencia, mientras que la ansiedad, la depresión o la falta de redes de apoyo pueden disminuirla significativamente (Afika Dirga et al., 2025).

2.2.2.1. Autoeficacia y Motivación: Al hablar sobre los factores psicológicos, dos de los más predominantes en estos ámbitos son la autoeficacia y motivación, influyentes en la adherencia al tratamiento, ya que, la creencia de la persona puede efectuar cambias positivos o negativos en la permanencia. Según una revisión reciente, la autoeficacia se considera un mecanismo clave de cambio de comportamiento en la adicción, actuando como base para que el individuo se sienta capaz de enfrentar el craving, gestionar emociones difíciles y sostener esfuerzos hacia la abstinencia (Magill et al., 2025). Además, estudios sobre estigma internalizado sugieren que altos niveles de autoeficacia y motivación para el tratamiento están positivamente correlacionados con un mayor compromiso terapéutico, mientras que factores como el estigma pueden disminuir la motivación y la adherencia (Görgülü, 2020).

2.2.2.2. Apoyo Social y Alianza Terapéutica: Otros de los elementos que ayuda a la adherencia al tratamiento son el apoyo social y la alianza terapéutica, ya que, las condiciones en las que se encuentra el paciente al ser favorables, colaborativas y de confianza entre el paciente y el terapeuta facilitan la participación en el proceso. La evidencia sugiere que quienes desarrollan una alianza terapéutica fuerte, caracterizada por un vínculo afectivo y acuerdo en metas y tareas de la terapia, tienden a mostrar mayores niveles de compromiso y motivación para permanecer en tratamiento (Rübig et al., 2021). De igual manera, redes de apoyo social que favorezcan estilos de vida saludables contribuyen a la reducción de recaídas y al mantenimiento de cambios positivos a largo plazo (Fendrich & Becker, 2021).

2.2.3. Adherencia en Tratamientos para Trastornos por Consumo de Sustancias

Uno de los elementos fundamentales para lograr resultados clínicos favorables, es la adherencia al tratamiento en trastornos por consumo de sustancias. Existe evidencia que menciona que la continuidad del tratamiento se ve influenciada por condiciones que motivan el compromiso del paciente con un seguimiento constante, la adecuada atención de necesitades individuales y un entorno terapéutico seguro y confiable. Estos factores incrementan la permanencia en los programas terapéuticos y reducen el riesgo de abandono temprano, resaltando la importancia de intervenciones integrales que fortalezcan el vínculo con el tratamiento (Ganetsky et al., 2025).

2.2.4. Relación entre Adherencia y Resultados Clínicos en Adicciones

La adherencia al tratamiento en personas con trastornos por consumo se ha reconocido como un factor importante de mejores resultados clínicos, con una mayor probabilidad de reducción del consumo, menos recaídas y mejor calidad de vida. Estudios muestran que variables como la permanencia continua y el nivel de compromiso con el tratamiento están moderadamente relacionados con el éxito terapéutico y la probabilidad de egresos clínicos favorables (Álvarez-Gúrpide et al.,

2017; Reif et al., 2021). Asimismo, investigaciones longitudinales han observado que patrones de adherencia más altos están asociados con una menor incidencia de eventos negativos, como hospitalizaciones relacionadas con el uso de sustancias o sobredosis, lo que destaca su impacto directo en la salud y el pronóstico clínico a largo plazo (Olateju, Okeke, Shrestha & Thornton, 2025).

2.2.4.1. Menor Recaída y Mayor Retención: La evidencia sugiere que una mayor retención y adherencia al tratamiento en personas con trastornos por consumo de sustancias se asocia con mejores resultados clínicos, incluyendo una mayor probabilidad de abstinencia prolongada y menor riesgo de recaída, ya que permanecer en el proceso terapéutico permite consolidar cambios conductuales y de afrontamiento (Dacosta-Sánchez et al., 2022). Cuando una persona logra mantenerse en tratamiento por más tiempo, las posibilidades de alcanzar los objetivos terapéuticos son más elevada, favoreciendo procesos de cambio más estables con cierres terapéuticos positivos, reforzando la idea de que la permanencia puede disminuir el riesgo de recaída. Asimismo, seguimientos a pacientes con diferentes trastornos por uso muestran que aquellos que mantienen adherencia a lo largo del tratamiento tienden a lograr más tiempo de abstinencia, reflejando el impacto positivo de la retención continua en los resultados de salud y recuperación (Amiri et al., 2021).

2.2.4.2. Mejora de Calidad de Vida y Funcionalidad: Uno de los objetivos de la adherencia no solo espera la reducción de recaídas, sino también a buscar mejoras significativas en la calidad de vida y funcionalidad. Estudios recientes muestran que factores psicosociales como la cohesión familiar y el apoyo social están positivamente relacionados con la percepción de mejor calidad de vida entre quienes reciben tratamiento, lo que sugiere que la red de apoyo y la involucración familiar pueden potenciar el bienestar subjetivo y la adaptación funcional durante la recuperación (Birkeland et al., 2021). Además, revisiones sistemáticas han identificado que las

personas con TUS que experimentan mayor calidad de vida reportan también mejor funcionamiento físico, psicológico y social, lo que refuerza la importancia de considerar la calidad de vida como un resultado clínico relevante más allá de la abstinencia (Griffiths, 2022).

2.3. Mindfulness

. El Mindfulness tiene sus raíces en prácticas orientales, dentro del budismo, comenzando a incorporarse en el ámbito de la salud a finales del siglo XX, gracias a Jon Kabat-Zinn, adaptando esta práctica a programas de intervención, promoviendo su aplicación dentro de la salud mental. Desde entonces, el mindfulness ha evolucionado como una herramienta ampliamente utilizada en psicoterapia y en el abordaje de diversos trastornos psicológicos (Kabat-Zinn, 2003).

2.3.1. Definiciones y Evolución Conceptual del Mindfulness

El mindfulness es conocido como un constructo psicológico que surge de la adaptación de prácticas contemplativas tradicionales al contexto científico y clínico. En este proceso, el concepto se ha depurado progresivamente para hacerlo operativo en investigación y práctica terapéutica, destacando la atención consciente al momento presente y una actitud de apertura hacia la experiencia interna, sin necesidad de un marco espiritual explícito (Chems-Maarif et al., 2025).

En lo que corresponde a la evolución conceptual dentro de la psicología ha implicado un esfuerzo por crear un concepto amplio y diverso. La investigación reciente ha destacado que el mindfulness no debe entenderse como una técnica aislada, sino como un constructo psicológico multidimensional, que integra procesos atencionales, metacognitivos y actitudinales, lo que ha permitido una mejor coherencia teórica y metodológica en su estudio y aplicación clínica (Bergomi et al., 2022). Favoreciendo la incorporación consistente en modelos terapéuticos basados en la evidencia.

2.3.1.1 Definición Operativa: En el contexto de investigación psicológica actual, el mindfulness se opera como una forma de presencia consciente y atención deliberada al momento presente, que incluye componentes de atención sin prejuicio hacia los pensamientos, emociones y estímulos internos y externos (Schmidt et al., 2025). Esta comprensión contemporánea destaca que mindfulness no solo implica atención, sino también una actitud de aceptación y ecuanimidad frente a la experiencia, lo que facilita la observación sin reactividad ante experiencias internas que suelen influir en comportamientos desadaptativos (Schmidt et al., 2025; Simione et al., 2021). De manera más amplia, la literatura señala que estas capacidades pueden desarrollarse tanto como estados momentáneos como rasgos sostenidos, y su operacionalización incluye medidas psicológicas que evalúan atención, apertura y aceptación en situaciones diversas (Simione et al., 2021).

2.3.2. Modelos Teóricos y Mecanismos Psicológicos Subyacentes

Los modelos teóricos explican como esta práctica influye en procesos psicológicos claves dentro de la conducta adictiva como la atención, la regulación emocional y la reactividad frente al malestar. La literatura reciente señala que el mindfulness actúa sobre mecanismos transdiagnósticos, favoreciendo una mayor conciencia de los estados internos y reduciendo patrones automáticos de afrontamiento desadaptativo (Hölzel et al., 2020; Gu et al., 2022). Permitiendo comprende que el mindfulness es especialmente relevante en adicciones en donde la impulsividad y la desregulación emocional son factores que mantienen el consumo.

2.3.2.1. Modelo Tri-Proceso: Este modelo de Mindfulness propone que los efectos se dan mediante la interacción entre la atención, las emociones y procesos interpersonales. Desde esta perspectiva, el mindfulness no solo mejora la atención al momento presente, sino que también facilita una relación más flexible con las emociones y una mayor conciencia relacional (Khoury et al., 2023). Estudios recientes

apoyan este enfoque integrador, señalando que la combinación de estos procesos favorece cambios conductuales sostenidos y una menor reactividad ante estímulos de riesgo, relevantes en el tratamiento de adicciones (Creswell et al., 2022). Por lo que al implementar esta práctica en dicho contexto brinda una mayor consciencia frente al craving y a los factores de riesgo que mantienen el consumo.

2.3.2.2. Desautomatización y Reducción de Reactividad: Uno de los beneficios del mindfulness y mecanismo central es la Desautomatización de respuestas, dando a la persona la pausa para observar impulsos y emociones sin tener que reaccionar de manera inmediata. La evidencia indica que las intervenciones basadas en mindfulness reducen la reactividad emocional y promueven una regulación más consciente frente al malestar (Trujols et al., 2020). Investigaciones posteriores han confirmado que este proceso resulta clave en adicciones, donde el consumo suele funcionar como una respuesta automática ante emociones negativas o estrés (Garland et al., 2021). Promoviendo un sistema de conciencia antes de sucumbir al craving y los estados de desregulación emocional.

2.3.3. Mindfulness como Intervención Clínica en Adicciones

En el ámbito clínico, el mindfulness ha sido incluido como una técnica complementaria en el tratamiento de las adicciones, especialmente para enfrentar factores de riesgo que influyen en la recaída. La literatura reciente destaca su utilidad para mejorar la conciencia del craving, fortalecer la regulación emocional y reducir la impulsividad (Li et al., 2022). Asimismo, se reconoce que su aplicación estructurada favorece procesos de cambio sostenidos cuando se integra a programas terapéuticos multimodales (Sancho et al., 2021). Permitiendo que el tiempo sin consumo se mantenga a pesar de existir factores que generen inestabilidad emocional y personal.

2.3.3.1 MBRP Enfocado Antirrecaídas: La Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) combina principios de la terapia cognitivo-conductual con

prácticas de mindfulness, con el objetivo de ayudar a las personas a reconocer desencadenantes, craving y estados emocionales de riesgo. La evidencia reciente indica que el MBRP es eficaz para reducir la probabilidad de recaída y mejorar la regulación emocional en personas con trastornos por consumo de sustancias (Ramadas et al., 2021). Aunque metaanálisis previos ya habían señalado beneficios clínicos, las revisiones actuales confirman su utilidad como intervención complementaria dentro de programas de tratamiento integrales (Grant et al., 2017).

2.3.4. Evidencia Empírica de Eficacia en Poblaciones con Trastornos de Consumo

Existe mucha evidencia científica que respalda que el mindfulness ha demostrado efectos positivos en poblaciones con trastornos por consumo, tanto en variables clínicas como psicológicas. Estudios actuales indican mejoras en el manejo del estrés, la regulación emocional y el bienestar general, factores estrechamente relacionados con la adherencia y la continuidad del tratamiento (Goldberg et al., 2022). Estos hallazgos refuerzan el valor del mindfulness como intervención basada en la evidencia dentro de programas de tratamiento integrales (Loucks et al., 2021).

2.3.4.1 Reducción de Craving y Recaída: La reducción del craving es uno de los principales y más importantes beneficios del mindfulness en este contexto, debido a la regulación de consciencia y a la no reactividad frente a los deseos de consumo. Estudios recientes indican que la práctica sostenida permite observar el deseo de consumo sin actuar sobre él, disminuyendo su intensidad y duración (Garland et al., 2022). Además, investigaciones clínicas han mostrado que esta reducción del craving se asocia con menores tasas de recaída y una mayor estabilidad en el proceso de recuperación (Witkiewitz et al., 2020).

El mindfulness representa una herramienta muy importante para el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias, contribuyendo de manera significativa en la reducción del craving, prevención de recaídas y fortalecimiento de recursos

psicológicos claves de la recuperación. La evidencia reciente señala que estas mejoras se asocian no solo a mejores resultados clínicos, sino también a una mayor adherencia al tratamiento, al favorecer una participación más consciente y sostenida de las personas en su proceso terapéutico (Li et al., 2022). En este sentido, estudiar el impacto del mindfulness resulta fundamental, dado su potencial para optimizar los procesos de recuperación y favorecer trayectorias de tratamiento más estables y efectivas (Goldberg et al., 2022).

2.4. Marco Legal

2.4.1. Ley Orgánica de Salud Mental (LOSM)

La Ley Orgánica de Salud Mental, promulgada en enero de 2024, establece la salud mental como un derecho fundamental y parte integral del bienestar de las personas en Ecuador. Esta normativa promueve la atención comunitaria, inclusiva y basada en evidencia científica, garantizando la prevención, tratamiento y rehabilitación de los trastornos mentales, incluyendo las adicciones. Entre sus principios rectores se destacan la universalidad, equidad, autonomía, confidencialidad y dignidad, asegurando que toda intervención respete los derechos humanos y la calidad del servicio (Ministerio de Salud Pública, 2024).

2.4.2. Reglamento General a la LOSM

El Reglamento General, emitido mediante Decreto Ejecutivo 465 en noviembre de 2024, desarrolla los lineamientos operativos de la LOSM. Este reglamento enfatiza la coordinación interinstitucional y el enfoque biopsicosocial en la atención de salud mental, incluyendo la rehabilitación de personas con consumo problemático de sustancias. Además, establece mecanismos para garantizar la accesibilidad y la inclusión social, evitando prácticas discriminatorias y promoviendo intervenciones basadas en evidencia (Presidencia de la República del Ecuador, 2024).

