



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

**Eficacia del Mindfulness en el Tratamiento para el Consumo de Sustancias
en Adultos: Revisión Sistemática**

Trabajo de Integración curricular previo a la
obtención del título de licenciada en
Psicología Clínica

AUTORA:

Nayeli Andrea Balcázar Espinoza.

DIRECTORA:

Psic. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes Mg. Sc.

Loja – Ecuador

2024

Certificación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Sistema de Información Académico
Administrativo y Financiero - SIAAF

CERTIFICADO DE CULMINACIÓN Y APROBACIÓN DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Yo, **CARRION REYES MONICA ELIZABETH**, director del Trabajo de Integración Curricular denominado **Eficacia del Mindfulness en el Tratamiento para el Consumo de Sustancias en Adultos: Revisión Sistemática.**, perteneciente al estudiante **NAYELI ANDREA BALCAZAR ESPINOZA**, con cédula de identidad N° **1105983421**.

Certifico:

Que luego de haber dirigido el **Trabajo de Integración Curricular**, habiendo realizado una revisión exhaustiva para prevenir y eliminar cualquier forma de plagio, garantizando la debida honestidad académica, se encuentra concluido, aprobado y está en condiciones para ser presentado ante las instancias correspondientes.

Es lo que puedo certificar en honor a la verdad, a fin de que, de así considerarlo pertinente, el/la señor/a docente de la asignatura de **Integración Curricular**, proceda al registro del mismo en el Sistema de Gestión Académico como parte de los requisitos de acreditación de la Unidad de Integración Curricular del mencionado estudiante.

Loja, 12 de Agosto de 2024



MONICA ELIZABETH
CARRION REYES

DIRECTOR DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN
CURRICULAR



Certificado TIC/TT.: UNL-2024-002315

1/1
Educamos para Transformar

Autoría

Yo, **Nayeli Andrea Balcázar Espinoza**, declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos, de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular, en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:  _____

Cédula de identidad: 1105983421

Fecha: 10 de septiembre de 2024

Correo electrónico: nayeli.balcazar@unl.edu.ec

Teléfono: 0985292332

Carta de autorización por parte de la autora para la consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo del Trabajo de Integración Curricular

Yo, **Nayeli Andrea Balcázar Espinoza**, declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular, denominado: **Eficacia del Mindfulness en el Tratamiento para el Consumo de Sustancias en Adultos: Revisión Sistemática**, como requisito para optar el título de **Licenciada en Psicología Clínica**, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos, muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diez días del mes de septiembre de dos mil veinticuatro.



Firma: _____

Autora: Nayeli Andrea Balcázar Espinoza.

Cédula: 1105983421

Dirección: La banda, calles Landanguí y Pedro de Leiva

Correo electrónico: nayeli.balcazar@unl.edu.ec

Teléfono: 0985292332

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Psic. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes
Mg. Sc.

Dedicatoria

A Dios por ser mi refugio y mi soporte a lo largo de mi carrera, por brindarme sabiduría, fortaleza y valentía sobre todo en los momentos más difíciles.

A mis padres Esperanza y Vicente, quienes han sido mi aliciente durante toda mi vida para alcanzar mis metas, a través de sus innumerables esfuerzos y sacrificios, su amor y apoyo incondicional me han permitido llegar hasta aquí, todas mis victorias son por y para ustedes.

A mis hermanos Wilson, Anthony y Daniel, mis compañeros de vida.

A mi sobrina Camila, quien desde su llegada ha sido mi inspiración y motivación para no rendirme y mejorar como persona.

A mi abuelo Ernesto, el mejor abuelo que alguien podría tener, quien me enseñó el amor incondicional y desinteresado, un abrazo hasta el cielo.

A Sebastián, quien con su apoyo incondicional me ha ayudado a perseverar y a seguir luchando por mis sueños, gracias por creer en mí.

Y a todas las personas que han sido parte de este proceso, por cada experiencia vivida, por cada aprendizaje, por los consejos, las risas, por su compañía, los llevaré siempre en mi corazón.

Nayeli Andrea Balcázar Espinoza

Agradecimientos

Expreso mi agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana y a la Carrera de Psicología Clínica por brindarme la oportunidad de prepararme profesionalmente, a todos los docentes quienes con su calidez y su vocación por la docencia me ayudaron a crecer no solo profesionalmente sino también en el ámbito personal.

Mi más sincero agradecimiento a mi directora del trabajo de integración curricular la Psic. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes Mg. Sc. por orientarme con sabiduría, paciencia, respeto y por motivarme en cada etapa del proceso de la elaboración de este trabajo.

A mis padres, hermanos, tíos y primos, quienes son mi ejemplo a seguir y han sido un pilar fundamental en mi proceso de formación profesional. Gracias por su apoyo, por su cariño y sus consejos.

A mis compañeros de la universidad, en especial a Emely, Andrea, Julissa, María José y Mayerli las amigas que la universidad me regaló, gracias por cada momento vivido, por las risas, los consejos, gracias por hacer de esta experiencia algo inolvidable.

Finalmente, expreso mi gratitud hacia todas las personas que fueron parte de mis prácticas preprofesionales, especialmente a la Psic. Cl. Nancy Totoy y al Psic. Cl. Diego Hidalgo quienes me inspiraron aún más la pasión por esta carrera, con sus palabras, consejos y enseñanzas me ayudaron a formarme y mejorar en el ámbito profesional, gracias por su confianza y apoyo en esta etapa.

Nayeli Andrea Balcázar Espinoza

Índice de contenidos

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimientos.....	vi
Índice de contenidos.....	vii
Índice de Figuras.....	ix
Índice de Tablas.....	x
Índice de Anexos.....	xi
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
2.1 Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Marco Teórico.....	6
4.1 Capítulo 1: Mindfulness.....	6
4.1.1 Definición.....	6
4.1.2 Origen del Mindfulness.....	6
4.1.3 Componentes del Mindfulness.....	7
4.1.4 Neurobiología del Mindfulness.....	8
4.1.5 Formas de Meditación en Mindfulness.....	8
4.1.6 Aplicaciones del Mindfulness en Problemas de Salud Mental.....	9
4.1.7 Mindfulness y Consumo de Sustancias.....	10
4.1.8 Programas Basados en Mindfulness.....	12
4.1.8.1 Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR).....	12
4.1.8.2 Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT).....	12
4.1.8.3 Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP).....	13
4.1.8.4 Mindfulness en la Terapia Corporal (MABT).....	13
4.1.8.5 Intervención de Entrenamiento en Mindfulness en Realidad Virtual. .	14
4.1.8.6 Mejora de la Recuperación Orientada al Mindfulness (MORE).....	14
4.1.8.7 Entrenamiento en Mindfulness.....	14
4.1.8.8 Mindfulness Disposicional.....	15

4.1.8.9 Intervención de Mindfulness Compasivo.....	15
4.1.8.10 Mindfulness y Terapia de Modificación.	15
4.2 Capítulo 2: Consumo de Sustancias	16
4.2.1 Definición de Sustancia Psicoactiva	16
4.2.2 Consumo de Sustancias.....	16
4.2.3 Tipos de Sustancias.....	17
4.2.3.1 Alcohol.....	17
4.2.3.2 Opioides.	17
4.2.3.3 Cannabis.....	18
4.2.3.4 Cocaína.....	18
4.2.3.5 Tabaco.....	19
4.2.3.6 Drogas de Diseño.....	20
4.2.4 Fases del Consumo de Sustancias.....	20
4.2.5 Etiología.....	21
5. Metodología	23
6. Resultados.....	27
7. Discusión	45
8. Conclusiones	48
9. Recomendaciones	49
10. Bibliografía	50
11. Anexos	60

Índice de Figuras

Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA para la selección de los artículos	62
--	----

Índice de Tablas

Tabla 1. Eficacia del mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias en adultos.	27
Tabla 2. Intervención basada en mindfulness más utilizada en el tratamiento para el consumo de sustancias.	30
Tabla 3. Características sociodemográficas del consumo de sustancias en adultos.....	32
Tabla 4. Lista de verificación PRISMA 2020	63
Tabla 5. Lista de verificación PRISMA 2020 para resúmenes estructurados.	68
Tabla 6: Matriz de resultados de los artículos analizados en la revisión.	70

Índice de Anexos

Anexo 1: Informe de coherencia y pertinencia del proyecto de investigación	60
Anexo 2. Designación de director del Trabajo de Integración Curricular	61
Anexo 3. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de los artículos	62
Anexo 4. Lista de verificación PRISMA	63
Anexo 5. Lista de verificación PRISMA	68
Anexo 6. Tabla complementaria de las características por cada artículo de la muestra	70
Anexo 7: Guía psicoeducativa	82
Anexo 8: Certificado de la traducción del resumen del Trabajo de Integración Curricular	99

1. Título

Eficacia del Mindfulness en el Tratamiento para el Consumo de Sustancias en Adultos:
Revisión Sistemática

2. Resumen

Mindfulness es un componente relevante dentro de las terapias de tercera generación. Se basa en prestar atención intencionalmente al momento presente sin juzgar. Cuenta con evidencia científica para abordar diversos trastornos mentales incluyendo el consumo de sustancias que se refiere al hecho de introducir al organismo drogas, las cuales producen alteraciones y cambios en el comportamiento, y que actualmente es un problema de salud pública. A pesar de la disponibilidad de diversos tratamientos, no todos los pacientes obtienen resultados satisfactorios, por ello surge la necesidad de estudiar otros enfoques como el mindfulness. La escasez de estudios en este ámbito y el aumento del número de personas que consumen sustancias refuerzan esta necesidad. El propósito de este estudio fue describir la evidencia científica de la eficacia del mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias en adultos a través de la identificación de la intervención basada en mindfulness más utilizada y la determinación de las características sociodemográficas de las personas con esta patología. Se realizó el estudio con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, de tipo transversal y descriptivo. Se desarrolló una síntesis bibliográfica utilizando método PRISMA con literatura científica de bases de datos como: PubMed, ScienceDirect, Redalyc y PubPsych, se aplicaron criterios de selección conformando una muestra de 18 artículos científicos. Los resultados indicaron la eficacia del mindfulness en la reducción del consumo de sustancias, aumento de abstinencia, reducción de recaídas y mejor manejo del craving. Se identificó a la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness como la intervención basada en mindfulness más utilizada. Dentro de las características sociodemográficas se encontró una mayor prevalencia del género masculino, etnicidad blanca y la sustancia más consumida fue el alcohol. A partir de estos resultados, se elaboró una guía informativa con el fin de psicoeducar a la población acerca del tema.

Palabras claves: evidencia científica, drogas, intervención, recaídas, abstinencia, craving.

2.1 Abstract

Mindfulness is a relevant component of third generation therapies. It is based on intentionally paying attention to the present moment without judgment. It has scientific evidence to address various mental disorders including substance abuse which refers to the fact of introducing drugs into the body, which produce alterations and changes in behavior and is currently a public health problem. Despite the availability of various treatments, not all patients obtain satisfactory results, thus the need to study other approaches such as mindfulness. The scarcity of studies in this field and the increase in the number of people who use substances reinforce this need. The purpose of this study was to describe the scientific evidence of the efficacy of mindfulness in the treatment of substance abuse in adults by identifying the most commonly used mindfulness-based intervention and determining the sociodemographic characteristics of people with this pathology. The study was conducted with a quantitative approach, non-experimental, cross-sectional and descriptive design. A bibliographic synthesis was developed using the PRISMA method with scientific literature from databases such as: PubMed, ScienceDirect, Redalyc and PubPsych, selection criteria were applied to form a sample of 18 scientific articles. The results indicated the efficacy of mindfulness in reducing substance use, increasing abstinence, reducing relapse and better management of craving. Mindfulness-based Relapse Prevention was identified as the most widely used mindfulness-based intervention. Within the sociodemographic characteristics, a higher prevalence of male gender, white ethnicity and the most consumed substance was alcohol. Based on these results, an informative guide was elaborated with the aim of psychoeducating the population on the subject.

Key words: scientific evidence, drugs, intervention, relapse, abstinence, craving.

3. Introducción

El término mindfulness es definido como el esfuerzo de prestar atención intencionalmente, sin juzgar la experiencia que se vive en aquel momento, de esta manera se puede reducir las reacciones emocionales (Galarza y Reivan, 2023). En este sentido, el mindfulness ha demostrado resultados significativos en diversas aplicaciones clínicas en el estrés, trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, somatización, trastornos de conducta alimentaria, trastornos de personalidad, dolor, consumo de sustancias, entre otros (Vásquez, 2016).

Las Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI) han revelado resultados alentadores en el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias, especialmente en el mantenimiento a largo plazo (Bautista et al., 2019). De esta forma, el mindfulness aplicado en el tratamiento de consumo de sustancias evidencia distintos beneficios como la disminución de la conducta de consumo, el craving y menor riesgo de recaída (Bowen et al., 2014). Sin embargo, pese a los avances en el ámbito del tratamiento, el consumo de sustancias sigue siendo un desafío significativo para la salud pública a nivel mundial, debido al continuo aumento del número de consumidores y sus consecuencias (Arteaga y Mendoza, 2022).

Actualmente, el consumo de sustancias se ha identificado como un problema de salud pública, debido a las consecuencias tanto a nivel individual como social que se producen en quienes las utilizan (Cogollo y Gómez, 2011). De esta forma, en las personas con abuso de sustancias aumenta el riesgo de padecer otras patologías mentales o físicas, así como también conflictos familiares e interpersonales (Payá y Castellano, 2008).

Por otro lado, según datos expuestos por la Organización de las Naciones Unidas en su Informe Mundial sobre Drogas 2023, en 2011 existían aproximadamente 240 millones de consumidores, mientras que, después de una década la cifra aumentó a 296 millones, evidenciando un incremento del 23% debido también al crecimiento demográfico. La edad comprendida de la población en la cual se registró el consumo va de 15 a 64 años de edad, siendo los hombres quienes más consumen las sustancias estupefacientes a nivel global, sin embargo, los estudios han demostrado que la brecha de género se está reduciendo (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2023).

Pese a los diversos enfoques terapéuticos que existen para el tratamiento en el consumo de sustancias, no todos los pacientes obtienen los mejores resultados; por ello, surge la necesidad de estudiar enfoques terapéuticos alternativos como el mindfulness como complemento en el tratamiento de dicha patología. Por esta razón, este trabajo de integración curricular tiene como objetivo describir la evidencia científica de la eficacia del mindfulness en

el tratamiento para el consumo de sustancias en adultos a través de la identificación de la intervención basada en mindfulness más utilizada y la determinación de las características sociodemográficas de las personas con esta patología.

Los resultados de esta investigación demuestran la mejora de la sintomatología respecto al consumo de sustancias siendo así que hubo reducción del consumo de sustancias, aumento de abstinencia, reducción de recaídas, menos días de consumo, reducción de la necesidad de consumir sustancias y mejor manejo del craving. El mindfulness resulta ser una alternativa novedosa que ha sido poco explorada en el tratamiento para el consumo de sustancias, además cuenta con evidencia científica de su eficacia en la mejora de las conductas de consumo. Asimismo, incentivaré a realizar más investigaciones que busquen ampliar el conocimiento y la evidencia científica del mindfulness como alternativa en el tratamiento para el consumo de sustancias dirigido a diferentes grupos de población.

Esta revisión sistemática está estructurada en un marco teórico que se divide en dos capítulos. En el primer capítulo denominado Mindfulness, se detalla su definición, origen, componentes, neurobiología, formas de meditación, aplicaciones en problemas de salud mental y programas basados en mindfulness. En el segundo capítulo se aborda el consumo de sustancias, considerando la definición de sustancia psicoactiva y consumo de sustancias, tipos de sustancias, fases del consumo y la etiología. También se expone información acerca de la metodología utilizada incluyendo el enfoque, diseño, tipo y alcance de la investigación, población, muestra, criterios de inclusión y exclusión, método, técnicas e instrumentos de recolección de datos y procedimiento. Finalmente, se culmina con los resultados, discusión, conclusiones y recomendaciones, adicionalmente se elaboró una guía informativa con el fin de psicoeducar a la población acerca del tema.

4. Marco Teórico

4.1 Capítulo 1: Mindfulness

4.1.1 Definición.

Según Michelsen et al. (2022):

El concepto de mindfulness viene del término hindú *sati*, que se refiere a la capacidad de trasladar la atención a las experiencias del momento presente. Se propone no juzgar los sentimientos y emociones experimentadas en ese instante, entendiendo que no hay una forma correcta de reaccionar frente a las situaciones. Por esto, se orienta a la búsqueda de un estado de aceptación consciente de las experiencias individuales. (p.2)

Por otro lado, el mindfulness es definido como un proceso mental en el cual se presta atención a las experiencias internas y externas que suceden en el momento presente. También, involucra aceptar los acontecimientos, prestando una especial atención a los pensamientos y emociones que surgen sin juzgarlos, de esta forma, en lugar de trasladarse al pasado o imaginar el futuro, los pensamientos y emociones se sintonizan en el ahora (Kabat-Zinn, 1994).

En el mismo sentido, mindfulness no es considerada una práctica nueva o actual, sino que se origina de la tradición budista. Sin embargo, no es sinónimo de meditación, sino una forma de ella. Es así que, mindfulness se determina como la atención plena de la realidad, aceptando sin juzgar el momento presente (Vásquez, 2016).

4.1.2 Origen del Mindfulness.

Mindfulness no es un descubrimiento novedoso, aunque en la actualidad, en la cultura occidental se está desarrollando con gran popularidad, se considera que el mindfulness pudo tener su origen desde los principios de la humanidad. Sin embargo, hace aproximadamente 2.500 años, tuvo su gran auge en Oriente con Siddharta Gautama popularmente conocido como Buda Shakyamuni quien fue el creador del budismo, religión en la cual la práctica de mindfulness es considerada su piedra angular. Buda no fue el creador del mindfulness, sino fue quien perfeccionó este procedimiento que ya existía desde hace mucho tiempo y que había aprendido de sus antecesores y maestros (Simón, 2006).

La esencia de la enseñanza de Buda se concentra en las Cuatro Nobles Verdades, que constituyen el punto central de la doctrina budista. En estas verdades se halla un método de desarrollo mental que conduce a una comprensión profunda y a la superación del sufrimiento, conocido como Satipatthana Sutta en pali o Fundamentos de la Atención. La atención plena, o

mindfulness, se reconoce como el componente fundamental en la práctica de Satipatthana (Montoya, 2020).

Por otro lado, la práctica del mindfulness en Occidente se inicia en 1979 en Estados Unidos, cuando el biólogo molecular Jon Kabat-Zinn practicante de yoga y meditación Zen, decidió investigar los beneficios de la práctica de la meditación con el objetivo de conocer la mente y aliviar el estrés en un entorno clínico; de esta manera, desarrolló un programa denominado Reducción del Estrés Basado en la Atención Plena (MBSR) dirigido a pacientes con dolor crónico, el cual se expandió en más de 200 centros médicos en Europa y Estados Unidos y posteriormente se utilizó para tratar otras condiciones (Montoya, 2020). Asimismo, Kabat-Zinn, logró traducir a un lenguaje moderno y cotidiano algunos conceptos budistas tradicionales, con el fin de que sean accesibles en Occidente, por ello, Jon Kabat-Zinn es considerado el padre del Mindfulness en Occidente (Maex, 2011)..

4.1.3 Componentes del Mindfulness.

Según Botella y Pérez (2006), los componentes del mindfulness provenientes del zen son los siguientes:

- **Atención al momento presente:** Implica centrarse en el momento presente, en vez de prestar atención al pasado (rumiaciones) o al futuro (preocupaciones, expectativas y anhelos). Sin embargo, existe una controversia entre si debe dirigirse la atención a la experiencia interna o las actividades externas de la vida cotidiana. Ante esto, se pueden combinar ambos aspectos, mientras se medita se presta atención a los procesos internos, y, en la vida diaria se centra en a actividad que se realiza en ese momento.
- **Apertura a la experiencia:** Consiste en observar la experiencia sin que las propias creencias influyan, observar la experiencia como si sucediera por primera vez lo que en el Zen se conoce como “mente de principiante”, además incluye estar abiertos a experiencias negativas y observarlas con curiosidad.
- **Aceptación:** Se refiere a vivir las experiencias tal como son, no poner resistencia. Por lo general, las personas intentan evitar las situaciones desagradables, por lo cual adoptan conductas desadaptativas. Al aceptar la efimeridad de tales acontecimientos, no habrá necesidad de optar por dichas conductas.
- **Dejar pasar:** Involucra no estancarse en ningún pensamiento, sentimiento, sensación o deseo; sino relacionarse con ellos, reconociendo su temporalidad en lugar de identificarse con ellos.

- **Intención:** Es lo que cada individuo persigue al practicar el mindfulness. Durante la meditación, no se trata de alcanzar ningún propósito inmediato, sino de prestar atención a lo que se está realizando sin preocuparse por el resultado. Sin embargo, es importante discernir entre el propósito general de la práctica, la motivación para iniciarla y la actitud al realizarla.

4.1.4 Neurobiología del Mindfulness.

En todos los estudios acerca de la actividad cerebral en relación con la meditación, mediante el uso de la neuroimagen se evidencia una zona que suele destacar en la realización de esta práctica, esta zona es la corteza prefrontal en donde se integra y organiza la información que proviene de otras regiones cerebrales, se encuentran las funciones ejecutivas y también es en donde se encuentra la autoconciencia (Simón, 2006).

Un trabajo realizado por Sara Lazar y sus colaboradores del Massachussets General Hospital, demuestra que la meditación produce cambios estructurales en el cerebro. En dicho estudio, se analizaron los cerebros de 20 voluntarios que en promedio llevaban aproximadamente 9 años practicando meditación vipassana, mediante una resonancia magnética se identificó que en la ínsula del hemisferio derecho y la corteza prefrontal derecha (asociada a la atención sostenida) existía un mayor grosor en la corteza cerebral. En este estudio se registró que el mindfulness no solamente produce cambios transitorios, sino que adicionalmente produce modificaciones estructurales en el cerebro (Lazar et al., 2005).

Por otro lado, otro estudio realizado por Brefczynski-Lewis y sus colaboradores, en el cual analizaron la actividad cerebral en dos grupos de meditadores, un grupo de expertos y el otro de principiantes. Mediante la resonancia magnética funcional, se evidenció que la activación de redes neuronales asociadas a los mecanismos de atención sostenida, era mayor en el grupo de meditadores expertos que en los principiantes; además, se determinó que también existe una activación pasajera del córtex prefrontal dorsolateral asociada a la producción de estados de alerta y monitorización de la activación atencional, en los expertos la activación de esta zona duraba menos tiempo que en los principiantes, lo que hace referencia a que los últimos requerían mayor esfuerzo para mantener la atención (Brefczynski-Lewis et al., 2007).

4.1.5 Formas de Meditación en Mindfulness.

La práctica del mindfulness puede realizarse de diversas formas y no se limita a una población en particular. Puede ir desde la práctica más básica como la meditación vipassana que se adecúa como un componente complementario en una intervención terapéutica, hasta la realización de uno o varios ejercicios de mindfulness dentro de una sesión terapéutica o en la vida diaria. La meditación mindfulness empieza con la práctica de la meditación-concentración;

puesto que, por lo general la mente deambula de un lugar a otro, con pensamientos y emociones constantes. De esta manera, el principal objetivo de la atención plena es calmar la mente y darle serenidad, mediante el entrenamiento en la concentración de un solo punto, que en este caso es la respiración (Mañas, 2009).

En este sentido, el mindfulness se practica de manera formal e informal. La práctica formal o meditativa, consiste en realizar una introspección intensa, manteniendo la atención sobre un estímulo en específico como la respiración o sensaciones corporales, durante un periodo de tiempo que puede variar según la persona, pero se intenta que el tiempo vaya en aumento de acuerdo a la práctica. Por otro lado, la práctica informal implica llevar a cabo las habilidades del mindfulness cuando se realiza alguna actividad de la vida cotidiana como caminar, comer, cocinar, etc. De esta forma, se pretende que el mindfulness pase de ser una práctica de estado a incrementarlo como un rasgo (Hervás et al., 2016).