2.4.3. Protocolos del Ministerio de Salud Pública

El Ministerio de Salud Pública (MSP) regula la atención en salud mental mediante protocolos específicos para el tratamiento de adicciones y consumo problemático de sustancias. Estas normativas incluyen guías clínicas y procedimientos que aseguran la calidad y calidez en la atención, así como la protección de los derechos de los pacientes. Las intervenciones psicológicas, como el mindfulness, deben alinearse con estos protocolos para garantizar su pertinencia y eficacia en el contexto ecuatoriano (MSP, 2024).

2.4.4. Consideraciones Bioéticas

El estudio cumplió con los principios éticos establecidos por la Declaración de Helsinki. Se garantizó el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos, el anonimato de los participantes y el derecho a abandonar el estudio en cualquier momento (World Medical Association, 2024).

Por otro lado, el plan de investigación fue presentado a las autoridades del centro participante y el comité de ética con el fin de recibir la aprobación de estos, para la implementación del plan, tomando en cuenta la normativa vigente del centro y las recomendaciones y observaciones hechas por las autoridades.

Esta investigación se trabajó en dos grupos, un grupo cuasi experimental y uno cuasi control, al responder a la hipótesis expuesta, el grupo cuasi control será beneficiado del tratamiento en el futuro, tomando en cuenta los contratiempos e imprevistos que se desarrollaron en la intervención.

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 Descripción del área de estudio / grupo de estudio

El estudio se llevó a cabo en un centro de rehabilitación ubicado en la provincia de Imbabura - Ecuador, específicamente en el cantón Cotacachi, dedicado a brindar atención integral a personas en proceso de recuperación de adicciones, mediante programas terapéuticos que incluyan actividades psicológicas, grupales y seguimiento médicos, mediante entornos diseñados para fortalecer la estabilidad emocional y reinserción social de los pacientes, brindando un espacio seguro y controlado para el desarrollo de las distintas intervenciones.

Generalmente en los centros de rehabilitación se han llevado tratamientos tradicionales basados en los programas de NA y AA, enfocándose en la parte vivencial, antes que, en la parte terapéutica, por lo que, el rechazo al tratamiento es evidente, generando mayor riesgo de abandono. Estas condiciones han hecho que la población resultó pertinente para ser estudiada.

3.2 Enfoque y Tipo de Investigación

La presente investigación se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, dado que buscó medir de manera objetiva los efectos de una intervención basada en mindfulness sobre la adherencia al tratamiento mediante instrumentos estandarizados, esto implicó la recolección de datos numéricos mediante instrumentos validados y el análisis estadístico de los mismos, lo que garantizó precisión y rigor científico en la obtención de resultados (Hernández-Sampieri, Fernández-Collado & Baptista-Lucio, 2018), ayudando a determinar el objetivo principal y a responder la hipótesis planteada en la investigación.

En cuanto al tipo de investigación, se enmarcó en un estudio de campo, ya que la información se obtuvo directamente de los participantes en un contexto real, y a su vez

es de carácter causal, pues buscó comprobar la eficacia de la técnica de mindfulness sobre la adherencia al tratamiento, estableciendo una relación de causa-efecto entre ambas variables, evaluando si la intervención produce cambios significativos en los participantes.

El diseño de investigación fue cuasiexperimental, debido a que la muestra seleccionada se dividió en un grupo cuasi experimental y un grupo cuasi control, sin asignación aleatoria completa de los participantes. Este diseño permitió realizar una intervención mediante pre y post test, con el fin de comparar los niveles de adherencia antes y después de la intervención, verificando las diferencias obtenidas por la intervención de mindfulness.

El alcance fue explicativo, ya que, a más de describir y correlacionar variables, se explicó el efecto que brinda el mindfulness sobre la adherencia al tratamiento, permitiendo comprender de mejor manera, cómo y en qué medida contribuyó una variable sobre la otra, aportando evidencia empírica que sustenta la aplicación de estrategias psicológicas en programas de rehabilitación.

3.3 Procedimiento de la Investigación

El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo general evaluar la eficacia de la intervención basada en mindfulness para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con adicciones. Para ello, se planteó tres objetivos específicos: identificar las características sociodemográficas de una muestra de personas en proceso de recuperación, medir los niveles de adherencia terapéutica antes y después de la intervención basada en mindfulness, y comprobar las diferencias significativas que muestra mindfulness en la mejora de la adherencia terapéutica en el grupo cuasi experimental comparado con el grupo cuasi control, antes y después de la intervención terapéutica.

El trabajo se inició con la formulación del proyecto, la revisión teórica y la selección de instrumentos, entre ellos el cuestionario FFMQ en su versión en español de Bear et al. (2006), el cual permitió evaluar el nivel de atención plena y el cuestionario VPA-30 de Sirvent et al. (2009), el cual permitió evaluar factores predictores de abandono y adherencia al tratamiento (Tabla 1). Posteriormente, se realizó el acercamiento al establecimiento, donde se llevó a cabo la investigación, en esta etapa se presentó el proyecto a las autoridades del centro, explicando sus objetivos, beneficios, metodología y duración, con el fin de obtener los permisos institucionales necesarios y formalizar el acuerdo de colaboración.

Una vez autorizado el proyecto, se realizó el encuentro con el equipo del establecimiento para coordinar la logística, fechas, definir roles y activar el protocolo de investigación, se procedió al contacto directo con los participantes, quienes recibieron una explicación clara y ética del estudio, se les garantizó la confidencialidad de sus datos y se les solicitó su consentimiento informado, en esta fase también se aplicó la ficha sociodemográfica para población con adicciones de Berenzon (2003), que permitió caracterizar a la muestra, cumpliendo con el primer objetivo específico.

Con el grupo definido, se aplicó el cuestionario FFMQ y el VPA-30 en su fase pretest, con el objetivo de medir los niveles iniciales de atención plena y adherencia terapéutica, estos resultados permitieron establecer una línea base para comparar posteriormente los efectos de la intervención.

Se implementó la intervención basada en mindfulness al grupo cuasi experimental, estructurado en 16 sesiones, distribuidas en dos sesiones semanales durante ocho semanas, cada sesión incluyó prácticas de atención plena, ejercicios de respiración consciente, meditación guiada, exploración corporal y reflexión grupal, con el propósito de fortalecer la autorregulación emocional, la conciencia del momento presente y el compromiso con el proceso terapéutico, mientras que, por otro lado, el

grupo cuasi control se mantuvo con el tratamiento tradicional, mismo que fue llevado a cabo por un coterapeuta perteneciente al centro de rehabilitación.

Finalizada la intervención, se aplicó nuevamente el cuestionario FFMQ y el VPA-30 en su fase post test, con el fin de evaluar los cambios en los niveles de atención plena y adherencia, cumpliendo así el segundo objetivo específico, estos resultados fueron sometidos a un análisis estadístico comparativo entre las mediciones pretest y post test, lo que permitió identificar variaciones significativas en las subescalas de los instrumentos y en la escala general, complementando con la interpretación clínica de los resultados, considerando los rangos de puntuación, observaciones y recomendaciones terapéuticas, culminando así el tercer objetivo específico.

Finalmente, se procedió a la discusión de los hallazgos, contrastándolos con la literatura científica y el marco teórico del estudio, reflexionando sobre las implicaciones clínicas del mindfulness en el tratamiento de adicciones y planteando recomendaciones para futuras investigaciones y para la mejora de los programas terapéuticos. El proyecto culminó con la elaboración y entrega del informe final, el cual incluye todos los apartados metodológicos, resultados, análisis, conclusiones y recomendaciones, siendo presentado tanto a la institución colaboradora como al comité académico correspondiente.

Tabla 1

Operalización de Valores

Variable Independiente	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensión Categórica	Indicadores	Codificador Numérico	Escalas
Mindfulness	Basado en los planteamientos de Kabat-Zinn (1994), el mindfulness es "una conciencia que emerge al prestar atención de manera intencional al presente, momento a momento, adoptando una actitud no enjuiciadora hacia la experiencia" (p. 4).	Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) versión en español	Observación,	Ítems: 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31, 36	1 nunca o pocas veces verdadero 2 raras veces verdadero 3 a veces verdadero 4 a menudo verdadero 5 muy a menudo o siempre verdadero	Ordinal tipo Likert.
			Descripción,	Ítems: 2, 7, 12, 16, 22, 27, 32, 37		
			Actuar Con Conciencia.	Ítems: 5, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38		
			No Juzgar	Ítems: 3, 10, 14, 17, 19, 21, 24, 30, 34		
			No Reaccionar	Ítems: 4, 9, 25, 29, 35, 39		
Adherencia al Tratamiento	Haynes (1979) define la adherencia como "el grado en que el comportamiento de un paciente para tomar medicamentos, seguir dietas o realizar cambios en su estilo de vida coincide con las recomendaciones del	Cuestionario VPA-30, Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento en Adicciones (Sirvent et al., 2009).	Escala General	Ítems: 1 - 4 – 6 – 10 – 11 – 12- 15 – 18 – 19 – 22 – 23 – 25 – 26 – 30	1 muy de acuerdo 2 de acuerdo 3 ni de acuerdo ni en desacuerdo 4 en desacuerdo	Ordinal tipo Likert.
			Motivación	Ítems: 2 – 8 – 10 – 17 – 21 – 24		
			Conciencia del problema	Ítems: 3 – 6 – 11 – 16 – 23 – 30		

	profesional de la salud" (p. 1).	Sentimientos adversos	Ítems: 4 – 12 – 18 – 19 – 26	5 muy en desacuerdo
		Deseos de consumo	Ítems: 1– 5 – 9 – 13 – 22	
		Relación con el tratamiento	Ítems: 6– 14 – 15 – 20 – 25	

Nota. La tabla brinda una explicación clara y detallada sobre los parámetros evaluados en cada uno de los instrumentos a usar en la investigación.

3.3.1 Población y Muestra

La población para este estudio estuvo conformada por personas que se encuentran siguiendo un proceso de rehabilitación de adicciones, bajo la modalidad de internamiento en un centro de rehabilitación. Dentro de la investigación se trabajó con una muestra de 20 participantes seleccionados de manera no probabilística por criterio de experto, tomando en cuenta la disponibilidad y permanencia en el programa. Esta muestra fue distribuida de manera igualitaria para crear los grupos de cuasi control y cuasi experimental, permitiendo realizar la comparación entre estos y evaluar el efecto de la práctica del mindfulness sobre la adherencia al tratamiento.

3.3.1.1. Criterios de Inclusión y Exclusión: Con el fin de seleccionar la muestra de la mejor manera se establecieron distintos criterios que aseguren la pertenencia y homogeneidad del grupo de estudio (Tabla 2).

Tabla 2

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
Personas mayores de edad	Presencia de alteraciones cognitivas
Personas en proceso de rehabilitación	Bajo procesamiento de información
Un mes de internamiento	Personas con trastornos mentales graves
Disposición para participar	Presencia de crisis agudas por consumo

Consentimiento informado

Nota. La tabla resume los criterios de inclusión y exclusión que fueron tomados en cuenta en la investigación.

3.3.2 Instrumentos

Con el fin de recabar la información sociodemográfica a la muestra seleccionada se utilizó:

3.3.2.1 Ficha Sociodemográfica para Población con Adicciones (Basada en Berenzon, 2003)

Instrumento diseñado para recopilar información básica y contextual sobre las características personales, familiares y sociales de individuos que presentan problemas de consumo de sustancias. Está basada en la propuesta metodológica de Berenzon (2003), que enfatiza la importancia de considerar factores sociodemográficos y contextuales en estudios sobre adicciones.

Este instrumento permite obtener datos relevantes que facilitan la caracterización de la muestra y el análisis de variables asociadas al consumo y tratamiento, tales como edad, género, nivel educativo, situación laboral, estado civil, composición familiar, historia de consumo, tratamientos previos, redes de apoyo y antecedentes legales.

Para la aplicación de la investigación se trabajó como técnica la intervención basada en mindfulness que se desarrolló en sesiones estructuradas con ejercicios de atención plena, respiración consciente, meditación guiada, regulación emocional y conexión con el aquí y el ahora, para la medición de las variables se aplicó instrumentos como:

3.3.2.2 Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en la Versión Adaptada al español de Bear et al. (2006).

Instrumento de autorreporte diseñado para evaluar la tendencia disposicional de mindfulness, el cual consta de 39 ítems que evalúa cinco dimensiones: observación,

descripción, actuar con conciencia, no juzgar y no reaccionar, puntuándose en una escala tipo Likert de 5 puntos, que van desde nunca/raras veces hasta muy a menudo/siempre, permitiendo determinar los cambios en la práctica del mindfulness antes y después de la intervención.

En lo que corresponde a la confiabilidad ha demostrado adecuados niveles de consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach que van desde .75 hasta .91 en sus subescalas y un alfa total aproximado a .90, según reporta su estudio de validación original (Baer et al., 2006). Es importante mencionar que este instrumento no posee puntos de corte normativos, debido a que evalúa el mindfulness como un rasgo continuo, es por eso por lo que, la interpretación de los puntajes se realiza de forma dimensional, mediante comparaciones entre grupos o análisis pre y post intervención, evitando clasificaciones categóricas.

Sin embargo, los niveles que evalúan cada escala y subescala se pudieron detallar de la siguiente manera con el fin de identificar los rangos de cada una de estas (Tabla 3):

Tabla 3

Punto de Corte FFMQ Bear et al. (2006)

Puntos de Corte FFMQ Bear et al. (2006).		
Interpretación General	Atención Plena Baja	0 – 97
	Atención Plena Media	98 – 146
	Atención Plena Alta	147 - 195
Observación	Observación Baja	0 – 19
	Observación Media	20 – 29
	Observación Alta	30 - 40
Descripción	Descripción Baja	0 – 19
	Descripción Media	20 – 29
	Descripción Alta	30 - 40
Actuar con consciencia	Actuar con Consciencia Baja	0 – 19
	Actuar con Consciencia Media	20 – 29

	Actuar con Consciencia Alta	30 - 40
No juzgar	No Juzgar Baja	0 – 19
	No Juzgar Media	20 – 29
	No Juzgar Alta	30 - 40
No reaccionar	No Reaccionar Baja	0 – 15
	No Reaccionar Media	16 – 25
	No Reaccionar Alta	26 - 35

Nota. FFMQ Five Facet Mindfulness Questionnaire.