4.1.6 Aplicaciones del Mindfulness en Problemas de Salud Mental.

En un principio, la investigación referente al mindfulness estaba enfocada en el dolor crónico, el estrés y la calidad de vida (Vásquez, 2016). Sin embargo, las intervenciones basadas en mindfulness han mostrado resultados significativos en diversos trastornos mentales entre los cuales se pueden mencionar:

-Trastornos del estado de ánimo: En los últimos años se ha comprobado la eficacia de las intervenciones basadas en mindfulness mediante diferentes revisiones y metaanálisis de ensayos controlados. La terapia cognitiva basada en mindfulness (MBCT) ha demostrado ser eficaz en la prevención de recaídas en personas con antecedentes de depresión recurrente, con tres o más episodios previos (Strauss et al., 2014).

Asimismo, se analizó los efectos de la MBCT en el trastorno bipolar, evidenciando resultados positivos en la sintomatología ansiosa, depresiva e incluso en la ideación suicida presente en las personas que tienen este trastorno (Williams et al., 2008).

-Trastornos de ansiedad: Según algunos estudios realizados con respecto al trastorno de ansiedad generalizada y en MBCT, los resultados determinaron una reducción exponencial de la sintomatología ansiosa y depresiva que suele ser comórbil en este trastorno (Evans et al., 2008).

Por otra parte, también se evidencia la eficacia del mindfulness en el trastorno de estrés postraumático, mejorando significativamente algunos de los síntomas comunes de este trastorno como los pensamientos intrusivos, la evitación y la hiperactivación (Kim et al., 2013).

-Somatización: Las intervenciones basadas en mindfulness muestran mejoría en los síntomas asociados a la somatización, disminuyendo el dolor, la ansiedad y depresión,

mejorando la calidad de vida de las personas con este trastorno (Lakhan y Schofield, 2013). Asimismo, se evaluó a 119 pacientes con somatización y síndromes funcionales somáticos como colon irritable, fibromialgia y fatiga crónica, en un estudio de un año de duración. Se dividieron en dos grupos, el primero recibió terapia cognitiva basada en mindfulness y reducción del estrés basado en mindfulness, y el otro recibió atención médica y terapia cognitivo-conductual breve. El primer grupo tuvo mejoras al final del tratamiento y se mantuvo en el año del seguimiento, mientras que no se observó ningún cambio en el otro grupo (Fjorback et al., 2013).

-Adicciones: Para este ámbito el programa más usado es el de prevención de recaídas basado en mindfulness (MBRP), el cual tiene como objetivo aumentar la autoeficacia del paciente ayudándole a reconocer y prepararse para situaciones de alto riesgo en las que se puede interrumpir la abstinencia. Posteriormente se sumó a la intervención un componente de atención plena para mejorar la capacidad de los pacientes para identificar sus estados emocionales y fisiológicos que podrían desencadenar conductas de consumo (Penberthy et al., 2015). De esta manera, en una revisión sistemática se descubrió que las intervenciones basadas en mindfulness pueden reducir el consumo compulsivo de sustancias como el alcohol, cocaína, cannabis, anfetaminas, tabaco y opioides en mayor medida que los controles en lista de espera y los grupos de apoyo (Chiesa y Serretti, 2014).

-Trastornos de conducta alimentaria: El entrenamiento de la conciencia de la alimentación basada en mindfulness (MB-EAT) fue diseñado para tratar la bulimia y afecciones similares. Este programa pretende desarrollar el mindfulness, la alimentación consciente, el equilibrio emocional y la autoaceptación en los pacientes a través de sesiones individuales y grupales. La evidencia actual muestra que el programa puede reducir el número de episodios de comer en exceso, mejorar el autocontrol y reducir los síntomas depresivos (Kristeller y Wolever, 2011).

Además, el mindfulness también ha tenido resultados positivos en otras áreas en las que se ha aplicado como el dolor crónico, cáncer, hipertensión, esclerosis múltiple, fibromialgia y artritis reumatoide (Vásquez, 2016).

4.1.7. Mindfulness y Consumo de Sustancias.

En los últimos años, existe un creciente interés en el uso de terapias basadas en mindfulness para el tratamiento en el consumo de sustancias. El identificar y aceptar pensamientos, sentimientos y sensaciones tal como ocurren en el momento presente sin reaccionar ante ellos puede ser muy útil en el tratamiento de las adicciones. Este enfoque se puede utilizar para abordar la patología de la persona que padece algún trastorno por consumo

de sustancias, caracterizada por experimentar sentimientos, emociones y pensamientos no deseados, el riesgo de actuar en función del piloto automático con conductas desadaptativas, el craving, la preocupación y la ansiedad. En este caso, la práctica de la atención plena puede ayudar a las personas a desarrollar una relación sabia con sus pensamientos y sentimientos, lo que a su vez puede prevenir los patrones de pensamientos automáticos que pueden conducir a una recaída. Al aumentar la conciencia, la regulación y la tolerancia a los desencadenantes de recaídas, el mindfulness puede mejorar la capacidad de gestionar los desencadenantes de recaídas e interrumpir ciclos anteriores de conductas automáticas o compulsivas de consumo de drogas (Rodríguez L. , 2016).

Adicionalmente, se cree que aplicar estas habilidades de mindfulness en la práctica clínica puede ser efectivo en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, especialmente en el manejo del craving y los pensamientos automáticos. Las prácticas de mindfulness producen diferentes cambios a nivel cognitivo, como los patrones de pensamiento y la actitud que se adopta ante esos pensamientos. Estas técnicas promueven la capacidad de desapegarse de los pensamientos y emociones, lo que resulta en una mayor capacidad para prestarles atención sin reaccionar automáticamente. Es así que, una persona que practica mindfulness puede dirigir su atención a patrones de pensamiento, emoción y comportamiento que resulten más adaptativos (Dakwar y Levin, 2009).

Por otro lado, las técnicas de mindfulness determinan que mediante entrenamiento se puede abordar el hecho de que los individuos no están conectados con las experiencias que están viviendo en el momento y, por tanto, no han desarrollado una atención plena hacia las mismas. Diversos estudios demuestran que practicar mindfulness de forma regular produce cambios a nivel conductual, lo que puede demostrarse incluso en la neurobiología. De hecho, un estudio de mindfulness vinculó esta práctica con un aumento de la materia gris en áreas como el hipocampo, la corteza cingulada posterior, el cerebelo y la corteza temporoparietal (Ashe et al., 2014). Asimismo, otra investigación reveló posibles mecanismos neuroadaptativos a nivel de la corteza frontocortical del cerebro, que se cree que están involucrados en el comportamiento compulsivo de búsqueda de sustancias. Los informes de imágenes demuestran que áreas como la corteza cingulada anterior y la corteza prefrontal están involucradas en los procesos de adicción y la falta de autocontrol. La principal hipótesis es que estas áreas del cerebro ejercen control sobre otras áreas como la amígdala. De esta forma, centrarse en el momento presente y adoptar una actitud libre de juicios de valor puede fortalecer estas áreas de control y los individuos pueden gestionar mejor sus emociones (Tang et al., 2015).

4.1.8 Programas Basados en Mindfulness

4.1.8.1 Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR).

Este enfoque fue desarrollado en 1982 por Jon Kabat-Zinn, quien implementó este programa en el centro médico de la Universidad de Massachusetts con el objetivo de ayudar a pacientes con dolor crónico, en quienes, a pesar de haberles brindado los servicios médicos convencionales, no reflejaban mejoría alguna. MBSR recomienda que, para afrontar el dolor y el estrés, se deben adoptar actitudes específicas en el curso de los ejercicios planteados en el programa, provenientes del budismo zen, lo cuales son: no juzgar, paciencia, mente de principiante, tener confianza en la propia bondad y sabiduría básica, no esforzarse por conseguir ningún propósito, aceptar y dejar ir (Kabat-Zinn, 1982).

El programa formal MBSR adaptado por Kabat-Zinn incluye tres componentes fundamentales: meditación estática, centrándose en la respiración y luego extendiendo la atención a la observación de estados mentales, emocionales y eventos estresantes diarios; body scan o escaneo corporal, que tiene el objetivo de centrar la atención en diferentes partes del cuerpo y cultivar un estado elevado de conciencia de los beneficios y limitaciones del cuerpo; y, el hatha yoga o mindfulness del movimiento corporal, que incluye poner atención a la respiración y el estiramiento físico del cuerpo (Moscoso y Lengacher, 2015).

El programa tiene una duración de 8 semanas en las que los participantes mediante recursos audiovisuales realizan autorregistros y practican los ejercicios en sus casas de forma individual; adicionalmente, se lleva a cabo una reunión semanal para la práctica grupal que tiene una duración de dos horas y media. Además, el presente programa se imparte en muchos hospitales y clínicas de EE.UU., considerándolo complementario al tratamiento de afecciones que pueden causar estrés (como psoriasis, cáncer, fibromialgia, recuperación post-infarto, entre otras) (Bertolín, 2015).

4.1.8.2 Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT).

Este programa fue elaborado por Segal, Williams y Teasdale en el 2002, partiendo del programa MBSR, con el objetivo de ayudar a las personas diagnosticadas con depresión en sus esfuerzos por evitar volver a experimentar un episodio recurrente de crisis depresiva. La MBCT es una intervención terapéutica basada en evidencia, que incluye elementos tanto de la terapia cognitivo-conductual como la aplicación clínica del mindfulness (Segal et al., 2002). Tiene la intención de guiar a las personas que estaban en fase de remisión, para que sean conscientes de sus emociones, pensamientos y sensaciones corporales, y responder de manera adaptativa ante las primeras señales de recaída (Botella y Pérez, 2006).

Por otro lado, los autores plantean que al combinar los elementos de la terapia cognitivo-conductual con el entrenamiento en mindfulness, los participantes podrán: identificar la activación automática de procesos cognitivos disfuncionales, como las rumiaciones; desprenderse de dichos procesos disfuncionales centrando la atención en el momento presente como los pensamientos, emociones o sensaciones corporales; desarrollar meta-consciencia, lo que implica observar a los pensamientos y emociones como temporales y automáticos en la mente, en vez de concebirlas como hechos o realidades; y, mejorar la relación con los pensamientos, emociones y experiencias que podrían desencadenar una recaída, mediante una actitud compasiva y de aceptación (Segal et al., 2002).

El programa tiene 8 sesiones grupales de forma semanal, de dos horas y media de duración, un día de retiro en silencio y práctica en casa todos los días. Las sesiones grupales contienen meditaciones guiadas, exploración de las experiencias personales con ayuda del instructor, psicoeducación sobre los procesos mentales y la depresión, y ejercicios de la terapia cognitivo-conductual. Por otra parte, mediante las prácticas de los ejercicios en casa y en grupo, los participantes aprenden distintas habilidades y actitudes como mantener la atención y aceptar la experiencia sin evitarla ni perderse en rumiaciones (Fernández, 2016).

4.1.8.3 Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP).

Este programa fue diseñado en el 2011 por Allan Marlatt, Neha Chawla y Sara Bowen, que incluyen prácticas de meditación del mindfulness con la tradicional prevención de recaídas, derivada de la intervención cognitivo-conductual para prevenir las recaídas de usuarios que se encuentran en un tratamiento por consumo de sustancias. La MBRP está planificada como un programa de cuidados posteriores para consolidar los avances logrados en el tratamiento ambulatorio y promover prácticas de estilo de vida responsables en el individuo en recuperación. De la misma manera, se proponen métodos para enfrentar los deseos e impulsos que podrían disparar las recaídas en diversas conductas adictivas. El presente programa tiene una duración de una sesión de 90 minutos por semana durante 8 semanas (Bowen et al., 2011).

4.1.8.4 Mindfulness en la Terapia Corporal (MABT).

Este enfoque se diseñó con la intención de enseñar habilidades de autocuidado, regulación de emociones y principalmente conciencia interoceptiva que es entendida como la capacidad de procesar señales que provienen del cuerpo. Se diferencia de los demás enfoques ya que se centra en enseñar a los usuarios habilidades mente-cuerpo, ya que resulta haber una relación entre una mala interpretación de la información sensorial percibida y una mala regulación de las emociones. Este programa tiene 8 sesiones grupales semanales de manera consecutiva con una duración de 90 minutos cada una (Price et al., 2019).