3.3.2.3 Cuestionario VPA-30, Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento en Adicciones de Sirvent et al., (2009).

Instrumento desarrollado para predecir el abandono versus el éxito terapéutico en tratamiento de adicciones, el cual consta de 30 ítems que evalúa cinco subescalas: deseos de consumo, motivación, conciencia del problema, sentimientos adversos y relación con el tratamiento, puntuándose en una escala Likert de 5 puntos, que van desde "muy de acuerdo" hasta "muy en desacuerdo", permitiendo determinar el nivel de adherencia al tratamiento de los pacientes, antes y después de la intervención.

En lo que corresponde a la confiabilidad ha demostrado adecuados de fiabilidad, con coeficientes alfa de Cronbach situados entre .74 y .86, valores que indican una consistencia interna aceptable para evaluar factores relacionados con la adherencia y el riesgo de abandono en población con adicciones (Sirvent, 2009). Es importante mencionar que este instrumento no cuenta con puntos de corte oficiales, debido a que su interpretación es dimensional, de manera que puntajes altos reflejan mayor riesgo de abandono y puntajes bajos mayor adherencia. En este sentido, su uso suele centrarse en comparaciones intra e intergrupales o en el análisis de variaciones pre y post tratamiento.

Sin embargo, los niveles que evalúan cada escala y subescala se pudieron detallar de la siguiente manera con el fin de identificar los rangos de cada una de estas (Tabla 4):

Tabla 4

Punto de Corte VPA-30 Sirvent et al. (2009).

Punto de Corte VPA-30 Sirvent et al. (2009).		
Escala General	Riesgo de Abandono Normal	0 – 2
	Riesgo de Abandono Dudoso	2.01 – 2.45
	Riesgo de Abandono Considerable	2.46 – 2.9
	Riesgo de Abandono Alto	2.91 – 5
Motivación	Motivación Normal	0 – 1.40
	Motivación Dudosa	1.41 – 1.60
	Desmotivación Considerable	1.61 – 2.30
	Desmotivación Alta	2.31 – 5.00
Consciencia del Problema	Conciencia Normal	0 – 2.00
	Conciencia Dudosa	2.10 – 2.35
	Conciencia Considerable	2.36 – 2.70
	Conciencia Baja-Negación Alta	2.71 – 5.00
Sentimientos Adversos	Estado Emocional Estable	0 – 2.15
	Malestar Leve	2.16 – 2.45
	Malestar Considerable	2.46 – 3.00
	Malestar Severo	3.01 – 5.00
Deseos de Consumo	Deseos Controlados	0 – 2.20
	Deseos Dudosos	2.21 – 2.50
	Deseos Frecuentes	2.51 – 2.80
	Deseos Intensos	2.81 – 5.00
Tratamiento	Buena Aceptación	0 – 1.80
	Aceptación Dudosa	1.81 – 2.00
	Aceptación Limitada	2.01 – 2.40
	Rechazo del Tratamiento	2.41 – 5.00

Nota. Cuestionario VPA-30, Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento en Adicciones.

3.3.2.4 Intervención Terapéutica Basada en Mindfulness para Pacientes en Adicciones.

El mindfulness se define como la capacidad de prestar atención al momento presente de manera consciente y sin juicio (Kabat-Zinn, 2003). Sus beneficios incluyen la reducción del estrés, la mejora en la regulación emocional y el aumento de la autoconciencia (Baer, 2003; Hervás, Cebolla & Soler, 2016). En el contexto de las

adicciones, el mindfulness ayuda a disminuir el craving, manejar emociones difíciles y fortalecer la adherencia al tratamiento, evitando respuestas impulsivas que pueden conducir a recaídas (González Velasco, 2020).

Esta intervención está diseñada para pacientes en procesos de rehabilitación, teniendo como objetivo desarrollar habilidades de atención plena que mejoren la estabilidad emocional, la adherencia y el compromiso con el tratamiento, por lo que, está contemplado en 16 sesiones, trabajando 2 por semana en un lapso de 8 semanas, cada una de estas sesiones tendrá una duración de 60 minutos, en donde se trabajará psicoeducación, practica guiada de mindfulness y reflexión grupal (Tabla 2).

Tabla 5

Intervención Terapéutica Basada en Mindfulness

Intervención Terapéutica Basada en Mindfulness de 16 Sesiones	
Semana 1: Descubriendo el Mindfulness.	
Sesión 1: Introducción al Mindfulness y la relación con la recuperación.	Objetivo: Conocer que es el mindfulness y la relación con la recuperación. Contenido de la sesión: Psicoeducación sobre atención plena, craving y reactividad. Practica de la técnica: Ejercicios de respiración consciente durante 5 minutos tomando en cuenta el conteo de las respiraciones. Reflexión: Identificar que note al enfocarme en mi respiración.
Sesión 2: Observar sin reaccionar.	Objetivo: Aprender a notar mi cuerpo, sensaciones sin respuestas impulsivas. Contenido de la sesión: Introducción al escaneo corporal y observación. Práctica de la técnica: Meditación centrada en la respiración durante 10 minutos y escaneo corporal breve. Reflexión: Que sentí en mi cuerpo sin intentar cambiarlo.
Semana 2: Atención y Descripción.	

Sesión 3: Nombrar lo que siento.	Objetivo: Etiquetar emociones y pensamientos para reducir reactividad. Contenido de la sesión: La importancia de reconocer mis emociones en la recuperación. Práctica de la técnica: Diario descriptivo acompañado de meditación breve de 10 minutos. Reflexión: Cómo cambió mi impulso al describirlo.
Sesión 4: Lenguaje consciente.	Objetivo: Usar un lenguaje no crítico para describirse. Contenido de la sesión: Diferencia entre lo que soy y lo que siento Práctica de la técnica: Meditación de aceptación personal. Reflexión: Me juzgue más o menos al describirme.
Semana 3: Actuar con Conciencia	
Sesión 5: Decisiones conscientes.	Objetivo: Pausar antes de actuar frente a disparadores. Contenido de la sesión: Técnica STOP aplicada al deseo de consumo. Práctica de la técnica: Técnica STOP con respiración profunda durante 10 minutos. Reflexión: Puedo detenerme antes de actuar.
Sesión 6: Mindfulness en la vida diaria.	Objetivo: Aplicar mindfulness en actividades diarias. Contenido de la sesión: Meditación informal consciente. Práctica de la técnica: Caminata consciente (observación), durante 10 minutos. Reflexión: Que vi en la caminata, que cambio en mi rutina con atención.
Semana 4: Aceptación y no Juzgar	
Sesión 7: Aceptar sin criticar.	Objetivo: Reducir culpas y autocrítica. Contenido de la sesión: Mindfulness como herramienta de protección. Práctica de la técnica: Meditación guiada de aceptación y de soltar culpas. Reflexión: Disminuyo mi culpabilidad.
Sesión 8: Autocompasión y aceptación.	Objetivo: Practicar autocompasión y fortalecer la motivación. Contenido de la sesión: Hablar sobre la autocompasión y aceptación.

	Práctica de la técnica: Meditación de bondad amorosa y perdón hacia uno mismo. Reflexión: Me costó ser amable conmigo mismo.
Semana 5: Manejo del Craving y Emociones	
Sesión 9: Pausa antes del impulso.	Objetivo: Aprender a detenerse antes de consumir. Contenido de la sesión: Estrategias para manejar el craving. Práctica de la técnica: Técnica STOP aplicada al craving durante 10 minutos. Reflexión: Que tanto disminuyo mi impulso.
Sesión 10: Respirar en momentos difíciles.	Objetivo: Usar la respiración para la regulación emocional. Contenido de la sesión: Respiración profunda como herramienta de calma. Práctica de la técnica: Respiración 4-4-8 (respirar 4, mantener 4, exhalar 8), durante 10 minutos. Reflexión: Me ayudo a sentirme más tranquilo o no.
Semana 6: Integración en la Vida Real	
Sesión 11: Mindfulness en situaciones reales.	Objetivo: Aplicar habilidades en contextos de riesgo. Contenido de la sesión: Como usar mindfulness frente a disparadores. Práctica de la técnica: Role-playing de situaciones de riesgo. Reflexión: Me sentí o no preparado en este momento.
Sesión 12: Prevención de recaídas.	Objetivo: Consolidar estrategias para mantener la abstinencia. Contenido de la sesión: Señales tempranas y plan personal. Práctica de la técnica: Diseño de un plan de prevención y actuación. Reflexión: Me siento preparado para manejar riesgos.
Semana 7: Consolidación y Motivación	
Sesión 13: Revisión de avances.	Objetivo: Evaluación del progreso en mindfulness y adherencia terapéutica. Contenido de la sesión: Comparación de inicio frente a la actualidad. Práctica de la técnica: Meditación de gratitud hacia si mismo durante 10 minutos.

	Reflexión: En que aspectos personales he mejorado.
Sesión 14: Fortalecer mi compromiso.	Objetivo: Reforzar la motivación para la continuidad. Contenido de la sesión: Visualización de metas a largo plazo. Práctica de la técnica: Ejercicio "Mi vida sin adicciones". Reflexión: Cual es mi motivación y me siento motivado.
Semana 8: Cierre y Proyección.	
Sesión 15: Integración final.	Objetivo: Retroalimentación de las habilidades aprendidas. Contenido de la sesión: Reforzamiento sobre el trabajo realizado. Práctica de la técnica: Meditación completa de 30 minutos con escaneo corporal, respiración y aceptación. Reflexión: Como puedo aplicar todo lo aprendido.
Sesión 16: Proyección hacia el futuro.	Objetivo: Diseñar un plan de mantenimiento de la técnica y fortalecimiento de la adherencia. Contenido de la sesión: Estrategias de mindfulness en la rutina diaria y prevención de recaídas. Práctica de la técnica: Conversatorio sobre los aprendizajes y ejercicio de visualización y compromisos de recuperación. Reflexión: Como puedo mantener estas herramientas en mi vida.

Nota. Elaboración de autor.

3.3.3 Análisis de Datos

En primer lugar, los datos fueron recopilados y organizados en una matriz de Excel. Posteriormente, se realizó el análisis correspondiente de esta información ingresándola en una base del Software SPSS versión 27. Se empleó estadísticos descriptivos, como la media y desviación estándar y además gráficos y tablas de porcentajes para examinar los datos sociodemográficos.

Para estimar la normalidad de los datos se aplicó la prueba Shapiro-Wilk considerando valores $p>0.05$, como indicativos de distribución normal. En dependencia de estos resultados y debido al tamaño de la muestra, se utilizaron principalmente pruebas no paramétricas. Para el análisis intra grupal, orientado a comparar los

resultados del pretest y post test dentro del grupo cuasi experimental y del grupo cuasi control, se aplicó la prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas. Asimismo, para el análisis intergrupal se compararon los resultados totales obtenidos entre el grupo cuasi experimental y el grupo cuasi control mediante la prueba U de Mann Whitney para muestras independientes. Finalmente, con el propósito de identificar la relación existente entre los niveles de mindfulness y la adherencia al tratamiento terapéutico, se realizó un análisis correlacional utilizando el coeficiente rho de Spearman, considerando un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$.

CAPITULO IV. RESULTADOS Y DISCUCIÓN

4.1 Resultados de la Investigación

Dentro del siguiente capitulo, se pretende mostrar los resultados obtenidos en la intervención basada en Mindfulness para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes con adicciones, mismos que están ingresado en un centro de rehabilitación, ubicado en Cotacachi, Imbabura. Para iniciar se muestran los datos descriptivos de la muestra como datos sociodemográficos y de consumo de sustancias. Posteriormente se presentan los resultados obtenidos en la evaluación diagnostica para identificar el grado de atención plena (Mindfulness) y el grado de adherencia al tratamiento, después de haber realizado la intervención en el grupo cuasiexperimental, se presentan los resultados post intervención, para finalmente evaluar la eficacia de la técnica comparando los resultados pre y post test en cada grupo, así como la comparación entre grupo cuasi control y cuasiexperimental, realizando también una correlación sobre las variables presentes en la investigación.

4.1.1 Perfil sociodemográfico de la muestra

En la tabla 6 se presentan los datos descriptivos de las características de la muestra, en donde se puede observar las medidas de tendencia central como la media, desviación estándar, mínimo y máximo.