4.1.8.5 Intervención de Entrenamiento en Mindfulness en Realidad Virtual (VRMT).

Esta intervención surge a partir de los obstáculos que se presentan en los entornos hospitalarios en donde las hospitalizaciones son de corta duración lo cual limita el tiempo para la aplicación de los programas basados en mindfulness completos, ya que por lo general se consideran otras prioridades. Asimismo, los pacientes en tratamiento residencial suelen experimentar los síntomas de abstinencia lo que dificulta su adecuada participación en las prácticas de mindfulness. El entrenamiento en mindfulness en realidad virtual es una alternativa que se ajusta al tiempo y recursos del usuario, ofrece entornos de realidad virtual inmersivos e interactivos, además mediante esta práctica los recursos que se utilizarían en una intervención convencional pueden ser utilizados en otras prioridades. Por otro lado, esta intervención resulta eficaz en la reducción de estrés y ansiedad, aumenta la conciencia interoceptiva, permite a los pacientes identificar los desencadenantes, aceptarlos y desarrollar respuestas adaptativas ante estos sin intentar evitarlos mediante el consumo (Van-Doren et al., 2024).

4.1.8.6 Mejora de la Recuperación Orientada al Mindfulness (MORE).

Este programa fue diseñado con el objetivo de abordar factores que influyen en el mantenimiento del consumo de sustancias, integrando elementos de entrenamiento en mindfulness, reestructuración cognitiva y psicología positiva. Además, está constituido por tres elementos esenciales; en primer lugar está la atención plena como un método para identificar los desencadenantes y romper el patrón de consumo como respuesta automática ante dichos desencadenantes; por otro lado, la reevaluación es un proceso en el cual la persona reevalúa determinado hecho estresante con el objetivo de volverlo algo más constructivo; asimismo, el disfrute se refiere a prestar atención a los elementos positivos y agradables que promueven el crecimiento de la persona. El presente programa está constituido por 10 sesiones grupales de 120 minutos cada una (Korecki et al., 2020).

4.1.8.7 Entrenamiento en Mindfulness.

Este programa es una adaptación de diferentes programas basados en mindfulness, se enfoca en enseñarle a las personas a focalizar la atención, tener mayor conciencia de sus pensamientos y emociones y no reaccionar automáticamente a ellos, esto mediante la práctica de ejercicios de meditación; asimismo, pretende identificar los distintos factores de riesgo que conducen a las recaídas, el funcionamiento en piloto automático, la baja tolerancia a la frustración, al estrés, al craving y la impulsividad. El presente programa debe ser dirigido por al menos un profesional especializado en las prácticas de mindfulness, tiene una duración de ocho sesiones grupales de 90 minutos, se lleva a cabo una sesión semanal (Tejedor et al., 2015).

4.1.8.8 Mindfulness Disposicional.

Este programa se elaboró con la finalidad de entrenar a las personas con adicciones en prácticas de mindfulness enfocadas a la espiritualidad, de esta forma se pretende que el sujeto no evite ni se aparte de las experiencias desagradables y tampoco se aferre o genere apego a las experiencias agradables, sino que las acepte sin juzgar centrándose en la calidad de la atención plena del momento presente. Asimismo, se creó con la intención de mejorar la sintomatología depresiva, la cual se considera como un factor de riesgo en las recaídas. Está constituido por 12 sesiones semanales en grupo de 90 minutos de duración, debe ser dirigido por un psicólogo con conocimientos en habilidades de mindfulness, se llevan a cabo varias prácticas de atención plena, identificación del piloto automático, registros de cada paciente y se realiza una evaluación semanal mediante la Escala de Conciencia de Atención Plena (Shorey et al., 2015).

4.1.8.9 Intervención de Mindfulness Compasivo.

Este programa fue desarrollado con el propósito de ayudar a los consumidores a identificar los factores desencadenantes de las recaídas y sus consecuencias de manera flexible y no reactiva, de esta forma, puede desarrollar una mejora en la toma de decisiones basada en metas y valores personales, en vez de evitar o intentar controlar el consumo. El programa está estructurado por sesiones semanales de manera grupal, consta de nueve sesiones de dos horas de duración cada una, debe ser dirigida por un psicólogo con entrenamiento en mindfulness y compasión (Barrera et al., 2021).

4.1.8.10 Mindfulness y Terapia de Modificación.

Este enfoque fue diseñado con el objetivo de enseñar a los consumidores la regulación consciente de las emociones creando bloqueos de impulso, la planificación de actividades placenteras, el avance al cumplimiento de los objetivos, la práctica de la autocompasión, la mejora en la comunicación y establecimiento de relaciones sanas. El programa se desarrolla mediante audios guiados de mindfulness, práctica informal del mindfulness, auto registros y tareas para la casa. Puede realizarse de manera grupal o individual y tiene una duración de 12 a 20 semanas dependiendo de la necesidad del caso, se realiza una sesión por semana de dos horas cada una (Wupperman et al., 2019).

4.2 Capítulo 2: Consumo de Sustancias

4.2.1 Definición de Sustancia Psicoactiva

El término sustancia psicoactiva en medicina, se refiere a cualquier sustancia que tiene la capacidad de prevenir o tratar enfermedades o mejorar la salud física o mental. En farmacología, el término droga se refiere a cualquier agente químico que altera los procesos bioquímicos y fisiológicos de un tejido u organismo. En el uso común, el término "droga" suele referirse a drogas psicoactivas y, a menudo, a drogas ilegales (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015).

Las drogas son compuestos naturales o sintéticos que, al ser ingeridas por una persona, pueden causar cambios mentales, físicos (orgánicos) y emocionales, aunque algunas se utilizan con fines médicos para tratar, diagnosticar o prevenir ciertas afecciones. Sin embargo, ya sean naturales o sintéticas, la gran mayoría de estas sustancias se utilizan de manera que comprometen la integridad tanto física como mental de la persona e incluso amenazan la vida, pero estas sustancias no sólo afectan a la persona que las consume, sino también a quienes las rodean, a su entorno. De esta manera, las sustancias psicoactivas como el tabaco, el alcohol, la marihuana, las anfetaminas, el éxtasis, la cocaína y la heroína pueden alterar la conciencia, el estado de ánimo y los pensamientos; y, a su vez el consumo de estas sustancias impone una importante carga sanitaria a la sociedad (Arteaga y Mendoza, 2022).

4.2.2 Consumo de Sustancias

El consumo de sustancias psicoactivas se refiere al hecho o acto específico de exposición a drogas, ya sean introducidas al organismo por vía oral, inyectadas, fumadas, absorbidas por el ano o la vagina, con el fin de cambiar las condiciones físicas o químicas del organismo de la persona, afectando así el sistema nervioso central, lo que resulta en cambios de comportamiento (Salazar et al., 2006).

Las sustancias psicoactivas han sido utilizadas por diferentes grupos de seres humanos a lo largo de la historia, pero con distintos fines. En comunidades antiguas de Oriente Medio, Asia, América, Europa y África, se asociaban con creencias místicas o religiosas y se utilizaban principalmente como parte de la medicina tradicional o como medio para alcanzar dimensiones espirituales. Entre las drogas que más se utilizaban en la antigüedad se encuentran el opio, coca, cannabis y variedad de bebidas alcohólicas (Becoña y Cortés, 2011). Sin embargo, tras el descubrimiento de los efectos psicotrópicos de las drogas, comenzaron a utilizarse de forma lúdica asociada al disfrute, lo que cambió su uso ancestral. Esta situación ha llevado a establecer políticas de prohibición basadas en principios científicos y preceptos morales, sancionando el consumo de sustancias psicoactivas (Arteaga y Mendoza, 2022).

Por otro lado, el consumo de drogas legales e ilegales es un problema que involucra numerosos factores de riesgo y de protección que determinan el comportamiento de un individuo bajo influencia inconsciente. Los factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo surgen durante la adolescencia, momento crítico para la adquisición de conductas, ya que la adolescencia, como parte de una etapa evolutiva, se asocia significativamente con el consumo de sustancias psicoactivas (Muñoz et al., 2017)

4.2.3 Tipos de Sustancias

4.2.3.1 Alcohol.

El alcohol es un depresor del sistema nervioso central, es decir, es una droga que ralentiza la actividad cerebral, y se suele utilizar para controlar la ansiedad y reducir la tensión, posiblemente debido a la liberación del neurotransmisor ácido gamma-aminobutírico (GABA), que actúa como inhibidor de la actividad neuronal (Peugh y Belenlo, 2011).

Se refiere a bebidas alcohólicas fermentadas y destiladas, su modo de administración es principalmente por vía oral y genera desinhibición conductual y emocional, y adicción en casos en los que el consumo es recurrente. Por otro lado, la depresión alcohólica no tiene el mismo efecto sobre los centros nerviosos. El primer efecto pertenece al sistema reticular y corteza cerebral, donde se integran funciones asociadas con la conducta social y, debido a esta inhibición, se observa una clara excitación. De esta forma, cuanto mayor es la concentración de alcohol, los centros cerebrales que controlan el equilibrio se deprimen hasta que la inhibición llega al mesencéfalo. Esto resulta en una falta de coordinación motora, reflejos espinales debilitados y pérdida de los mecanismos de regulación de la temperatura. Es así que, si se continúa consumiendo alcohol, puede producirse la muerte por depresión del centro respiratorio (Salazar et al., 2006).

El alcohol, además de ser una droga adictiva, es una puerta de entrada a otras drogas, y también produce diversas enfermedades y afecciones como lesiones, trastornos mentales y del comportamiento, enfermedades gastrointestinales, cáncer, enfermedades músculo esqueléticas, cardiovasculares, pulmonares, trastornos reproductivos, dificultades en el parto y daños prenatales (Chang de la Rosa, 2012).

4.2.3.2 Opioides.

Los opioides son fármacos que se utilizan para tratar el dolor agudo o crónico. Estos se caracterizan por su afinidad con los receptores opioides, y junto con estos receptores, reducen las señales de dolor que llegan al cerebro; de esta manera, disminuyen la sensación y percepción del dolor, y además controlan las emociones. Es un grupo de sustancias con una serie de características comunes, tiene un fuerte efecto depresor, sedante y analgésico sobre el sistema

nervioso central pudiendo desarrollar rápidamente tolerancia y dependencia, por lo que al suspender o reducir la administración se producirá un síndrome de abstinencia (Vera et al., 2019).

Por otro lado, existen diversos tipos de opioides como morfina, heroína, oxiconona, hidrocodona, hidromorfona, oximorfona, metadona y fentanilo. Su vía de administración puede ser intravenosa, intramuscular, intranasal, bucal y transdérmica. El consumo de las sustancias mencionadas anteriormente, presentan varias manifestaciones clínicas entre las cuales se puede mencionar náuseas y vómitos, euforia, miosis, sedación, vasodilatación, supresión de la tos, rigidez del músculo esquelético, bradicardia, paro respiratorio e incluso paro cardíaco. Concomitantemente, en personas que utilizan opioides intravenosos, existe un alto riesgo contraer infecciones en la piel y tejidos blandos, así como también otras infecciones como VIH, hepatitis B y C (Sequeira et al., 2023).

4.2.3.3 Cannabis.

El cannabis también conocido como marihuana, proviene de la planta cannabis sativa o cannabis indica, la cual contiene una sustancia química denominada tetrahidrocanabidol (THC) que produce alteraciones en la mente y el comportamiento. Generalmente, la marihuana se consume mediante cigarrillos enrollados llamados “porros”, vaporizadores, también se suele mezclar en alimentos como bizcochos o golosinas, o también en forma de infusión. La marihuana tiene efectos en el cerebro a corto y largo plazo. Los efectos que se identifican a corto plazo se relacionan con la sobreestimulación de las áreas del cerebro que tienen mayor cantidad de receptores CB1, lo que genera euforia, alteración de los sentidos, alteración de la percepción, dificultad en la resolución de problemas, alteración en la memoria, cambios en el estado de ánimo, y en los casos en los que el consumo se da en grandes dosis se presentan alucinaciones, delirios y psicosis. En los efectos a largo plazo, se evidencia afectación en el desarrollo del cerebro, alterando las funciones cognitivas. Asimismo, produce problemas respiratorios, acelera el ritmo cardíaco, náuseas y vómitos, alucinaciones y paranoia (National Institute on Drug Abuse, 2019).

El principal efecto que ejerce el cannabis y sus derivados a nivel cerebral se da sobre los receptores del sistema endocannabinoide, especialmente en los receptores CB1 del área tegmental ventral (ATV), lo cual favorece la liberación de dopamina, además también modula el sistema opioide (Becoña y Cortés, 2011).

4.2.3.4 Cocaína.

La cocaína es un alcaloide derivado de las hojas del arbusto *Erythroxylon Coca*. Esta sustancia tiene un poderoso efecto estimulante sobre el sistema nervioso central. Actúa

principalmente sobre los sistemas noradrenérgico, dopaminérgico y serotoninérgico (Bonet et al., 2015). Es un polvo muy fino de color blanco o marfil, en su forma pura se extrae de la hoja de coca. Al procesar la cocaína con amoníaco o bicarbonato de sodio y una solución acuosa, se obtienen pequeños copos o cristales, conocidos como “crack”. Otra forma de presentación es la mezcla de la extracción de la hoja de coca con ácido sulfúrico y keroseno, conocido como “pasta base”, estas sustancias son altamente adictivas y peligrosas. Además, su consumo es inhalado, fumado o inyectado (Del Bosque et al., 2014).

Los efectos producidos por la cocaína varían en función de las dosis, vía de administración, características individuales y la ingesta de otras sustancias; los principales efectos se relacionan con el sistema nervioso central y el sistema cardiovascular (Danim y Grau, 2015). Respecto al sistema nervioso central, se pueden presentar inquietud, agitación, midriasis, mioclonías, convulsiones, coma, deterioro cognitivo leve, psicosis, riesgo de traumatismo craneal y accidentes cerebrovasculares. En cuanto al sistema cardiovascular, se identifican taquicardia sinusal, hipertensión arterial, arritmias, riesgo de infarto, aneurisma aórtico agudo y disección aórtica, lo que puede causar una muerte repentina. Además, se pueden mencionar otros síntomas a corto plazo como sudoración fría, sequedad bucal, náuseas, vómitos, dolores musculares, y en usuarios que se suministran la cocaína vía intravenosa tienen un mayor riesgo de contraer VIH y hepatitis C (González et al., 2015).

4.2.3.5 Tabaco.

El tabaco es un estimulante del sistema nervioso central, está compuesto por nicotina y monóxido de carbono, generalmente su método de consumo es fumar, pero también es posible mascararlo (Salazar et al., 2006). Después del alcohol, el tabaco es la segunda droga más consumida en el mundo. Aunque fumar es legal, existen diversas pruebas de que fumar está relacionado con múltiples enfermedades, como cáncer de pulmón, cáncer de garganta, enfisema, enfermedades cardíacas, infertilidad, menopausia prematura y más. Pero sus efectos no sólo repercuten en los fumadores, sino también en los llamados fumadores pasivos, quienes inhalan humo "de segunda mano" poniendo en riesgo su salud (Ruiz et al., 2016).

La nicotina por lo general se consume para reducir estados emocionales negativos como fatiga, dificultad para concentrarse y ansiedad. El ritual de buscar, adquirir y finalmente fumar pasa a ser parte estructural del comportamiento del fumador en muchas situaciones de la vida cotidiana hasta llegar a convertirse en un hábito. Al fumar se produce una variedad de efectos farmacológicos en el sistema cardiovascular, como aumento de la frecuencia cardíaca, presión arterial, volumen sistólico, gasto cardíaco y flujo sanguíneo coronario; la vasoconstricción cutánea se acompaña de una disminución de la temperatura de la piel, vasoconstricción

sistémica y aumenta el flujo sanguíneo muscular; también, aumentan las concentraciones de noradrenalina, dopamina, serotonina, acetilcolina y serotonina. Dichas reacciones a largo plazo, pueden producir enfermedades cardíacas, cerebrovasculares, respiratorias y diferentes tipos de cáncer (Salazar et al., 2006).

4.2.3.6 Drogas de Diseño.

Las drogas sintéticas o también llamadas drogas de diseño, son sustancias químicas producidas en laboratorios clandestinos con la intención de introducirlas en el mercado de drogas ilegales. Las moléculas de algunas de estas sustancias han sido ligeramente modificadas en relación con ciertas drogas ilícitas existentes para poder ingresar al mercado ilícito sin temor, ya que no están incluidas en las listas de sustancias prohibidas o perseguidas según los convenios internacionales (Farré, 1989).

Las drogas de diseño son drogas ilegales que actúan como estimulantes en el sistema nervioso central. Las drogas de diseño se diferencian entre sí por sus presentaciones, aunque comúnmente suelen ser pastillas, cápsulas o polvos de colores; algunas de las drogas de diseño más conocidas son éxtasis, MDA, GHB. Las drogas sintéticas son derivados químicos de otras sustancias y a menudo actúan de la misma manera. El consumo de este tipo de drogas es cada vez más común en clubes nocturnos y en fiestas juveniles, en donde quienes las consumen no saben realmente que están ingiriendo. Al consumir este tipo de drogas se producen efectos como desorientación, euforia y conductas desinhibidas, el efecto inicia aproximadamente a los 30 minutos y tiene una duración de 4 a 8 horas. También se presentan efectos a corto plazo como depresión, fatiga, insomnio, y a largo plazo se pueden producir daños severos en órganos como el hígado, los riñones o el cerebro, incluso puede terminar en la muerte (Iglesia, 2018).

4.2.4 Fases del Consumo de Sustancias

El consumo de sustancias es una problemática social a nivel global, que afecta a muchas personas que llegan a usarlas en algún punto de su vida. Sin embargo, la transición del consumo de drogas a la dependencia no es un proceso sencillo, sino que es un proceso más complejo en donde el individuo pasa por diferentes etapas según Becoña y Cortés (2011), las cuales son:

- **Fase previa o de predisposición:** Hace referencia a un conjunto de factores de riesgo y factores de protección que pueden aumentar o disminuir la probabilidad de consumir sustancias; es decir, son aquellos factores que anteceden el consumo de sustancias, los cuales se pueden clasificar en biológicos, psicológicos y socioculturales.
- **Fase de conocimiento:** Se asocia con la disponibilidad de la sustancia en el entorno e incluye el conocimiento de la sustancia y sus efectos psicotrópicos. Además, la

adolescencia y la adultez temprana, son las etapas del desarrollo en las que normalmente suele desarrollarse esta fase y posteriormente comenzar el consumo de sustancias.

- **Fase de experimentación:** Después de tener conocimiento de las drogas y sus efectos, el individuo puede optar por experimentar y comenzar el consumo de sustancias, o puede continuar sin consumir. La elección de una u otra opción va a depender de una serie de factores de riesgo y de protección los cuales pueden ser físicos, familiares, emocionales e interpersonales, intelectuales y académicos; también, influye la disponibilidad y accesibilidad que tiene el sujeto hacia las sustancias en su entorno.
- **Fase de consolidación:** Es la etapa que va del uso al abuso y la dependencia, la cual está determinada fundamentalmente por las consecuencias en relación al consumo y también, en relación con sus pares, su familia y consigo mismo. También, es durante esta etapa cuando el consumo puede aumentar y puede producirse un desplazamiento hacia otro tipo de sustancias más peligrosas. De esta forma, cuando la dependencia persiste en el tiempo se puede determinar una adicción consolidada.
- **Fase de abandono o mantenimiento:** En esta etapa el individuo puede mantener su consumo o dejar de hacerlo, para esto se requiere que sea consciente de que las consecuencias negativas del consumo son más relevantes que las positivas, y que las primeras pueden ocurrir por motivos externos, como presiones del entorno familiar, de pareja, legal, de salud, o también por razones internas. Es en esta etapa cuando los diferentes tratamientos para el cese del consumo ocupan un rol fundamental para lograr y mantener la abstinencia a largo plazo.
- **Fase de recaída:** Esta fase se da cuando el sujeto está en el proceso de abandono de las sustancias, es muy común, ya que puede ocurrir incluso años después del último consumo por distintos factores que pueden ser precipitantes en el individuo.

4.2.5 Etiología

El consumo de sustancias supone distintas variables que condicionan a una persona para desarrollar esta conducta; si bien, en muchos casos está implicada la elección, también intervienen otros factores a nivel médico, biológico, psicológico, sociocultural, jurídico, histórico, entre otros. Es decir, el consumo de sustancias es un problema social multifactorial, que es analizado desde diferentes puntos de vista, para lo cual se han diseñado distintas

aportaciones interpretativas de las causas del consumo de sustancias (Pons, 2008), las cuales se explican a continuación:

-Modelo médico o biológico: De este se derivan tres modelos distintos. El primero llamado Modelo de Enfermedad propuesto por Jellinek en 1952, considera que la susceptibilidad a la dependencia de drogas, es una combinación entre las características genéticas del individuo, sus dificultades de maduración y factores ambientales que resultan estresantes; además, sugiere que a consecuencia del consumo de sustancias se generan problemas personales, familiares y sociales. El segundo modelo denominado Modelo de Automedicación desarrollado en 1985 por Khantzian, quien determinó que debe haber una psicopatología previa que provoca la necesidad de consumir una droga para aliviarla. El último modelo es el Modelo de Exposición planteado por Weiss y Bozarth en 1987, quienes argumentan que la búsqueda, el consumo y la dependencia son el resultado de la influencia que tiene la droga como reforzador primario de los centros de recompensa del cerebro (Acosta, 2015).

-Modelo de la privación social: Este modelo considera que las condiciones socioeconómicas determinan el consumo de ciertos tipos de sustancias. Es así que, el consumo de drogas se asocia con las clases sociales bajas; de esta forma, aspectos como la pobreza, la discriminación o la falta de oportunidades, se han convertido en terreno fértil para el surgimiento del consumo de drogas (Pons, 2008).

-Modelo de los factores socioestructurales: Este enfoque concibe al consumo de sustancias como parte del estilo de vida de un individuo, relacionados al mismo tiempo con el estilo de vida de su grupo de referencia. Por ende, algunos factores socioestructurales como: el sexo, la edad, la ocupación, el nivel educativo, el lugar de residencia u origen y el momento histórico; inciden en el consumo de diferentes tipos de drogas en determinados grupos sociales con características similares (Erben et al., 1992).

-Teoría del aprendizaje social: Esta teoría estipula que las personas aprenden a consumir sustancias imitando el comportamiento de figuras que pueden resultar significativas para ellas dentro de su entorno. De la misma manera, tanto las normas culturales, la familia, los pares, la disponibilidad de la droga en el entorno y las habilidades sociales pueden tener influencia en el inicio y mantenimiento del consumo (Recio et al., 2016).

5. Metodología

Enfoque de la Investigación

La investigación tuvo un enfoque cuantitativo, ya que, en concordancia con lo descrito por Huamán et al. (2022), este tipo de enfoque utiliza la medición numérica y el análisis estadístico de los datos obtenidos mediante encuestas de preguntas cerradas e ítems estandarizados para probar hipótesis, estos datos pueden ser la edad, el peso, la altura, número de hijos, entre otros; es por ello que se analizaron los datos obtenidos en base a las características estadísticamente relevantes que se encontraron en la investigación en relación con las técnicas de mindfulness más utilizadas en el tratamiento del consumo de sustancias en adultos y las características sociodemográficas de cada uno de los estudios.

Diseño de Investigación

En la presente investigación se empleó el diseño no experimental, puesto que las variables no se manipularon, ya que, según lo propuesto por Sousa et al. (2007), en la investigación no experimental se observan los fenómenos tal como suceden de forma natural, sin manipular intencionalmente las variables o grupos de control, enfocándose en la observación sin intervenir de alguna forma.