Tabla 6

Datos descriptivos de la muestra

Variable	N	Media	Desv. Estandar	Mínimo	Máximo
Grupo	20	1,50	0,513	Cuasi Experimental	Cuasi Control
Edad	20	2,00	0,973	18-25	46-55
Sexo	20	1,00	0,000	Masculino	Masculino
Estado civil	20	2,30	1,750	Soltero	Divorciado
Nivel educativo	20	5,00	1,026	Primaria Completa	Superior
Ocupación	20	2,00	0,795	Empleado	Estudiante
Situación laboral	20	4,00	0,000	Desempleo	Desempleo
Ingresos económicos	20	1,00	0,000	Sin Ingresos	Sin Ingresos
Vivienda	20	1,25	0,444	Propia	Arriendo

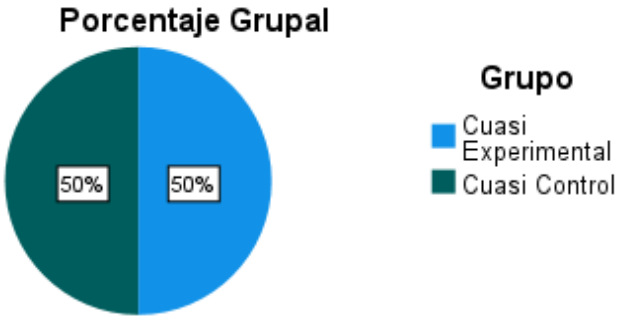
Convivencia	20	1,90	0,447	Solo	Pareja
Zona residencial	20	1,10	0,308	Urbana	Rural
Sustancia principal	20	2,80	1,704	Alcohol	Medicamentos
Otras sustancias	20	2,50	2,417	Alcohol	Cigarrillos
Inicio de consumo	20	2,50	1,100	Menos de 12 años	Más de 25 años
Frecuencia de consumo	20	1,45	0,510	Diario	Semanal
Duración de consumo	20	4,65	0,671	4-6 Años	Más de 10 años
Intentos de tratamiento	20	2,60	1,429	Ninguno	Más de 5
Tipo de tratamiento	20	2,00	0,000	Residencial	Residencial
Tiempo de abstinencia	20	3,10	1,410	Menos de 1 mes	Más de 1 año
Comorbilidad	20	2,00	0,000	No	No
Apoyo Familiar	20	1,70	0,865	Alto, Constante	Poco Apoyo

Nota. Elaboración propia.

En la Figura 1 podemos observar que la muestra esta proporcionalmente repartida en grupo cuasi experimental y cuasi control, con el 50%, lo que muestras la homogeneidad de la muestra en la investigación.

Figura 1

Distribución por grupo

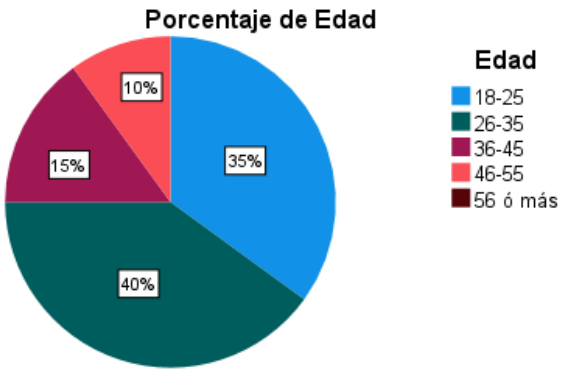


Nota. Elaboración propia.

En la Figura 2 podemos observar la distribución de la edad de los participantes, en donde la edad mínima está comprendida entre los 18 a 25 años, representando el 35% de la población, mientras que la edad representativa se mantiene en el rango de 26 a 35 años con el 40%, tomando en cuenta que la edad máxima tiene el 10% representando el rango de 46 a 55 años.

Figura 2

Distribución por edad

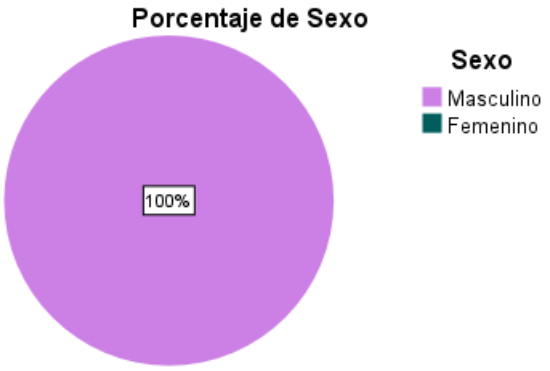


Nota. Elaboración propia.

Cuando hablamos de género o sexo en la Figura 3, se puede mencionar que el 100% de la muestra seleccionada pertenecen al sexo masculino, ya que, el centro en el que se aplicó la investigación es totalmente de hombres.

Figura 3

Distribución por género

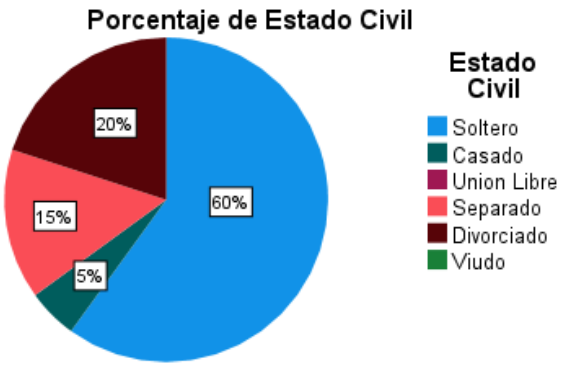


Nota. Elaboración propia.

En lo que pertenece al estado civil, en la Figura 4 se puede evidenciar que la mayor parte de la muestra son solteros tomando en cuenta el 60%, mientras que el punto máximo del 20% pertenece al estado civil divorciado, tomando en cuenta que existen algunos estados civiles en la muestra.

Figura 4

Distribución por estado civil

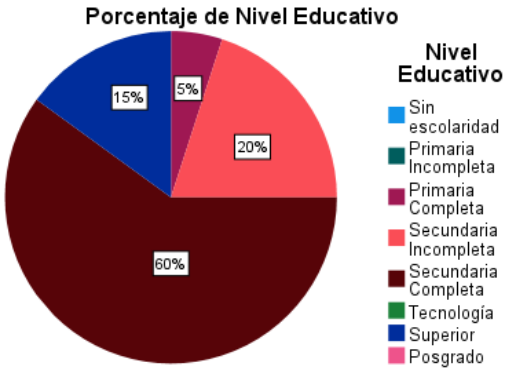


Nota. Elaboración propia.

En lo que pertenece al nivel educativo en la Figura 5, se puede tomar en cuenta al menor grado con el 5%, quien han terminado apenas la primaria, mientras que por otro lado el mayor grado se encuentra con el 15% obteniendo un nivel educativo superior o de tercer nivel, cabe mencionar un porcentaje significativo en lo que corresponde a la secundaria completa con el 60% de la muestra.

Figura 5

Distribución por nivel educativo



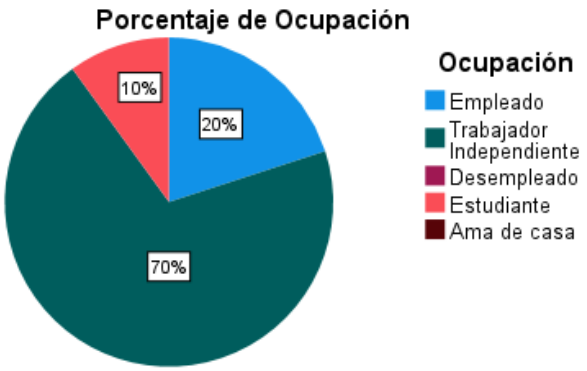
Nota. Elaboración propia.

Cuando se habla de la ocupación de la muestra en la Figura 6, se menciona que el mayor porcentaje son trabajadores independientes, ya que tienen oficios, sin preparación

académica, el 10% se mantiene estudiando el tercer nivel y el 20% se encuentra empleado en trabajos ocasionales.

Figura 6

Distribución por ocupación

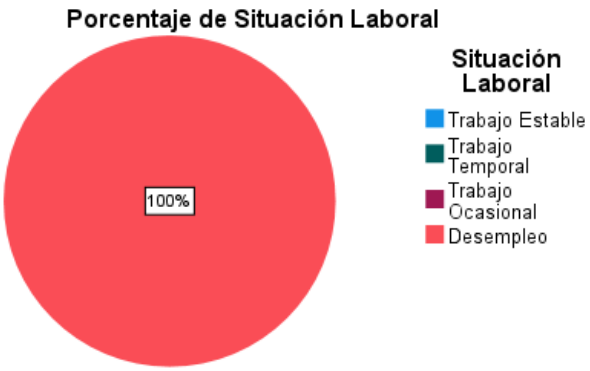


Nota. Elaboración propia.

En lo que corresponde a la situación laboral en la Figura 7, en la actualidad el 100% de la muestra se mantenía desempleado, ya que, debido al consumo problemático, habían perdido empleos y negocios propios.

Figura 7

Distribución por situación laboral

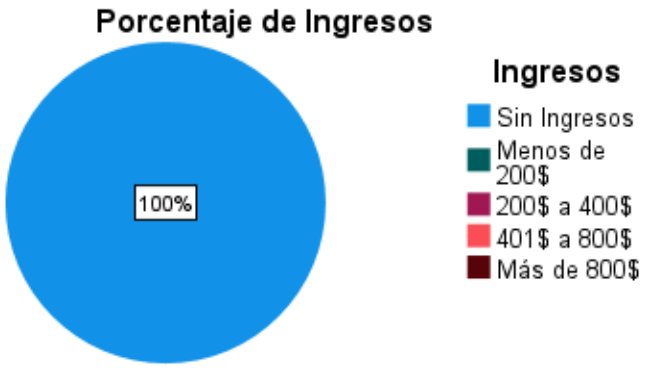


Nota. Elaboración propia.

En la Figura 8 se habla sobre el nivel de ingresos que mantenían en sus vidas actuales, en donde el 100% de la muestra mencionó que, al mantenerse en el desempleo, no tenían ingresos fijos y que su economía se basaba en caridad, donaciones o préstamos.

Figura 8

Distribución por ingresos

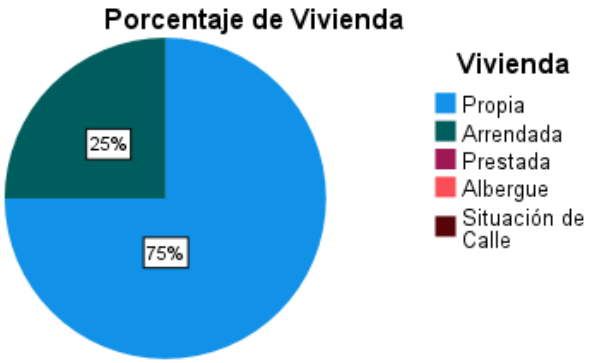


Nota. Elaboración propia.

Al hablar sobre la vivienda en la que residían, tenemos dos porcentajes en la muestra, en donde el 75% menciona que era propia o de sus padres, mientras que el otro 25% arrendaban un domicilio para ellos y sus familias.

Figura 9

Distribución por tipo de vivienda

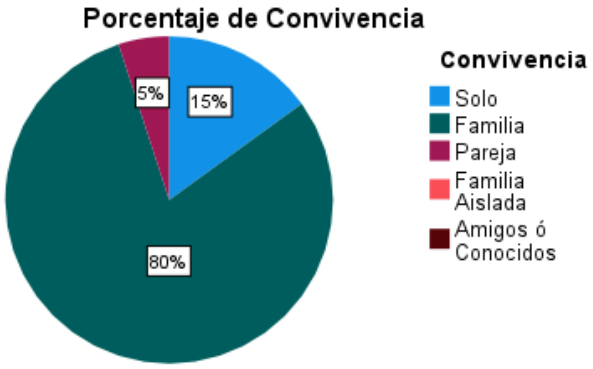


Nota. Elaboración propia.

En la Figura 10, se habla sobre la convivencia que tenían en sus hogares, en donde la minoría con el 5% vivían con sus parejas, mientras que el 80% de la muestra convivían con su familia, aunque cabe menciona que hubo un porcentaje de ellos perteneciente al 15% que vivían solos.

Figuras 10

Distribución por convivencia

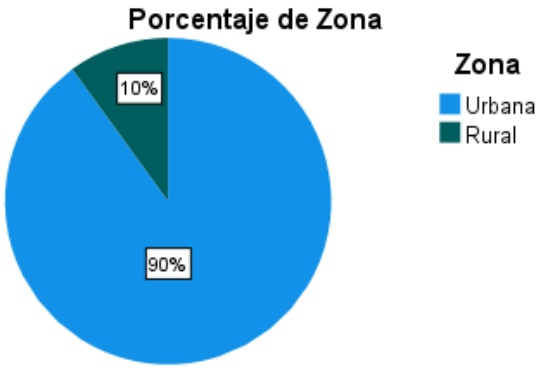


Nota. Elaboración propia.

En la Figura 11, podemos identificar que el 10% de la muestra vive en áreas rurales, mientras que el otro 90% tienen sus residencias en la zona urbana.

Figura 11

Distribución por zona residencial



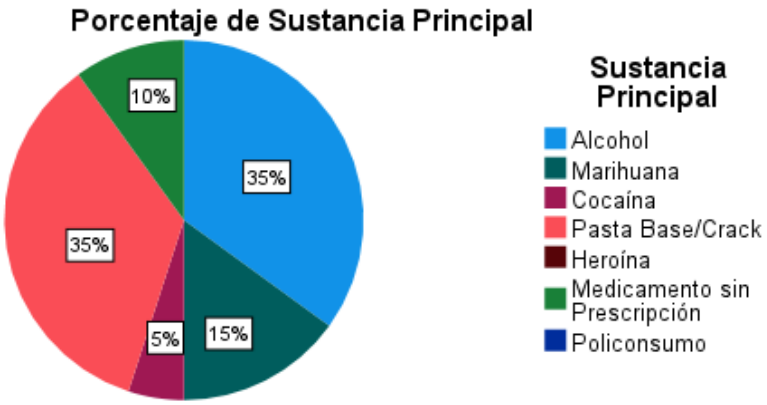
Nota. Elaboración propia.

Enfocándonos en la parte del consumo, podemos encontrar en la figura 12, que la muestra tiene un porcentaje variado en la sustancia que consume, la considera como la principal o sustancia de impacto, en donde se tiene un empate con el 35% en lo que corresponde al alcohol y la pasta base de cocaína, siendo estas la de mayor consumo,

mientras que por otro lado se tiene, porcentajes significativos en lo que corresponde a la marihuana con el 15%, medicamentos sin prescripción con el 10% y el 5% con cocaína.