Por otro lado, la investigación fue de carácter bibliográfico con riesgo mínimo, que según el Acuerdo Ministerial N° 00005 – 2022 establece que:

Se consideran investigaciones sin riesgo, aquellos estudios en los que no se realiza ninguna modificación o intervención intencionada sobre variables biológicas, psicológicas sociales de los sujetos participantes, y en los cuales no sea posible identificar los mismos:

Se incluyen en esta categoría las siguientes:

- a. Investigaciones que no se realizan sobre seres humanos, sus datos o sus muestras biológicas.
- b. Investigaciones que utilizan datos abiertos o públicos.
- c. Análisis secundario de datos consolidados o bases de datos anonimizadas obtenidos de registros existentes, que reposen en instituciones o establecimientos públicos o privados que cuentan con procesos estandarizados de anonimización o seudonimización de la información de acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales.
- d. Revisiones de políticas públicas y reglamentación.
- e. Investigaciones que utilizan fuentes secundarias de literatura científica.
- f. Investigaciones que evalúen anónimamente el sabor y/p calidad de alimentos, o estudios de aceptación del consumidor

g. Investigaciones que evalúen anónimamente programas públicos o prácticas educativas.

h. Investigaciones con recopilación de información de forma anónima, como cuestionarios, entrevistas anónimas, donde no se registren datos que permitan la identificación de los participantes (datos personales), datos sensibles, población vulnerable, ni se traten aspectos sensibles de su conducta. (Ministerio de Salud Pública, 2022, 19-20)

Además, según El Órgano Colegiado Superior De La Universidad Nacional De Loja, el presente estudio no ameritó aprobación de un CEISH ya que en el Art. 57 del Reglamento del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Nacional de Loja establece (2023) que:

Las investigaciones que para su realización utilicen de manera exclusiva datos abiertos o públicos, no necesitan la aprobación de un CEISH para su ejecución o publicación de resultados. Sin embargo, los investigadores podrán solicitar la carta de exención, si para su publicación la revista científica le solicita. (p. 22)

Tipo de Investigación

La investigación fue de corte transversal en el cual la recolección de datos se realizó únicamente en un determinado momento, sin la intervención del investigador (Hernández et al., 2014). Además, fue de tipo documental ya que se llevó cabo una revisión y análisis de documentos relacionados a las variables de estudio (Gómez, 2010).

Alcance de la investigación

El alcance de la investigación fue de tipo descriptiva, en la que se detalló características esenciales de un conjunto de fenómenos similares, además utilizó criterios sistemáticos para determinar la organización o comportamiento del fenómeno de estudio, este enfoque permitió proporcionar información sistemática y compararse con otras fuentes (Alban et al., 2020).

Población

La población estuvo conformada por 80 estudios referentes al mindfulness y consumo de sustancias. Para la selección inicial de la información se consideró como base a los resúmenes y títulos de la información disponible, identificando los artículos potencialmente elegibles. Se realizó la búsqueda de información en bases de datos científicos como: PubMed, ScienceDirect, Redalyc y PubPsych, utilizando palabras claves tales como “mindfulness”, “substance use”, “atención plena”, “consumo de sustancias”, siendo asociados a través de los operadores booleanos AND/OR. La búsqueda de información se ejecutó a partir del año 2014 hasta la actualidad. No se valoró el cribado de literatura gris para esta revisión.

Muestra

Para la determinación de la muestra, se utilizó el muestreo no probabilístico de tipo intencional o por juicio basado en criterios de inclusión y de exclusión, a través del cual se escogieron 18 estudios, asimismo el proceso de selección permitió elegir los de mayor relevancia científica para el trabajo investigativo.

Criterios de inclusión:

- Publicaciones registradas en inglés, español y portugués.
- Artículos con texto completo.
- Artículos de libre acceso.
- Artículos publicados a partir del año 2014.

Criterios de Exclusión:

- Estudios realizados en adolescentes.
- Literatura gris.
- Estudios que no guarden relación con el tema de investigación.
- Artículos publicados fuera del periodo previsto.

Método, Técnica e Instrumento

El método utilizado fue la síntesis bibliográfica, que sirvió para recopilar información relevante acerca del fenómeno de estudio mediante la selección y análisis de documentos (Alban et al., 2020). Asimismo, se empleó la técnica de sistematización bibliográfica, por medio de la cual se obtuvo información relevante de las variables, tal como resúmenes, resultados y discusión de los artículos encontrados (Codina, 2020).

En cuanto al instrumento, se utilizó el diagrama de flujo de PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) que, según Page et al., (2021) es una guía diseñada para revisiones sistemáticas que cuenta con 27 ítems basados en la evidencia que se debe incluir en una revisión sistemática, con el fin de ayudar a los investigadores a evidenciar de forma transparente el por qué, qué realizaron los autores y qué encontraron en su estudio.

Procedimiento

Con el listado final de los artículos seleccionados, se procedió a extraer la información más relevante, elaborando una tabla de extracción de datos o de formulario de recolección de datos, en donde se registraron las características principales de cada artículo, como: título, autor, año, población, tipo de estudio, objetivos, URL/DOI, esto permitió recopilar la información sistematizada para su posterior análisis.

Fase 1

Se inició con la búsqueda y selección de documentos y artículos a analizar, entre los cuales se incluyeron artículos científicos disponibles en las bases de datos mencionadas anteriormente, en relación con investigaciones que ya han abordado la relación entre ambas variables de mindfulness y consumo de sustancias, con el objetivo de seleccionar datos e información relevante para los posteriores resultados de la investigación.

Fase 2

Se seleccionó los artículos acordes a los objetivos planteados, aplicando criterios de selección de documentos (inclusión y exclusión) con el propósito de descartar la información que no cumplía con los criterios establecidos, finalmente se realizó una selección minuciosa identificando las características exactas de cada uno de los artículos para incluirlos como parte de la muestra que se utilizó para la revisión sistemática, para dar cumplimiento a esta fase se empleó el método PRISMA con el propósito de representar de manera sintetizada la búsqueda realizada y los resultados encontrados.

Fase 3

Se desarrolló una tabla de análisis de los documentos en la cual se incluyó información referente a los autores, año, tipo de estudio y diseño del estudio, características de la población de estudio y muestra seleccionada, principales resultados. La tabulación de los datos se la realizó por medio de una lista en un archivo Excel, el cual recogió los datos relevantes de los artículos seleccionados para el cumplimiento de los objetivos de la revisión sistemática.

Fase 4

Se elaboraron los resultados, conclusiones y recomendaciones los mismos que se socializarán en la sustentación de la investigación ante el tribunal designado para la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

6. Resultados

Objetivo General

Describir la evidencia científica de la eficacia del mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias en adultos.

Tabla 1. Eficacia del mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias en adultos.

Nº	Autor	Año	Lugar	Población	Intervención Basada en Mindfulness	Eficacia	Resultado
1	Amaro et al.	2014	Estados Unidos	318 mujeres	Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)	Reducción de consumo de sustancias	68%
2	Grow et al.	2015	Estados Unidos	93 participantes	Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)	Reducción de consumo de sustancias	63%
3	Shorey et al.	2015	Estados Unidos	105 hombres	Mindfulness Disposicional	Reducción de consumo de sustancias	63%
4	Valls-Serrano et al.	2016	España	32 participantes	Meditación Mindfulness	Reducción de consumo de sustancias	66,9%
5	Davis et al.	2018	Estados Unidos	79 participantes	Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)	Reducción de consumo de sustancias Disminución del craving	58% 58%
6	Greenfield et al.	2018	Estados Unidos	191 participantes	Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)	Minorías Raciales: Reducción de consumo de alcohol Reducción de consumo de drogas Blancos: Reducción de consumo de alcohol Reducción de consumo de drogas	91% 97% 100% 93%
7	Barrera et al.	2021	México	4 hombres	Intervención de Mindfulness Compasivo	Reducción del consumo de marihuana Reducción del consumo de alcohol Abstinencia del consumo de cocaína	50% 100% 100%
8	Price et al.	2019	Estados Unidos	187 mujeres	Mindfulness en la Terapia Corporal (MABT)	Aumento de abstinencia 6 meses de seguimiento	11,6%

						12 meses de seguimiento	22,4%
9	Amaro y Black.	2021	Estados Unidos	200 mujeres	Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR)	Aumento de abstinencia	63,6%
						Reducción de recaídas	92%
10	Witkiewitz et al.	2014	Estados Unidos	105 mujeres	Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)	Reducción de recaídas	96%
11	Tejedor et al.	2015	Estados Unidos	33 participantes	Entrenamiento en Mindfulness	Reducción de recaídas	88%
12	Bowen et al.	2014	Estados Unidos	286 mujeres	Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)	Reducción de recaídas	54%
						Menos días de consumo de sustancias	31%
13	Wupperman et al.	2019	Estados Unidos	6 participantes	Mindfulness y Terapia de Modificación	Menos días de consumo de sustancias	62%
						Manejo del craving	67%
14	Shorey et al.	2017	Estados Unidos	117 participantes	Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)	Menor deseo de consumir sustancias	1,3%
15	Van-Doren et al.	2024	Estados Unidos	32 participantes	Intervención de Entrenamiento en Mindfulness en Realidad Virtual (VRMT)	Reducción de la necesidad de consumir sustancias	80%
16	Garland et al.	2016	Estados Unidos	180 hombres	Mejora de la Recuperación Orientada al Mindfulness (MORE)	Disminución del craving	59%
17	Machado et al.	2020	Brasil	42 participantes	Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)	No tuvo efecto sobre la conducta de consumo de sustancias	–
18	Bayir y Aylaz.	2021	Turquía	112 participantes	Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR)	No tuvo efecto sobre la conducta de consumo	–

Nota: La tabla 1 indica el porcentaje de la eficacia del mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias en adultos por cada artículo de la muestra.

La Tabla 1 sugiere que 16 de los 18 artículos analizados en la investigación muestran resultados positivos en cuanto a la mejora de la sintomatología del consumo de sustancias en adultos, siendo así que hubo un 68% de reducción del consumo de sustancias, 100% de reducción del consumo de alcohol, 100% de abstinencia del consumo de cocaína, 63,6% de aumento de abstinencia, asimismo hubo un 96% de reducción de recaídas, 62% menos días de consumo, se presenta una reducción de la necesidad de consumir sustancias en un 80%, un 67% de mejor manejo del craving, y finalmente 2 estudios no tuvieron efecto sobre la conducta de consumo de sustancias.

Objetivo Específico 1

Identificar el tipo de intervención basada en mindfulness más utilizada en el tratamiento para el consumo de sustancias.

Tabla 2. *Intervención basada en mindfulness más utilizada en el tratamiento para el consumo de sustancias.*

Estudios	Intervenciones utilizadas	MBR P	MBS R	MA BT	VR MT	MO RE	EM	MD	IMC	MM	MT M
(Machado et al., 2020)	-Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) + Tratamiento Habitual -Tratamiento Habitual	1									
(Bowen et al., 2014)	-Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) -Prevención de Recaídas -Tratamiento Habitual	1									
(Witkiewitz et al., 2014)	-Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) -Prevención de Recaídas	1									
(Grow et al., 2015)	-Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) postratamiento.	1									
(Greenfield et al., 2018)	-Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) -Prevención de Recaídas	1									
(Davis et al., 2018)	-Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) -Tratamiento Habitual	1									
(Amaro et al., 2014)	-Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)	1									
(Shorey et al., 2017)	-Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) + Aceptación y Compromiso -Tratamiento Habitual	1									
(Amaro y Black, 2021)	-Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) -Neurobiología de la adicción		1								

(Bayir y Aylaz, 2021)	-Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) -Tratamiento Habitual	1									
(Price et al., 2019)	-Tratamiento Habitual -Tratamiento Habitual + Mindfulness en la Terapia Corporal (MABT) -Tratamiento Habitual + Educación para la salud en la mujer	1									
(Van-Doren et al., 2024)	-Intervención de Entrenamiento en Mindfulness en Realidad Virtual (VRMT)	1									
(Garland et al., 2016)	-Mejora de la Recuperación Orientada al Mindfulness (MORE) -Terapia Cognitivo-Conductual de grupo -Tratamiento Habitual	1									
(Tejedor et al., 2015)	-Entrenamiento en Mindfulness	1									
(Shorey et al., 2015)	-Mindfulness Disposicional	1									
(Barrera et al., 2021)	-Intervención de Mindfulness Compasivo	1									
(Valls-Serrano et al., 2016)	-Meditación Mindfulness + Gestión de Objetivos -Tratamiento Habitual	1									
(Wupperman et al., 2019)	-Mindfulness y Terapia de Modificación	1									
	Total	8	2	1	1	1	1	1	1	1	1
	Porcentaje	44,4%	11,1%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%

Nota: La tabla 2 muestra la intervención basada en mindfulness más utilizada en el tratamiento para el consumo de sustancias.