Figura 12

Distribución por sustancia principal de consumo

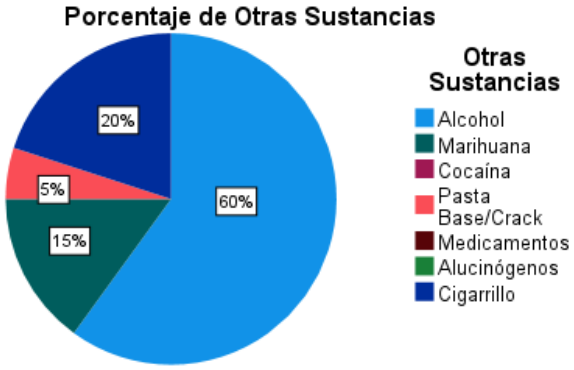


Nota. Elaboración propia,

Por otro lado, en lo que corresponde a otro tipo de sustancias de consumo personal, podemos observar en la Figura 13 que, existe un gran consumo de alcohol con el 60%, aparece el cigarrillo con un 20%, marihuana con un 15% y base de cocaína con un 5%, mencionando que han sido por experiencia únicas o que han sido sustancias complementarias a la sustancia principal.

Figura 13

Distribución por otro tipo de sustancias



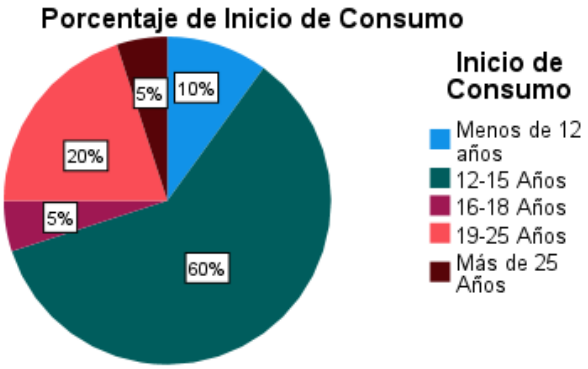
Nota. Elaboración propia

En la Figura 14, se puede determinar el rango de edades en donde se ha iniciado con el consumo, en donde el 60% de la muestra menciona haberlo experimentado en el

rango de 12 a 15 años, seguido del 20% entre los 19 a 25 años, el 10% menos de los 12 años y finalmente con el 5% entre los 16 y 18 años y más de 25 años, cada uno por motivos diferentes.

Figura 14

Distribución por inicio de consumo

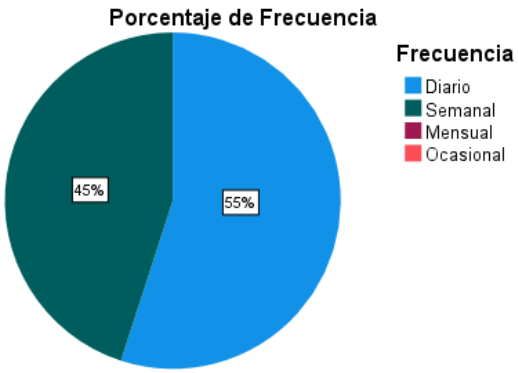


Nota. Elaboración propia.

En la Figura 15, se puede observar la frecuencia con la cuál repetían el consumo de sustancias, en donde el 55% menciona que lo hacían de manera diaria, mientas que el 45% restante lo hacían de manera semanal, con frecuencia evolutiva.

Figura 15

Distribución por frecuencia de consumo

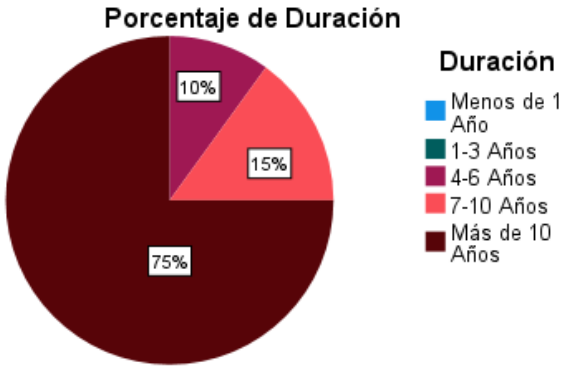


Nota. Elaboración propia.

Al hablar de la duración de su consumo se puede identificar que el 75% de la muestra tiene una historia de consumo de más de 10 años, mientas que el 15% se encuentra entre los 7 a 10 y el 10% entre los 4 a 6 años de consumo.

Figura 16

Distribución por duración de consumo

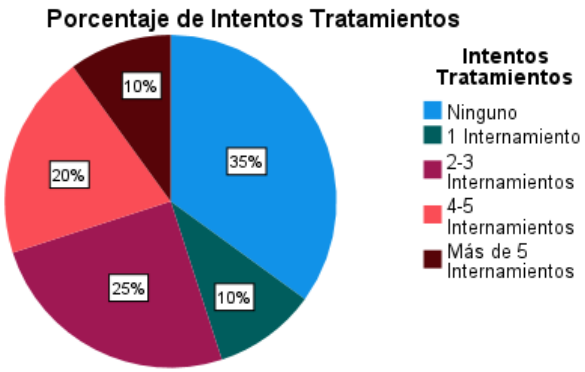


Nota. Elaboración propia.

En la Figura 17, se puede observar que la muestra ha tenido varios intentos de recuperación, con el 35% como mayoría mencionando que no han tenido ningún tratamiento previo, el 25% tiene de 2 a 3 tratamientos, el 20% de 4 a 5 tratamientos y el 10% entre 1 tratamiento y más de 5 tratamientos.

Figura 17

Distribución por intentos de tratamiento

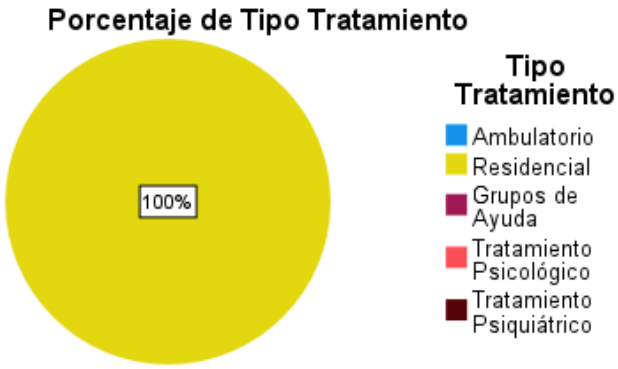


Nota. Elaboración propia.

Por otro lado, en la Figura 18 se puede evidenciar que el 100% de la muestra, responde que el tipo de tratamiento que han tenido ha sido bajo la modalidad residencial.

Figura 18

Distribución por tipo de tratamiento

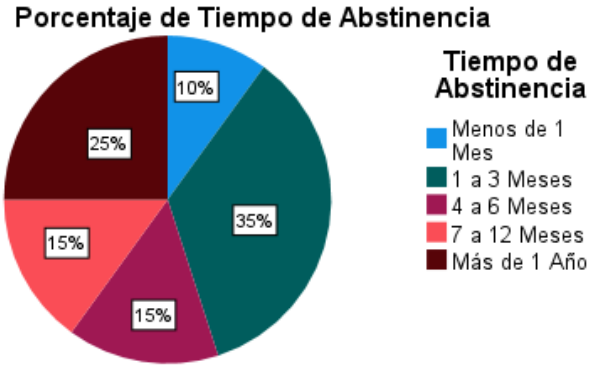


Nota. Elaboración propia.

Cuando se habla de abstinencia en la Figura 19, se puede observar que el mayor tiempo que la muestra ha logrado se mantiene con el 35% entre 1 a 3 meses, mientras que el 25% ha logrado tener el mayor tiempo con más de 1 año de abstinencia, por otro lado, con el 15% se encuentran los tiempos entre 4 a 6 meses y de 7 a 12 meses y finalmente, el 10% con menos de 1 mes.

Figura 19

Distribución por tiempo de abstinencia

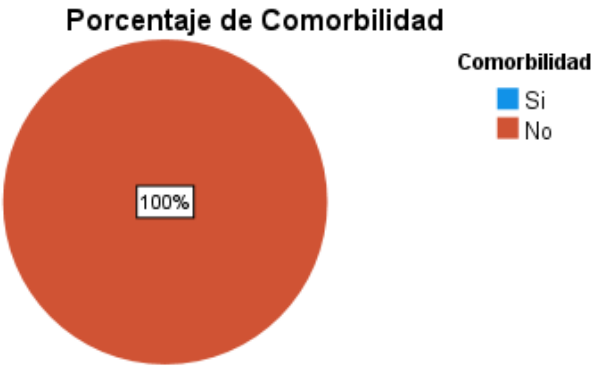


Nota. Elaboración propia.

En lo que corresponde a la presencia de comorbilidad en la Figura 20, se puede observar que el 100% de la muestra a negado la presencia de otro tipo de enfermedades biológicas o mentales.

Figura 20

Distribución por presencia de comorbilidad

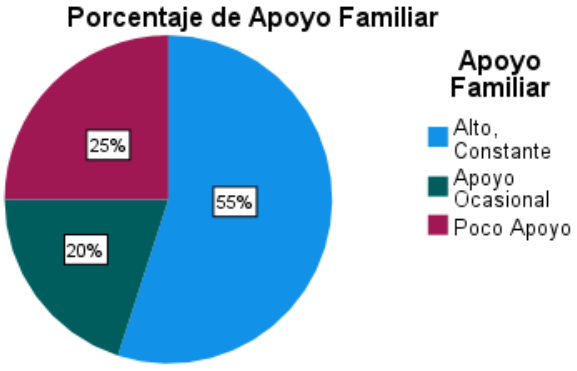


Nota. Elaboración propia.

Al finalizar en la Figura 21, se puede observar el apoyo familiar que recibe la muestra, en donde el 55% menciona tener un apoyo alto, constante, mientras que el 25% de obtiene poco apoyo, mencionando un 20% de apoyo ocasional, debido a diferentes motivos familiares y de condiciones físicas.

Figura 21

Distribución por apoyo familiar



Nota. Elaboración propia.

4.1.2 Resultados de la prueba Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) versión en español.

Para conocer el estado inicial de los participantes se realizó una evaluación que permite identificar el grado de atención plena de cada uno, por lo que, en la Tabla 7 se puede evidenciar que, tanto en el grupo cuasi control, como en el grupo cuasi experimental existe un 100% en la categoría baja; en lo que corresponde a la puntuación, el grupo cuasi experimental obtiene como mínimo un puntaje de 76 y máximo un puntaje de 97, dando un puntaje medio de 91.94 con una desviación estándar de 7,545. Por otro lado, el grupo cuasi control obtuvo como mínimo un puntaje de 62 y como máximo un puntaje de 96, dando así un puntaje medio de 85,00 y una desviación estándar de 10,604. Interpretando de esta manera que tanto el grupo cuasi control como el cuasi experimental tienen un 100% de nivel bajo en atención plena, demostrando una homogeneidad entre estos.

Tabla 7

Resultados descriptivos del pretest

		Baja		Media		Alta					Desviación
Pretest		**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**Mínimo**	**Máximo**	**Media**	**estándar**
Grupo	Experimental	10	100%	0	0%	0	0%	76	97	91.94	7,545
	Control	10	100%	0	0%	0	0%	62	96	85,00	10,604
Total		20	100%	0	0%	0	0%	62	97	88,20	9,540

Nota. Elaboración propia.

Tras la aplicación de la intervención basada en Mindfulness, se pudo obtener los resultados presentes en la Tabla 8, notando considerablemente que los niveles de atención plena en el grupo cuasi experimental se elevaron en su totalidad, eliminando el nivel bajo y teniendo un nivel alto de atención plena con un 100%, mientras que por el contrario en el grupo cuasi control se evidenció que se persevera en el nivel bajo de atención plena en su totalidad con el 100%. Dando a conocer que el grupo cuasi control al no haber participado en la intervención se mantuvo en los mismos niveles, incluso bajando en ciertos puntajes, mientras que el grupo cuasi experimental obtuvo mejorías

significativas en sus niveles de atención plena, evidenciando que la aplicación de estas técnicas tiene un impacto positivo dentro de este contexto.

Tabla 8

Resultados descriptivos del post test

Post test		Baja		Media		Alta		Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
		N	%	N	%	N	%				
Grupo	Experimental	0	0%	0	0%	10	100%	151	176	160,10	8,685
	Control	10	100%	0	0%	0	0%	55	85	78,20	8,867
Total		10	50,0%	0	0%	10	50,0%	55	176	119,15	42,873

Nota. Elaboración propia.

4.1.3 Resultados del Cuestionario VPA-30, Variables Predictoras de Abandono y Adherencia al Tratamiento en Adicciones (Sirvent et al., 2009).

Para conocer el estado inicial de los participantes se realizó una evaluación que permite identificar cual es el grado de adherencia al tratamiento de los participantes, por lo que, en la Tabla 9 se puede evidenciar que, tanto en el grupo cuasi control, como en el grupo cuasi experimental existe un 100% en la categoría Riesgo de abandono Alto; en lo que corresponde a la puntuación, el grupo cuasi experimental obtiene como mínimo un puntaje de 3 y máximo un puntaje de 5, dando un puntaje medio de 4,00 con una desviación estándar de 0,484. Por otro lado, el grupo cuasi control obtuvo como mínimo un puntaje de 4 y como máximo un puntaje de 5, dando así un puntaje medio de 4,37 y una desviación estándar de 0,152. Interpretando de esta manera que tanto el grupo cuasi control como el cuasi experimental tienen un riesgo considerablemente alto para abandonar el tratamiento, lo cual muestra que existe homogeneidad entre los grupos.

Tabla 9

Resultados descriptivos del pretest

	Pretest	Normal		Dudoso		Considerable		Alto		Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
		N	%	N	%	N	%	N	%				
Grupo	Experimental	0	0%	0	0%	0	0%	10	100%	3	5	4,00	0,484
	Control	0	0%	0	0%	0	0%	10	100%	4	5	4,37	0,152
Total		0	0%	0	0%	0	0%	20	100%	3	5	4,19	0,398

Nota. Elaboración propia.