En la Tabla 2 se muestra que 8 de los 18 estudios utilizan la intervención Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) que corresponde al 44,4%, siendo la más utilizada en el tratamiento para el consumo de sustancias, asimismo 2 de los 18 estudios utilizaron la intervención Reducción del Estrés Basado en Mindfulness (MBSR) correspondiente al 11,1%, siendo la segunda más utilizada.

Objetivo Específico 2

Determinar las características sociodemográficas del consumo de sustancias en adultos.

Tabla 3. Características sociodemográficas del consumo de sustancias en adultos.

Nº	Referencia (Autor, Revista, País y Año)	Características sociodemográficas	F	Porcentaje	
1	Price et al., Drug and Alcohol Dependence Estados Unidos, 2019	Edad promedio	35		
		Género	Femenino	187	100%
			Masculino	0	0%
		Etnicidad	Blanco	140	75%
			Afroamericano	9	5%
			Hispano	15	8%
			Otro	23	12%
		Estado civil	Casado	11	6%
			Soltero	94	50%
			Pareja de hecho	14	7%
			Divorciado	41	22%
			Separado	19	10%
			Otro	8	4%
			Escolaridad	No terminó el bachillerato	36
		Terminó el bachillerato		77	41%
		Estudios después del bachillerato		71	38%
		Sustancias psicoactivas	Alcohol	73	39%
Estimulantes	84		45%		
Cannabis	15		8%		
Opiáceos	11		6%		
Polisustancias	41		22%		
Narcóticos	45		24%		
2	Machado et al., Brazilian Journal of Psychiatry, Brasil, 2020	Edad promedio	44		
		Género	Femenino	21	50%
			Masculino	21	50%
		Etnicidad	Blanco	17	41,5%
			Afroamericano	20	48,2%
			Latino	3	5,4%
			Otro	2	4,9%
		Estado civil	Soltero	31	73%
			Casado	5	12%
			Divorciado	4	10%
			Otro	2	5%
		Escolaridad	No terminó el bachillerato	4	9,7%
			Terminó el bachillerato	10	24,3%
Estudios después del bachillerato	28		66%		
Polisustancias	27		63,6%		

		Sustancias psicoactivas	Alcohol	10	22,7%
			Cocaína	8	20%
3	Amaro y Black., Psychosomatic Medicine, Estados Unidos, 2021	Edad promedio		32,5	
		Género	Femenino	200	100%
			Masculino	0	0%
		Etnicidad	Latino	116	58%
			Negro	39	19,5%
			Blanco	42	21%
			Otro	3	1,5%
		Estado civil	Soltero	136	68%
			Casado	35	17,5%
			Divorciado	18	9%
			Otro	11	5,5%
		Escolaridad	No terminó el bachillerato	93	46,5%
			Terminó el bachillerato	59	29,5%
			Estudios después del bachillerato	48	24%
		Sustancias psicoactivas	Metanfetaminas	152	76%
			Alcohol	100	50%
			Cannabis	105	52,5%
			Cocaína	26	13%
			Sedantes	17	8,5%
			Otros	42	21%
		Patología dual	Trastorno de Estrés Postraumático	61	30,5%
			Trastorno depresivo	39	19,5%
4	Bowen et al., JAMA Psychiatry, Estados Unidos, 2014	Edad promedio		42	
		Género	Femenino	82	28,5%
			Masculino	204	71,5%
		Etnicidad	Blanco	145	50,8%
			Afroamericano	60	21%
			Latino	32	11,2%
			Otro	49	17%
		Escolaridad	No terminó el bachillerato	133	46,5%
			Terminó el bachillerato	84	29,5%
			Estudios después del bachillerato	69	24%
		Sustancias psicoactivas	Alcohol	42	14,7%
			Polisustancias	238	83,2%
5	Bayir y Aylaz, Applied Nursing Research, Turquía, 2021	Edad promedio		32	
		Género	Femenino	12	10,7%
			Masculino	100	89,3%
		Estado civil	Casado	47	42%
			Soltero	65	58%
		Escolaridad	Primaria	36	32,3%
			Secundaria	61	54,4%
			Estudios universitarios	15	13,3%
6		Edad promedio		35,8	

Witkiewitz et al., Substance Use & Misuse, Estados Unidos, 2014	Género	Femenino	105	100%
		Masculino	0	0%
	Etnicidad	Blanco	54	51%
		Afroamericano	11	10,2%
		Nativo americano	11	10,2%
		Latino	1	1,5%
		Otro	28	27%
	Estado civil	Soltero	45	42,9%
		Casado	6	6,1%
		Divorciado	17	16,3%
		Viudo	4	4,1%
		No especificado	32	30,6%
	Escolaridad	Terminó el bachillerato	71	67,5%
		Carrera universitaria	34	32,5%
	Sustancias psicoactivas	Metanfetaminas	37	35,5%
		Opiáceos	24	22,6%
		Cocaína	20	19,4%
Alcohol		10	9,7%	
Marihuana		7	6,5%	
Nicotina		3	3,2%	
Otros		3	3,2%	
Patología dual	Depresión crónica	74	70,7%	
	Ansiedad	77	73,5%	
7 Van-Doren et al., Journal Substance Use Addiction Treatment, Estados Unidos, 2024	Edad promedio		51,55	
	Género	Femenino	5	15%
		Masculino	27	85%
	Etnicidad	Blanco	14	45%
		Negro	10	30%
		Latino	6	20%
		Otro	2	5%
	Estado civil	Soltero	13	40%
		Casado	7	22,5%
		Divorciado	9	29,5%
		Viudo	3	8%
	Sustancias psicoactivas	Alcohol	24	75%
		Estimulantes	11	35%
		Opiáceos	3	10%
	Patología Dual	Trastorno de Estrés Postraumático	14	45%
		Trastorno Depresivo Mayor	11	35%
Trastorno de Ansiedad Generalizada		5	15%	
8 Amaro et al., Substance Use & Misuse, Estados Unidos, 2014	Edad promedio		33,9	
	Género	Femenino	318	100%
		Masculino	0	0%
	Etnicidad	Hispano	144	45,3%
		Negro	110	34,6%
		Otro	64	20,1%
Escolaridad	No terminó el bachillerato	48	15,2%	

		Terminó el bachillerato	138	43,5%
		Estudios superiores	131	41,3%
	Patología Dual	Trastorno de Estrés Postraumático	38	11,9%
9	Garland et al., Behaviour Research and Therapy, Estados Unidos, 2016	Edad promedio	36,5	
		Género	Femenino	0
			Masculino	180
		Etnicidad	Blanco	76
			Negro	79
			Otro	25
		Estado civil	Soltero	141
			Casado	9
			Separado	20
			Viudo	10
		Escolaridad	No terminó el bachillerato	122
			Terminó el bachillerato	58
		Sustancias psicoactivas	Alcohol	81
			Cocaína	79
		Patología Dual	Trastorno de Estrés Postraumático Completo	46
			Trastorno de Estrés Postraumático Parcial	67
10	Grow et al., Addictive Behaviors, Estados Unidos, 2015	Edad promedio	40,8	
		Género	Femenino	33
			Masculino	60
		Etnicidad	Blanco	58
			Afroamericano	19
			Nativo americano	7
			Latino	4
			Otro	5
		Sustancias psicoactivas	Alcohol	42
			Cocaína	34
			Metanfetaminas	13
			Opiáceos	7
			Marihuana	5
			Polisustancias	18
			Otras	2
11	Greenfield et al., Addictive Behaviors, Estados Unidos, 2018	Edad promedio	39	
		Género	Femenino	55
			Masculino	136
		Etnicidad	Blanco	101
			Negro	39
			Nativo americano	14
			Latino	19
			Otro	23
		Escolaridad	Culminó el bachillerato	99
			Estudios universitarios	90

		Sustancias psicoactivas	Alcohol	25	13,2%
			Polisustancias	18	157%
12	Davis et al., Journal of Substance Abuse Treatment, Estados Unidos, 2018	Edad promedio		25,3	
		Género	Femenino	28	35%
			Masculino	51	65%
		Etnicidad	Blanco	72	91,3%
			Afroamericano	6	7,5%
			Nativo americano	1	1,25%
		Estado civil	Soltero	48	60%
			Casado	24	30%
			Divorciado	8	10%
		Escolaridad	No terminó el bachillerato	69	87,5%
			Terminó el bachillerato	3	3,75
			Carrera universitaria	7	8,75%
13	Tejedor et al., Revista de Patología Dual, España, 2015	Edad promedio		42	
		Género	Femenino	11	34,4%
			Masculino	22	65,6%
		Estado civil	Soltero	10	30,4%
			Casado	15	44,4%
			Separado	8	25,2%
		Escolaridad	Estudios primarios	11	34,4%
			Estudios secundarios	12	37,5%
			Título universitario	8	25%
		Patología Dual	Trastorno de Personalidad	11	33,4%
			Otro Trastorno Mental	13	40,6%
14	Shorey et al., Journal of Clinical Psychology, Estados Unidos, 2015	Edad promedio		41,3	
		Género	Femenino	0	0%
			Masculino	105	100%
		Etnicidad	Blanco	95	90,5%
			Afroamericano	5	4,8%
			Latino	3	2,9%
			Otro	2	1,8%
		Escolaridad	No terminó el bachillerato	25	24%
			Terminó el bachillerato	70	67%
			Estudios universitarios	10	9%
		Sustancias psicoactivas	Alcohol	64	61,4%
			Opiáceos	21	19,8%
			Marihuana	16	14,8%
			Polisustancias	4	4%
15	Shorey et al., Substance Use & Misuse, Estados Unidos, 2017	Edad promedio		41,2	
		Género	Femenino	30	25,6%
			Masculino	87	74,3%
		Etnicidad	Blanco	108	92,2%
			Afroamericano	4	3,4%
			Latino	2	1,7%

		Asiático	2	1,7%
		Indio	1	0,9
	Sustancias psicoactivas	Alcohol	68	58,1%
		Opiáceos	20	17,1%
		Cannabis	10	8,4%
		Polisustancias	17	14,5%
		Anfetaminas	1	0,9%
		Cocaína	1	0,9%
16	Valls-Serrano et al., Drug and Alcohol Dependence, España, 2016	Edad promedio	35,1	
		Género	Femenino	11 34,3%
			Masculino	21 65,6%
		Escolaridad	Primaria	9 29%
			Secundaria	10 32%
			Estudios universitarios	12 39%
		Sustancias psicoactivas	Alcohol	22 68,8%
			Cocaína	9 28,6%
			Heroína	1 2,6%
17	Barrera et al., Psicología y Salud, México, 2021	Edad promedio	25	
		Género	Femenino	0 0%
			Masculino	4 100%
		Estado Civil	Soltero	4 100%
		Escolaridad	Primaria	1 25%
			Secundaria	1 25%
			Estudios universitarios	2 50%
		Sustancias psicoactivas	Polisustancias	4 100%
18	Wupperman et al., Mindfulness and Modification Therapy, Estados Unidos, 2019	Edad promedio	46,8	
		Género	Femenino	4 66,6%
			Masculino	2 33,3%
		Etnicidad	Latino	4 66,6%
			Negro americano	1 16,6%
			Negro jamaicano	1 16,6%
		Estado civil	Soltero	4 66,6%
			Casado	2 33,3%
		Escolaridad	No terminó el bachillerato	5 83,3%
			Terminó el bachillerato	1 16,6%
		Sustancias psicoactivas	Opiáceos	6 100%
			Cocaína	3 50%
		Patología dual	Trastorno Esquizoafectivo	3 50%
			Trastorno Bipolar	3 50%

Nota: En la tabla 3 se identifican las características sociodemográficas y la proporción estadística de los participantes seleccionados con trastorno por consumo de sustancias, incluidos en cada artículo de la muestra.

La Tabla 3 presenta las características sociodemográficas, destacando principalmente la edad y el género como las características sociodemográficas evaluadas en todos los estudios, se identificó que, en 9 de los 18 artículos, se presenta mayor proporción del porcentaje en hombres que consumen sustancias. Asimismo, en cuanto a

la edad, se ha determinado que en promedio las personas que consumen sustancias que participaron en los estudios se encuentran en un rango de 18-72 años, de los criterios de inclusión se consideró únicamente la población de adultos.