Tras la aplicación de la intervención basada en Mindfulness, se pudo obtener los resultados presentes en la Tabla 10, notando considerablemente que los niveles de riesgo de abandono al tratamiento en el grupo cuasi experimental disminuyeron en su totalidad, eliminando el riesgo alto de abandono y teniendo un nivel normal con un 100%, mientras que por el contrario en el grupo cuasi control se evidenció que se persevera en el riesgo de abandono alto en su totalidad con el 100%. Dando a conocer que el grupo cuasi control al no haber participado en la intervención se mantuvo en los mismos niveles, incluso incrementando en ciertos puntajes, mientras que el grupo cuasi experimental obtuvo mejorías significativas en sus niveles de adherencia al tratamiento, disminuyendo el riesgo de abandono, reiterando que la aplicación de estas técnicas tiene un impacto positivo en este contexto.

Tabla 10

Resultados descriptivos del post test

	Post test	Normal		Dudoso		Considerable		Alto		Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
		N	%	N	%	N	%	N	%				
Grupo	Experimental	10	100%	0	0%	0	0%	0	0%	2	2	1,91	0,110
	Control	0	0%	0	0%	0	0%	10	100%	4	5	4,43	0,107
Total		10	50,0%	0	0%	0	0%	10	50%	2	5	3,17	1,293

Nota. Elaboración propia.

4.1.4 Determinación de la normalidad de los datos

Para determinar la distribución de los datos se aplicó la prueba Shapiro-Wilk, debido a que la muestra estaba conformada por menos de 50 participantes, por lo que los resultados obtenidos evidenciaron que algunas de las mediciones presentaron valores de significancia menores a 0.05, mencionando que no todas las variables tenían una distribución normal. Es por eso por lo que se utilizó pruebas estadísticas no paramétricas para el análisis de los datos.

Tabla 11

Resultados prueba de normalidad

Instrumento	Grupo	Shapiro-Wilk	gl	Sig.
Cuestionario FFMQ	Pretest Experimental	0,755	10	0,004
	Post test Experimental	0,842	10	0,046
	Pretest Control	0,894	10	0,187
	Post test Control	0,713	10	0,001
Cuestionario VPA-30	Pretest Experimental	0,902	10	0,232
	Post test Experimental	0,907	10	0,259
	Pretest Control	0,776	10	0,007
	Post test Control	0,913	10	0,305

Nota. Elaboración propia.

4.1.5 Análisis de la eficacia de la intervención basada en Mindfulness

4.1.6 Comparación de resultados entre test

Para evidenciar la eficacia obtenida de la intervención basada en mindfulness, e aplico la prueba de rangos con signos de Wilcoxon para muestras relacionadas, obteniendo los resultados presentes en la Tabla 12, la misma que muestra que el grupo cuasi experimental en el cuestionario FFMQ (Mindfulness) obtuvo un estadístico Z= 2,803, con un nivel de significación de p= 0,005, lo que indica que existe una diferencia estadísticamente significativa entre la prueba pre y post. Estos resultados dan a conoces que existe un incremento en los niveles de atención plena en los participantes después de la intervención.

En lo que corresponde al cuestionario VPA-30 para evaluar la adherencia al tratamiento o el riesgo de abandono, el grupo cuasi experimental presento un resultado

estadístico de Z= -2,692 con un valor de significancia de p= 0,007, mostrando diferencias estadísticamente significativas entre las pruebas pre y post intervención. Considerando que menor puntuación representa menor riesgo de abandono y mejorando la adherencia al tratamiento, dando a entender que los resultados obtenidos presentan una mejora significativa en esta variable después de la intervención.

Por otra parte, cuando se habla del grupo cuasi control se observa de la misma manera una diferencia estadísticamente significativa en los niveles de Mindfulness con resultados de Z= -2,809 con un valor de significancia de p= -0,007, lo que presenta una disminución de las puntuaciones entre el pre y post test. Mientras que, al hablar del riesgo de abandono o de adherencia al tratamiento, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, con resultados de Z= 1,127 con un valor de significancia de p= 0,260, indicando que no existen cambios relevantes entre ambas mediciones.

En conjunto los resultados obtenidos permiten interpretar que la intervención basada en Mindfulness produjo mejoras significativas en los niveles de Mindfulness y en la adherencia al tratamiento de los participantes del grupo cuasi experimental, brindando evidencia a favor de la eficacia de la intervención desarrollada.

Tabla 12

Comparación grupal de las puntuaciones pre y post test con la prueba de Wilcoxon

Instrumento	Grupo	N	Media	Desviación Est.	Media	Desviación Est.	Z	Sig.
Cuestionario FFMQ	Pre y post Experimental	10	91,94	7,545	160,10	8,685	2,803	0,005
	Pre y post Control	10	85,00	10,604	78,20	8,867	-2,809	0,007
Cuestionario VPA-30	Pre y Post Experimental	10	4,00	0,484	1,91	0,110	-2,692	0,007
	Pre y Post Control	10	4,37	0,152	4,43	0,107	1,127	0,260

Nota. Elaboración propia.

4.1.7 Comparación de resultados entre grupos

Con la finalidad de realizar una comparación entre los resultados obtenidos entre los grupos seleccionados, se aplicó la prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes en la Tablas 13. En lo que corresponden a los niveles de Mindfulness, los resultados pretest no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos, teniendo un estadístico U de Mann-Whitney de U= 24,50, un estadístico Z estandarizado de Z= -1939 y un valor de significancia bilateral de p= 0,053, indicando que los participantes iniciaron en condiciones similares en lo que corresponde al Mindfulness.

Por el contrario, en la evaluación post test se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo cuasi experimental y cuasi control, dando como resultados del estadístico U de Mann-Whitney de U= 0,00, un estadístico Z estandarizado de Z= -3,785 y un valor de significancia bilateral inferior a p= 0,001, evidenciando que los participantes que recibieron la intervención alcanzaron niveles significativamente superiores de atención plena en comparación con aquellos que pertenecían al grupo cuasi control.

Respeto a la adherencia al tratamiento evaluada a través del cuestionario VPA-30, los resultados obtenidos del pretest no mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, obteniendo un estadístico U de Mann-Whitney de U= 69,00, un estadístico Z estandarizado de Z= 1,446 y un valor de significancia bilateral de p= 0,148, dando a entender que los grupos, al igual que en el Mindfulness, presentaban condiciones similares en relación con la adherencia al tratamiento.

Por otro lado, en la evaluación post test se obtuvo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Los resultados presentan un estadístico U de Mann-Whitney de U= 100,00, un estadístico Z estandarizado de Z= 3,823 y un valor de significancia bilateral inferior a p= 0,001. Desde este punto de vista existen

puntuaciones menores en el cuestionario VPA-30 lo que representa que existen menores niveles de riesgo y, por ende, una mejor adherencia al tratamiento, mencionando que los participantes del grupo cuasi experimental presentamos mejoras significativas en comparación con los participantes del grupo cuasi control.

Finalmente, los resultados obtenidos permiten concluir que la intervención basada en Mindfulness generó efectos significativos tanto en el incremento de niveles de atención plena, como en la mejora de la adherencia al tratamiento, siendo la diferencia muy clara en la comparación entre el grupo cuasi experimenta con el grupo cuasi control.

Tabla 13

Comparación grupal según la prueba U de Mann-Whitney

Instrumento	Grupo	N	U de Mann-Whitney	Z	Sig. (bilateral)	Significación exacta
Cuestionario FFMQ	(Pre) Control y Experimental	20	24,50	-1,939	0,053	0,052
	(Post) Control y Experimental	20	0,00	-3,785	<0,001	0,000
Cuestionario VPA-30	(Pre) Control y Experimental	20	69,00	1,446	0,148	0,165
	(Post) Control y Experimental	20	100,00	3,823	<0,001	0,000

Nota. Elaboración propia.

4.1.7 Correlación entre Mindfulness y Adherencia al Tratamiento

Con el propósito de identificar la relación que existe entre en las variables, se aplicó el coeficiente rho de Spearman en la Tabla 14. Los resultados obtenidos presentan una correlación negativamente fuerte y estadísticamente significativa entre ambas variables, con un resultado rho de Spearman de $\rho = -0,765$, con un valor de significancia bivariado de $p= <0,001$, este hallazgo menciona que a medida que los niveles del Mindfulness aumentan, el puntaje del cuestionario VPA-30 disminuye. Recalcando que, en este instrumento a menor puntaje, existe menor riesgo de abandono,

por lo tanto, una mejor adherencia al tratamiento, concluyendo que, a mayores niveles de Mindfulness, hay una mejor adherencia al tratamiento en personas que pasan por procesos de rehabilitación.

Tabla 14

Relación entre mindfulness y adherencia al tratamiento

Variable	N	Coeficiente rho de Spearman	Significación bilateral
Mindfulness Post Test y Adherencia al Tratamiento Post Test	20	24,50	-1,939

Nota. Elaboración propia.

4.2 Discusión

Como objetivo principal dentro de la investigación, se pretendía evaluar la eficacia de la intervención basada en Mindfulness, con el fin de mejorar la adherencia al tratamiento en personas con problemas de consumo. Dentro de los datos obtenidos se pudo evidenciar cambios estadísticamente significativos en los niveles de Mindfulness y adherencia al tratamiento del grupo cuasi experimental, tras la aplicación de la intervención, mientras que el grupo control no presento mejoras comparables. De la misma manera identificar una relación significativa entre ambas variables, aportando evidencia empírica a favor de la hipótesis planteada.

Al hablar sobre los niveles de Mindfulness obtenidos en la aplicación del FFMQ, se evidenció diferencias estadísticamente significativas entre las mediciones pre y post tanto del grupo cuasi control de manera negativa como del grupo cuasi experimental de manera positiva, mostrando en cada uno el efecto que tuvo la intervención propuesta en la investigación.

Estos resultados coinciden con la evidencia científica encontrada sobre la efectividad del Mindfulness en poblaciones con trastorno por consumo de sustancias. Li et al. (2022), en una revisión sistémica y metaanálisis sobre tratamientos basados en

mindfulness para el consumo problemático de sustancias, concluyeron que estas intervenciones producen mejorías fuertes en la autorregulación emocional, la atención consciente y la reducción de conductas impulsivas de consumo. De manera similar, Ramadas et al. (2021) encontraron que los programas de prevención de recaídas basadas en Mindfulness aportan en el desarrollo de habilidades de observación y aceptación de experiencias internas, reduciendo la actividad frente a estímulos asociados al consumo.

Así mismo, los resultados obtenidos se asocian a los planteamientos de Garland et.al (2021), quienes mencionan que las intervenciones basadas en Mindfulness promueven una reorganización de los mecanismos de recompensa implicados en la adicción, brindando una mayor capacidad de regulación atencional y control de impulsos. Desde este punto de vista, podemos mencionar que el incremento en las puntuaciones del FFMQ podría interpretarse como una evidencia del fortalecimiento de procesos cognitivos y emocionales, que permite a esta población responder de manera más adaptativa frente a pensamientos intrusivos, emociones indeseadas y deseos intensos de consumo.

Mencionando también a Hölzel et al. (2020), quienes respaldan los resultados, proponiendo que el Mindfulness actúa mediante mecanismos de regulación emocional, conciencia corporal, control de atención y cambio de perspectiva sobre sus experiencias. Estas capacidades son relevantes en personas con problemas de consumo por la impulsividad, la reactividad emocional y la dificultad para afrontar estados afectivos negativos, factores de riesgo importantes para el mantenimiento de las conductas adictivas (Aldao et al., 2020; Chrétien et al., 2025).

Por otro lado, cuando hablamos de adherencia al tratamiento, resultados obtenidos por el VPA-30, posteriormente a la intervención realizada, los resultados mostraron una reducción significativa en el puntaje del grupo cuasi experimental, tomando en cuenta que a menor puntaje, mayor adherencia al tratamiento,

contribuyendo al compromiso de los participantes, a comparación de los niveles presentes en el grupo cuasi control, ya que, no presento diferencias estadísticamente significativas, mostrando la ausencia de cambios relevantes en este apartado.

Estos hallazgos como tal coinciden con Dacosta-Sánchez et al. (2022), quienes señalan que la adherencia es uno de los factores más importantes para el éxito de la intervención en tratamiento de adicciones, mencionando que la permanencia en el tratamiento aporta en la consolidación de estrategias de afrontamiento, la prevención de recaídas y la construcción de hábitos saludables. Así mismo, Amiri et al. (2021) reportan que los pacientes que desarrollan mayores recursos psicológicos y habilidades de regulación emocional presentan una mayor probabilidad de mantenerse inmersos en los programas terapéuticos, logrando resultados favorables de recuperación.

La mejora observada en la adherencia al tratamiento también puede deberse a los mecanismos psicológicos promovidos por el Mindfulness. Existen investigaciones que han demostrado que la atención plena aporta a disminuir la intensidad del craving, reducir la evitación experiencial y aumentar la tolerancia al malestar emocional, factores relacionados con el abandono prematura del tratamiento (Garland et al., 2020; Witkiewitz et al., 2020). Es por eso por lo que, es probable que el fortalecimiento de dichas capacidades haya aventajado una mayor disposición de los participantes en las actividades durante su proceso terapéutico.

Cuando hablamos de la comparación entre los grupos, se usó la prueba de U de Mann-Whitney mostrando que antes de la intervención no existían diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, tanto en Mindfulness como en la adherencia al tratamiento, mostrando que existían condiciones iniciales equivalentes, fortaleciendo la validez interna del diseño cuasi experimental utilizado.

Sin embargo, después de la intervención se pudo identificar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, tanto en Mindfulness como

en la adherencia al tratamiento. Estos hallazgos permiten interpretar que los cambios observados en el grupo cuasi experimental, no se deben solamente al tratamiento convencional, sino que estuvieron relacionados con la intervención basada en Mindfulness. En este punto de vista, Goldberg et al. (2022), identificaron que las intervenciones basadas en Mindfulness generan efectos significativos sobre variables psicológicas vinculadas con el bienestar, la regulación emocional y el funcionamiento conductual en diversas poblaciones.

Dentro de la investigación se obtuvo un hallazgo particularmente relevante, que fue la correlación encontrada entre el Mindfulness y la adherencia terapéutica, en donde los resultados mostraron una correlación negativamente fuerte y estadísticamente significativa entre las variables. Esto se debe a que, puntuaciones bajas del VPA-30 representa una mejor adherencia al tratamiento, mencionando que mayores niveles de Mindfulness, se asocian con mayores niveles de adherencia al tratamiento.

Estos resultados coinciden con lo expuesto por Zullig et al. (2023), quienes encontraron que las personas que tienen mayores niveles de Mindfulness presentan una mayor permanencia en los programas de recuperación. De la misma manera Garland et al. (2020) señalan que el Mindfulness favorece en la disminución del craving y mejora la regulación emocional, factores que influyen de manera directa en la permanencia de los pacientes en dichos procesos. De forma complementaria Gu et al. (2022) sostienen que el Mindfulness ayuda en la aceptación de experiencias internas negativas, sin llegar a desarrollar respuestas impulsivas, contribuyendo al mantenimiento de conductas de abstinencia a largo plazo.

Desde un punto de vista clínico, los resultados obtenidos dan a conocer que el Mindfulness puede constituir como una herramienta terapéutica de gran utilidad en los programas de tratamiento para personas con problemas de consumo, siendo complementarias al tratamiento convencional. Dicha implementación favorecería no

solamente en la reducción de factores de riesgo, sino también en el fortalecimiento de recursos psicológicos que faciliten la permanencia en el tratamiento. Esto resulta especialmente relevante, considerando que el abandono terapéutico continúa siendo uno de los principales desafíos en los servicios de atención a personas con adicciones (Rosenthal et al., 2022; UNODC, 2025).

Finalmente, se puede mencionar que los hallazgos de esta investigación permiten aceptar la hipótesis planteada, ya que, se pudo evidenciar que la aplicación de una intervención basada en Mindfulness incrementa significativamente la adherencia al tratamiento en personas en procesos de rehabilitación por adicciones, ya que, el aumento de los niveles de Mindfulness, las mejoras observadas en la adherencia al tratamiento y la fuerte asociación entre variables aportan evidencia empírica que respalda la incorporación de programas basados en Mindfulness dentro de los modelos integrales de tratamiento por consumo de sustancias, como un complemento para el control de impulsos y la prevención de recaídas.

CONCLUSIONES

Tras terminar la investigación se identificó que la muestra participante estuvo conformada por personas dentro de un proceso de rehabilitación por adicciones con permanencia de más de un mes, cuyas características sociodemográficas permitieron contextualizar la problemática abordada y comprender la importancia de implementar intervenciones orientadas a fortaleces los procesos de recuperación, regulación emocional y permanencia en el tratamiento.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la prueba FFMQ para medir Mindfulness evidenciaron un incremento estadísticamente significativo en el grupo cuasi experimental después de la intervención, mientras que en el grupo cuasi control no presentó mejoras favorables. Dando a entender que la intervención basada en Mindfulness fue eficaz para fortalecer las habilidades de atención plena en los participantes.

Al hablar de la adherencia al tratamiento, evaluada por el cuestionario VPA-30, se encontraron diferencia estadísticamente significativas entre el pre y post test del grupo cuasi experimental, evidenciando una mejora en la adherencia al tratamiento, mientras que por otro lado, el grupo cuasi control no presento cambios significativos, manteniendo los mismo niveles al inicio y final de la investigación, lo que sugiere que la intervención aporto favorablemente al compromiso terapéutico de los participantes.

La comparación entre grupos mostros que antes de la intervención no existían diferencias estadísticamente significativas, tanto en Mindfulness como en Adherencia al tratamiento, evidenciando igualdad de condiciones. Sin embargo, después de la intervención se logró evidenciar las diferencias entre los grupos, siendo el grupo cuasi experimental quien tuvo mejorías en las dos variables, atribuyendo este cambio a la intervención realizada.

Se encontró una correlación negativa fuerte y estadísticamente significativa entre las variables, tomando en cuenta que menores puntuaciones en el cuestionario VPA-30, representa una mejora en la adherencia al tratamiento, nos da a entender que, a mayores niveles de atención plena, mejora la adherencia al tratamiento.

Los resultados obtenidos permiten aceptar la hipótesis de investigación, concluyendo que la aplicación de una intervención basada en Mindfulness, en contextos de adicciones, incrementa significativamente la adherencia al tratamiento. Así mismo los hallazgos mencionados respaldan la incorporación de estas estrategias como complemento terapéutico dentro de los programas convencionales en el contexto de adicciones.

RECOMENDACIONES

Se recomienda a los centros especializados en el tratamiento de adicciones incorporar programas basados en Mindfulness como complemento de los tratamientos convencionales, debido a los efectos positivos observados sobre la adherencia al tratamiento y fortalecimiento de habilidades de autorregulación emocional.

Se sugiere a los profesionales de la salud mental capacitarse en técnicas basadas en Mindfulness con el fin de ampliar las herramientas terapéuticas para el abordaje integral de personas con trastornos por consumo de sustancias.

Se recomienda desarrollar investigaciones con muestras más amplias, que permitan incrementar la capacidad de generalización de los resultados obtenidos y así fortalecer la evidencia científica de estas técnicas en el contexto de adicciones.

Se propone realizar estudios longitudinales que permitan evaluar la permanencia de los efectos del Mindfulness a mediano y largo plazo, tomando en cuenta fenómenos como el craving, abstinencia, prevención de recaídas y adherencia al tratamiento.

Se recomienda incluir variables complementarias como la regulación emocional, impulsividad, autoeficacia, control de la ira, agresividad, explosividad y calidad de vida, con el propósito de comprender de manera más amplia los mecanismos sobre los cuales el Mindfulness trabaja de manera más directa en el proceso de recuperación.

Se sugiere replicar la presente investigación en diferentes contextos clínicos y poblaciones, tomando en cuenta los distintos tipos de adicciones y modalidades de tratamiento, con el fin de comparar los resultados y fortalecer la evidencia disponible sobre la utilidad de las intervenciones basadas en Mindfulness.

Se recomienda que en futuras investigación se analice de manera específica la relación entre las variables, por la fuerte correlación que existe, sugiriendo que la atención plena puede ser un factor relevante en los procesos de rehabilitación.

REFERENCIAS

Afika Dirga, N. M., & Permata, I. (2025). Health psychology approaches to improving treatment adherence among patients with chronic illnesses. Magenta Journal of Healthymedi, 2(1), 33–34.

Aldao, A., Gee, D. G., De Los Reyes, A., & Seager, I. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic factor in the development of psychopathology. Journal of Clinical Psychology, 76(5), 879–895. https://doi.org/10.1002/jclp.22989

Álvarez-Gúrpide, S., González Álvarez, M., Parro Torres, A., Hernández Huerta, C., & Ochoa Mangado, E. (2017). Relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ y el consumo de alcohol, asociado o no al uso de otras sustancias. Adicciones, 31(1), 8–17.

Amiri, S., et al. (2021). Treatment retention and abstinence of patients with substance use disorders according to addiction severity and psychiatry comorbidity: A six-month follow-up study in an outpatient unit. Addictive Behaviors, 117, 106832. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.106832

Asamblea Nacional del Ecuador. (2024). Ley Orgánica de Salud Mental (Suplemento No. 471, 5 de enero de 2024). Registro Oficial de Ecuador.

Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 125–143.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. Assessment, 13(1), 27–45. https://doi.org/10.1177/1073191105283504

Bahji, A., et al. (2024). Navigating the complex intersection of substance use and psychiatric disorders: A comprehensive review. Journal of Clinical Medicine, 13(4), 999. https://doi.org/10.3390/jcm13040999

Berenzon Gorn, L. A. (2003). Guía para la elaboración de instrumentos en investigación psicosocial. Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

Berenzon-Gorn, S., Medina-Mora Icaza, M. E., & Lara Cantú, M. A. (2003). *Servicios de salud mental: veinticinco años de investigación*. **Salud Mental, 26**(5), 61–72.

Bergomi, C., Tschacher, W., & Kupper, Z. (2022). The psychological structure of mindfulness. Annual Review of Clinical Psychology, 18, 55–81. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-115504

Birkeland, B., Weimand, B., Ruud, T., Maybery, D., & Vederhus, J.-K. (2021). Perceived family cohesion, social support, and quality of life in patients undergoing treatment for substance use disorders compared with patients with

mental and physical disorders. Addiction Science & Clinical Practice, 16, Article 44. https://doi.org/10.1186/s13722-021-00252-8

Bórquez, I. (2021). Tratamiento por trastorno por consumo de sustancias. Centro de Estudios Justicia y Sociedad. Recuperado de https://justiciaysociedad.uc.cl/wp-content/uploads/2021/12/1.-DeP_Tratamiento-por-trastorno-por-consumo-de-sustancias-_FINAL.pdf

Bruna Gonzalez, Braulio, Calventus Salvador, Joan, & Pavez, Prissila. (2023). Intervenciones grupales breves basadas en mindfulness: una revisión sistemática. Límite (Arica), 18, 15. Epub 22 de enero de 2024.https://dx.doi.org/10.4067/s0718-50652023000100215

Buabang, E. K., Köster, M., Hogarth, L., & Moors, A. (2025). Critical review of the habit theory in substance use disorder and application of goal-directed theory. Current Addiction Reports. https://doi.org/10.1007/s40429-025-00651-w

Burgkart, P. L., Vuzic, X., Fuchshuber, J., & Unterrainer, H.-F. (2022). Attachment styles, personality organization, and substance use as predictors of emotion regulation strategies “Suppression” and “Reappraisal” in young adults. Frontiers in Psychiatry, 12, 786045. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.786045 Frontiers

Callisaya-Condori, J. C. (2024). Mindfulness como estrategia para la gestión de ansiedad ocasionada por consumo de sustancias psicoactivas. Revista Tecnológica-Educativa Docentes, 17(1). https://doi.org/10.37843/rted.v17i1.479

Chems-Maarif, R., Cavanagh, K., Baer, R., Gu, J., & Strauss, C. (2025). Defining mindfulness: A review of existing definitions and suggested refinements. Mindfulness, 16, 1–20. https://doi.org/10.1007/s12671-024-02507-2

Chrétien, S., Giroux, I., Smith, I., Jacques, C., Ferland, F., Sévigny, S., & Bouchard, S. (2025). Emotional regulation in substance-related and addictive disorders treatment: A systematic review. Journal of Gambling Studies, 41, 353–448. https://doi.org/10.1007/s10899-024-10366-8

Clínica SER. (2025). Mindfulness para adicciones: 5 razones para practicarlo. https://www.clinicaser.com/mindfulness-para-adicciones/

Creswell, J. D., Lindsay, E. K., Villalba, D. K., & Chin, B. (2022). Mindfulness training and physical health: Mechanisms and outcomes. Psychosomatic Medicine, 84(3), 305–314. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001055

Dacosta-Sánchez, D., González-Ponce, B. M., Fernández-Calderón, F., Sánchez-García, M., & Lozano, O. M. (2022). Retention in treatment and therapeutic adherence: How are these associated with therapeutic success? International Journal of Methods in Psychiatric Research, 31, e1929. https://doi.org/10.1002/mpr.1929

Fendrich, M., & Becker, J. (2021). Therapeutic alliance in substance dependence treatment: HAq-II comparisons between social workers and nurses. Journal of Social Service Research, 47(2), 256–264. https://doi.org/10.1080/01488376.2020.1755412

Ferreira González, M., Rodríguez Recarey, L., & Riopérez Redondo, N. (2020). Aplicación grupal de mindfulness en drogodependencias [PDF]. Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 10(2). Recuperado de https://www.psicociencias.org/pdf_noticias/Vol.10.n2.Dic.2020.pdf

Ferrer-Pérez, C., Montagud-Romero, S., & Blanco-Gandía, M. C. (2024). Neurobiological theories of addiction: A comprehensive review. Psychoactives, 3(1), 35–47. https://doi.org/10.3390/psychoactives3010003

Ganetsky, V. S., Krawczyk, N., & Kennedy-Hendricks, A. (2025). Medication for opioid use disorder and treatment retention among pregnant individuals. JAMA Network Open, 8(4), e256069. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2025.6069

Garland, E. L., Baker, A. K., & Howard, M. O. (2022). Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces opioid craving. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 48(2), 183–193. https://doi.org/10.1080/00952990.2021.2017704

Garland, E. L., Brewer, J. A., Zhao, Y., et al. (2020). Mindfulness-Based Interventions Reduce Stress Reactivity: A Randomized Controlled Trial Among Adults with Substance Use Disorders. Science Advances, 6(39), eabc1567.

Garland, E. L., Hanley, A. W., Riquino, M. R., & Nakamura, Y. (2020). Mindfulness-oriented recovery enhancement reduces opioid misuse risk via autonomic and attentional mechanisms: A randomized controlled trial. Science Advances, 6(43), eabc7207. https://doi.org/10.1126/sciadv.abc7207

Garland, E. L., Howard, M. O., Zubieta, J. K., & Froeliger, B. (2021). Restructuring reward mechanisms in addiction: Mindfulness-based approaches. Biological Psychiatry, 89(3), 282–290. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.08.028

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2022). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 89, 102081. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102081

Gómez-Bujedo, J., Lozano, Ó., Pérez-Moreno, P. J., Lorca-Marín, J. A., Fernández-Calderón, F., & Díaz-Batanero, C. (2020). Personality traits and impulsivity tasks among substance use disorder patients: Their relations and links with retention in treatment. Frontiers in Psychiatry, 11, 566240. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.566240

González Velasco, N. (2020). Mindfulness como técnica de intervención en salud mental en adicciones: revisión bibliográfica. Universitat Jaume I.

Görgülü, T. (2020). How effective are psychosocial group workings in improving treatment compliance and self-efficacy? An experimental study with substance users. Nöropsikiyatri Arşivi, 57(3), 241–247.

Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. Journal of Addiction Medicine, 11(5), 386–396.

Greener, M. R., & Storr, S. J. (2023). Conflicting theories on addiction aetiology and the strengths and limitations of substance use disorder disease modelling. Frontiers in Molecular Neuroscience, 16. https://doi.org/10.3389/fnmol.2023.1166852

Griffiths, M. D. (2022). Quality of life and its correlated factors among patients with substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. Archives of Public Health, 80, Article 179. https://doi.org/10.1186/s13690-022-00940-0

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2022). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 88, 102066. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102066

Guo, L., Chen, T., Hui, Z., & Zhao, M. (2023). The structure and individual patterns of trait impulsivity across addiction disorders: A network analysis. International Journal of Mental Health and Addiction. (Impulsivity networks differ según tipo de adicción y rasgos centrales).

Handelsman, L., Cochrane, K. J., Aronson, M. J., Ness, R., Rubinstein, K. J., & Kanof, P. D. (1987). Two new rating scales for opiate withdrawal. American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 13(3), 293–308. https://doi.org/10.3109/00952998709001515

Haynes, R. B. (1979). Compliance in health care. Johns Hopkins University Press.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2018). Metodología de la investigación (7.ª ed.). McGraw-Hill Education.

Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. Clínica y Salud, 27(3), 115–124.

Hogarth, L. (2020). Addiction is driven by excessive goal-directed drug choice under negative affect: Translational critique of habit theory.

Neuropsychopharmacology, 45(5), 720–735. https://doi.org/10.1038/s41386-020-0600-8

Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., & Schuman-Olivier, Z. (2020). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. Perspectives on Psychological Science, 15(6), 1149–1170. https://doi.org/10.1177/1745691620959705

Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliott, R. A., & Morgan, M. (2021). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. World Health Organization. https://iris.who.int/handle/10665/42682

Instituto Castelao. (2023). Los beneficios de practicar mindfulness en adicciones. https://www.institutocastelao.com/los-beneficios-de-practicar-mindfulness-en-adicciones/

Jhanjee, S. (2023). Psychosocial interventions for substance use disorders: Current status and future directions. Indian Journal of Psychiatry, 65(1), 10–18. https://doi.org/10.4103/ijpsym.ijpsym_123_22

Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. Hyperion.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice, 10(2), 144–156. https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016

Khoury, B., Knäuper, B., Pagnini, F., Trent, N., & McLean, L. (2023). A tri-process model of interpersonal mindfulness. Frontiers in Psychology, 14, 1130959. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1130959

Levy, S., Williams, J. F., & Committee on Substance Use and Prevention. (2022). Substance use screening, brief intervention, and referral to treatment. Pediatrics, 149(5), e2022057985. https://doi.org/10.1542/peds.2022-057985

Li, W., Howard, M. O., Garland, E. L., McGovern, P., & Lazar, M. (2022). Mindfulness treatment for substance misuse: A systematic review and meta-analysis. Journal of Substance Abuse Treatment, 132, 108512. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108512

Loucks, E. B., Schuman-Olivier, Z., Britton, W. B., Fresco, D. M., Desbordes, G., Brewer, J. A., & Fulwiler, C. (2021). Mindfulness and cardiovascular disease risk: State of the evidence. Current Cardiology Reports, 23, 1–10. https://doi.org/10.1007/s11886-021-01515-7

Magill, M., Meisel, S., Moniz-Lewis, D. I. K., Maisto, S., & Witkiewitz, K. (2025). Self-efficacy as a mechanism of behavior change in addiction science and

practice. Current Addiction Reports, 12, 27. https://doi.org/10.1007/s40429-025-00632-z

Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2016). Protocolo atención integral para consumo nocivo de alcohol, tabaco y otras drogas. Quito: MSP. (Los protocolos actualizados al 2024 se encuentran disponibles en sitio oficial del MSP, aunque se suele referenciar el documento original de 2016 como base normativa vigente.)

Moses, M., & Patel, D. (2021). Physical and emotional symptoms during early withdrawal from substance use. Drug and Alcohol Dependence, 223, 108–114.

National Institute on Drug Abuse. (2025). Drug misuse and addiction (Drugs, brains, and behavior: The science of addiction). https://nida.nih.gov/publications/drugs-brains-behavior-science-addiction/drug-misuse-addiction

NeuroClass. (2023). Mindfulness y adicciones: ¿Tratamiento efectivo? https://neuro-class.com/mindfulness-y-adicciones-tratamiento-efectivo/

NeuroLaunch Editorial Team. (2024). Cognitive behavioral model of addiction: A comprehensive approach to understanding and treating substance use disorders. NeuroLaunch. https://neurolaunch.com/cognitive-behavioral-model-of-addiction/

Oceánica. (2025). Técnicas de mindfulness para personas en tratamiento de adicciones. https://oceanica.com.mx/tecnicas-de-mindfulness-para-personas-en-tratamiento-de-adicciones/

Ocronos. (2025). Mindfulness para trabajadores de la salud. Una herramienta para el bienestar. https://revistamedica.com/mindfulness-trabajadores-salud-herramienta-bienestar/

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2024, junio 26). Informe Mundial sobre las Drogas 2024: los daños del problema mundial de las drogas siguen aumentando en medio de la expansión del consumo y los mercados de drogas. UNODC. Recuperado de https://www.unodc.org/unodc/es/press/releases/2024/June/unodc-world-drug-report-2024_-harms-of-world-drug-problem-continue-to-mount-amid-expansions-in-drug-use-and-markets.html

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2025). Drug dependence treatment & care. UNODC. Recuperado de https://www.unodc.org/unodc/en/treatment-and-care/index.html

Olateju, O. A., Okeke, C., Shrestha, M., & Thornton, D. (2025). Association between buprenorphine adherence trajectories, health outcomes, and health care costs among Medicaid enrollees. Journal of Addiction Medicine, 19(5), 578–590. https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000001458

Organización Mundial de la Salud. (2020). International standards for the treatment of drug use disorders. WHO & UNODC. Recuperado de https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders

Organización Mundial de la Salud. (2023, noviembre 20). WHO issues new and updated recommendations on treatment of mental, neurological and substance use conditions. WHO. Recuperado de https://www.who.int/news/item/20-11-2023-who-issues-new-and-updated-recommendations-on-treatment-of-mental--neurological-and-substance-use-conditions

Petry, J. (2021). A critical look at the concept of addiction in DSM-5 and ICD-11. American Journal of Psychiatry and Neuroscience, 9(1), 7–14. https://doi.org/10.11648/j.ajpn.20210901.12

Poisson, C. L., Engel, L., & Saunders, B. T. (2021). Dopamine circuit mechanisms of addiction-like behaviors. Frontiers in Neural Circuits, 15, 752420. https://doi.org/10.3389/fncir.2021.752420

Presidencia de la República del Ecuador. (2024, 23 de noviembre). Decreto Ejecutivo No. 465, Reglamento General a la Ley Orgánica de Salud Mental. Quito, Ecuador.

Ramadas, E., Lima, M. P., Caetano, T., Lopes, J., & Dixe, M. A. (2021). Effectiveness of mindfulness-based relapse prevention in individuals with substance use disorders: A systematic review. Behavioral Sciences, 11(10), 133. https://doi.org/10.3390/bs11100133

Reif, S., Whetten, K., et al. (2021). Substance use disorder treatment outcomes: Methodological overview of metrics and criteria (systematic review). International Journal of Methods in Psychiatric Research.

Roberts, N. P., Lotzin, A., & Schäfer, I. (2022). A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder. European Journal of Psychotraumatology, 13(1), 2041831. https://doi.org/10.1080/20008198.2022.2041831

Rodas Flores, D. (2021). Intervenciones basadas en Mindfulness en el tratamiento de adicciones a sustancias psicotrópicas. Revista Ecuatoriana de Psicología, 4(10), 181–202. https://doi.org/10.33996/repsi.v4i10.62

Rodríguez Barbosa, J. S., & Hernández Palacio, K. A. (2023). Eficacia de las técnicas basadas en mindfulness como tratamiento coadyuvante para pacientes con trastorno por consumo de sustancias: revisión sistemática y meta-análisis. Universidad del Rosario.

Rodríguez, M. I., Melero Moreno, C., & Díaz Campos, R. (2017). Adherencia al tratamiento y factores que influyen en ella. Revista de Asma, 2(1), 116–123.

Rosenthal, A., Ebrahimi, C., Wedemeyer, F., Romanczuk-Seiferth, N., & Beck, A. (2022). The treatment of substance use disorders: Recent developments and new perspectives. Neuropsychobiology, 81(5), 451–472. https://doi.org/10.1159/000525268

Rübig, L. L., Fuchshuber, J., Köldorfer, P., Rinner, A., Fink, A., & Unterrainer, H.-F. (2021). Attachment and therapeutic alliance in substance use disorders: Initial findings for treatment in the therapeutic community. Frontiers in Psychiatry, 12, Article 730876. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.730876

Sancho, M., De Gracia, M., Rodríguez, R. C., Mallorquí-Bagué, N., Sánchez-González, J., Trujols, J., & Jiménez-Murcia, S. (2021). Mindfulness-based interventions in substance use disorders. Substance Abuse and Rehabilitation, 12, 1–15. https://doi.org/10.2147/SAR.S251259

Schmidt, R., Valerio, M., & Nilsson, H. (2025). Defining mindfulness: Present-centered awareness with acceptance and equanimity across internal and external domains. Mindfulness, 16, 1–20. https://doi.org/10.1007/s12671-024-02507-2

Shams, F., Tai, A. M. Y., Kim, J., Boyd, M., Meyer, M., & Krausz, R. M. (2023). Adherence to e-health interventions for substance use and the factors influencing it: Systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Digital Health Interventions, 20552076231203876. https://doi.org/10.1177/20552076231203876

Shmulewitz, D., Levitin, M. D., Skvirsky, V., Vider, M., Eliashar, R., Mikulincer, M., & Lev-Ran, S. (2024). Comorbidity of problematic substance use and other addictive behaviors and anxiety, depression, and post-traumatic stress disorder: A network analysis. Psychological Medicine, 1–11. https://doi.org/10.1017/S0033291724002794

Simione, L., & Moraitou, D. (2021). Contemporary conceptualizations of mindfulness and its core psychological processes. Journal of Psychological Research. (Actual conceptual review).

Sinopsis Centro. (2024). Mindfulness en el tratamiento de las adicciones. https://asesorterapeutico.com/mindfulness-tratamiento-adicciones/

Sirvent, C., Villa Moral, M., Blanco, P., Rivas, C., Linares, M., & Quintana, L. (2009). Cuestionario VPA30: Variables predictoras de abandono y adherencia al tratamiento en adicciones. Fundación Instituto Spiral. https://www.researchgate.net/publication/242683106_PREDICCION_DEL_ABANDONO_VS_EXITO_TERAPEUTICO_EN_ADICCIONES_PRESENTACION_DEL_CUESTIONARIO_VPA30_c_SIRVENT_2_009_DE_VARIABLES_PREDICTORAS_DE_ABANDONO_Y_ADHERENCIA_AL_TRATAMIENTO_EN_ADICCIONES_PREDICT_TH

Smith, R., Taylor, S., & Bilek, E. (2021). Computational mechanisms of addiction: Recent evidence and its relevance to addiction medicine. Current Addiction Reports, 8(4), 509–519. https://doi.org/10.1007/s40429-021-00399-z

Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989).

Tarqui-Silva, L. E., & Sánchez Salinas, M. V. (2024). Tratamientos Residenciales para Adicciones en Ecuador: el Limbo entre la Bioética y los Derechos Humanos. Universidad y Sociedad, 16(1). http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202024000100089

Thompson, E. M., & Steinberg, J. D. (2022). Mobile Applications and Ecological Momentary Assessment for Withdrawal Symptom Reduction in Alcohol and Stimulant Dependence: A Randomized Controlled Protocol. Frontiers in Psychiatry, 13, 1011585.

Trujols, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejedor, R., Pascual, J. C., & Ports, M. (2020). Mindfulness-based interventions and emotion regulation in clinical populations. Mindfulness, 11, 1–14. https://doi.org/10.1007/s12671-020-01416-4

Villarrea Mata, J. L., Navarro Oliva, E. I. P., Bresó Esteve, E., Rodríguez Puente, L. A., Alonso-Castillo, M. M., & Torres Obregón, R. (2020). Mindfulness e inteligencia emocional en la prevención de recaídas en personas en tratamiento: una revisión. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas, 16(3). https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.167320

Wesson, D. R., & Ling, W. (2003). The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). Journal of Psychoactive Drugs, 35(2), 253–259. https://doi.org/10.1080/02791072.2003.10400007

Wise, R. A., & Jordan, C. J. (2021). Dopamine, behavior, and addiction. Journal of Biomedical Science, 28, 83. https://doi.org/10.1186/s12929-021-00779-7

Witkiewitz, K., Bowen, S., Harrop, E. N., Douglas, H., Enkema, M., & Sedgwick, C. (2020). Mindfulness-based relapse prevention and craving. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 88(2), 165–176. https://doi.org/10.1037/ccp0000455

World Medical Association. (2024). Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964, y enmendada por la 75ª Asamblea General, Helsinki, Finlandia, octubre 2024. Recuperado de https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

Zhang, Z., & Liu, X. (2022). A systematic review of exercise intervention program for people with substance use disorder. Frontiers in Psychiatry, 13, 817927. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.817927

Zullig, K. J., Teoli, N. A., Price, J. H., Desmond, S. M., & Elliott, J. (2023). Association of loneliness and mindfulness in substance use treatment retention. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(16), 6571. https://doi.org/10.3390/ijerph20166571