Por otra parte, analizando otras características sociodemográficas, respecto a la etnicidad en 14 de los 18 artículos que evalúan esta característica, en 9 de los mismos la etnia de las personas que consumen sustancias con mayor prevalencia corresponde a blanco; referente al estado civil, se describe que en 11 de los 18 artículos que evalúan esta característica, en 10 el estado soltero tiene mayor prevalencia estadística; en cuanto a la escolaridad en 15 de los 18 artículos que evalúan esta característica, 7 de ellos evidencian con mayor prevalencia participantes que han terminado el bachillerato; con respecto a las sustancias psicoactivas en 14 de los 18 artículos que evalúan esta característica, en 7 el alcohol es la sustancia que más prevalece; finalmente, referente a la patología dual en 7 de los 18 artículos que evalúan esta característica, en 4 de ellos se evidencia que el Trastorno de Estrés Postraumático tiene mayor prevalencia.

Objetivo Específico 3

Diseñar una guía informativa en base a los resultados obtenidos sobre la eficacia del mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias en adultos.

Guía Informativa: Mindfulness en el Tratamiento por Consumo de Sustancias

Introducción

Actualmente el consumo de sustancias se ha identificado como un problema de salud pública debido a las consecuencias tanto a nivel individual como social que se producen en quienes las utilizan (Cogollo y Gómez, 2011). De esta forma, en las personas con abuso de sustancias aumenta el riesgo de padecer otras patologías mentales o físicas, así como también conflictos familiares e interpersonales (Payá y Castellano, 2008).

Por esta razón, las Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI) han revelado resultados alentadores en el abordaje de los trastornos por consumo de sustancias, especialmente en el mantenimiento a largo plazo (Bautista et al., 2019). Es por ello que, el mindfulness aplicado en el tratamiento de consumo de sustancias evidencia distintos beneficios como la disminución de la conducta de consumo, el craving y menor riesgo de recaída (Bowen et al., 2014).

Hoy en día, el consumir sustancias suele ser visto como una forma rápida de lidiar con los problemas, controlar el estrés, la ansiedad e inclusive el aburrimiento. Sin embargo, la práctica del mindfulness puede ser una alternativa más sana ante dichas

situaciones, puesto que, puede ayudar a las personas a mejorar la relación con sus pensamientos y sentimientos, lo que permite prevenir los patrones de pensamientos automáticos que pueden conducir al consumo de sustancias. Al aumentar la conciencia, la regulación y la tolerancia a los desencadenantes de recaídas, el mindfulness mejora la capacidad de gestionarlos e interrumpe ciclos anteriores de conductas automáticas o compulsivas de consumo de drogas (Rodríguez L. , 2016).

Justificación

Se desarrolla esta guía informativa con el propósito de psicoeducar a la población acerca del mindfulness como una alternativa en el tratamiento para el consumo de sustancias a través de información clara y accesible. Por medio de la guía, se espera que los lectores puedan comprender mejor el consumo de sustancias y conozcan más acerca del mindfulness, finalmente se proporcionan algunas herramientas prácticas que pueden ser útiles para lidiar con los síntomas.

De esta manera, es una herramienta útil para quienes buscan comprender y superar el consumo de sustancias, puesto que brinda datos puntuales y comprensibles acerca del mindfulness y el consumo de sustancias, con el objetivo de concientizar a la población acerca de este tema.

Además, está diseñada para personas que consumen sustancias, sus familiares y profesionales de salud mental. Se utilizará un lenguaje sencillo y accesible, con el fin de que la información sea clara y comprensible para todos los lectores. Cabe recalcar que esta guía es netamente informativa, esto no sustituye la evaluación y el tratamiento profesional.

Objetivos

Objetivo General

Proporcionar información clara y accesible sobre el mindfulness como herramienta para el manejo del consumo de sustancias.

Objetivos Específicos

- Explicar brevemente el mindfulness y sus beneficios en el consumo de sustancias.
- Brindar información acerca del consumo de sustancias, tipos y consecuencias.
- Ofrecer ejercicios prácticos de mindfulness aplicados en el tratamiento para el consumo de sustancias.

Desarrollo

Sección 1: Entendiendo el Mindfulness

¿Qué es el Mindfulness?

Mindfulness es una práctica basada en la tradición budista mediante la cual se presta atención a las experiencias internas y externas que suceden en el momento presente. También, involucra aceptar los acontecimientos, prestando una especial atención a los pensamientos y emociones que surgen sin juzgarlos, de esta forma, en lugar de trasladarse al pasado o imaginar el futuro, los pensamientos y emociones se sintonizan en el ahora (Kabat-Zinn, 1994).

Componentes del Mindfulness

Según Botella y Pérez (2006), los componentes del mindfulness son los siguientes:

- **Atención al momento presente:** Centrarse en el momento presente, en vez de prestar atención al pasado o al futuro (preocupaciones, expectativas y anhelos).
- **Apertura a la experiencia:** Observar la experiencia sin que las propias creencias influyan, observar la experiencia como si sucediera por primera vez.
- **Aceptación:** Vivir las experiencias tal como son, no poner resistencia.
- **Dejar pasar:** No estancarse en ningún pensamiento, sentimiento, sensación o deseo; sino relacionarse con ellos.
- **Intención:** Es lo que cada individuo persigue al practicar el mindfulness. Es importante discernir entre el propósito general de la práctica, la motivación para iniciarla y la actitud al realizarla.

Formas de Meditación en Mindfulness

Hervás et al. (2016) propone dos formas de práctica de mindfulness, que son:

- **Práctica formal o meditativa:** consiste en realizar una auto-observación interna, manteniendo la atención sobre un estímulo en específico como la respiración o sensaciones corporales, durante un periodo de tiempo que puede variar según la persona.
- **Práctica informal:** implica llevar a cabo las habilidades del mindfulness, manteniendo la atención plena cuando se realiza alguna actividad de la vida cotidiana como caminar, comer, cocinar, ducharse, etc.

Beneficios del Mindfulness en el Consumo de Sustancias

La práctica de mindfulness puede ser eficaz en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, particularmente en el manejo del craving y los pensamientos automáticos. Estas técnicas mejoran la capacidad de desapegarnos de los pensamientos y

emociones, permitiéndonos prestarles mejor atención sin reaccionar de manera automática. Por lo tanto, las personas que practican mindfulness pueden desarrollar patrones de pensamientos, emociones y comportamientos más saludables (Dakwar y Levin, 2009).

Dato curioso:

Las prácticas de mindfulness han demostrado ser altamente efectivas no solo en el tratamiento para el consumo de sustancias, sino también en:

- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Somatización.
- Trastornos de conducta alimentaria.

Sección 2: Consumo de sustancias

¿Qué es una sustancia psicoactiva?

Las sustancias psicoactivas, también llamadas drogas son compuestos naturales o sintéticos que, al ser ingeridas por una persona, pueden causar cambios mentales, físicos y emocionales, aunque algunas se utilizan con fines médicos para tratar, diagnosticar o prevenir ciertas afecciones. Sin embargo, ya sean naturales o sintéticas, la gran mayoría de estas sustancias se utilizan de manera que comprometen la integridad tanto física como mental de la persona e incluso pueden resultar una amenaza contra la vida (Arteaga y Mendoza, 2022).

Tipos de Consumo de Sustancias

Trujillo (2019), menciona los siguientes tipos de consumo de sustancias:

- **Uso:** se consume en cantidades moderadas, en momentos específicos con el fin de atesorar una experiencia más, no existe tendencia a aumentar la dosis y tampoco genera problemas de conducta ni de la salud en general.
- **Abuso:** el consumo ya produce daños o consecuencias negativas que implican un deterioro orgánico o psicosocial.
- **Dependencia:** el consumo forma parte del estilo de vida de la persona, convirtiéndose en una necesidad e implican un deterioro orgánico o psicosocial más severo.

Consecuencias del Consumo de Sustancias

Según el National Institute on Drug Abuse (2022), existen distintas consecuencias que generan el consumo de sustancias, entre las principales menciona:

- Mayor riesgo de desarrollar problemas de salud como enfermedades pulmonares o cardíacas, embolia, cáncer e incluso puede causar la muerte.

- Aumenta el riesgo de contraer infecciones como el virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis C, infecciones del corazón y de la piel.

- Coexiste con enfermedades mentales como depresión, ansiedad o esquizofrenia; el consumo de sustancias puede desencadenar o empeorar dichos trastornos de salud mental.

- Mayor riesgo de sufrir accidentes.

- Aumenta el riesgo de tener más problemas económicos o con la ley.

Sección 3: Ejercicios Prácticos de Mindfulness

En el libro de Rodríguez (2016), se exponen ejercicios de mindfulness, algunos de ellos se detallan a continuación:

Desactiva el piloto automático

Ir en piloto automático es algo común en nuestra vida diaria. La mente se centra en recuerdos pasados o planes futuros y se olvida del momento presente. La falta de conexión con el presente permite que la vida flote ante nuestros ojos y no podamos darnos cuenta de su riqueza, de las extraordinarias texturas y sabores de cada momento. Primero debemos identificar y estar alerta ante este fenómeno.

1. En una hoja o cuaderno, anota las últimas veces que hayas notado que actuabas en piloto automático en relación con el consumo de sustancias, actuar según las ansias e impulsos sin ser consciente.
2. Luego, intenta recordar aquellos momentos en los que has sentido que tu mente se alejaba del presente y se trasladaba hacia el pasado o futuro, y anótalos.
3. Finalmente, al leerlos serás consciente de aquel piloto automático que está presente en ti, te será más fácil reconocerlo y trabajar en él.

Con la mente despierta me lavo los dientes

Lavarte los dientes es una manera de sentir tu conciencia en todo su esplendor. Este ejercicio puede ser aplicado en cualquier otra actividad cotidiana que realices en tu vida diaria.

1. Ubícate delante de un espejo, respira serenamente durante unos segundos hasta que tu respiración esté completamente tranquila.
2. Sostén el cepillo y coloca la pasta dental en él.

3. Empieza a cepillarte de forma armoniosa, tranquila, al ritmo de la respiración, prestando atención a cada movimiento que compone esta actividad, que puede parecer sencilla, pero es necesaria e importante.

El escáner corporal

Este ejercicio pretende centrar la atención en las diferentes partes del cuerpo con la intención de identificar sensaciones asociadas al deseo de consumir.

1. Acuéstate en un lugar silencioso y con una luz suave. Procura hacerlo sobre una superficie en la que te sientas cómodo.
2. Con los ojos cerrados, intenta ser consciente de todo tu cuerpo, su volumen y su peso, el contacto con el aire, con el suelo, con la superficie sobre la cual estás acostado.
3. Lleva tu atención suavemente, sin forzarla, a cada una de las partes de tu cuerpo, empezando por los dedos de tus pies, tobillos, pantorrillas, rodillas, muslos, caderas, abdomen, y así sucesivamente hasta llegar a la cabeza. Permanece unos diez o quince segundos concentrando tu atención en cada parte de tu cuerpo.
4. Evalúa si las sensaciones son idénticas o diferentes en las distintas partes del cuerpo, ¿qué cambia? ¿qué permanece igual?
5. Lo importante es que realmente estés presente dentro de tu cuerpo, guiado por el ritmo de tu respiración.
6. Da la bienvenida a cualquier sensación que encuentres, sea agradable o desagradable, mantente respirando lentamente.
7. Al llegar a la cabeza, si deseas, puedes realizarlo de manera inversa.

Un instante de sabor

Podrás realizar este ejercicio con cualquier fruto seco, fruta o verdura.

1. Ve a la cocina y toma un fruto pequeño. Una pasa puede ser una buena opción.
2. Siéntate en un lugar cómodo y silencioso.
3. Pon la pasa sobre la palma de tu mano, observa con atención, detente en sus minúsculas rugosidades, siente su peso leve en tu mano.
4. Acerca la pasa a tu nariz y déjate inundar por su olor. Gracias a la atención plena del olfato podrás saborear la pasa antes de tenerla en la boca.
5. Coloca lentamente la pasa en tu lengua, cierra la boca y deja que el sabor se expanda por el paladar. Acaricia la pasa con la lengua y percibe sus texturas.

6. Cuando consideres que conoces la pasa por su forma y sabor, másticala con lentitud, propiciando la multiplicación intensa del sabor.

7. Discusión

La presente revisión tuvo como objetivo general describir la evidencia científica de la eficacia del mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias en adultos. En respuesta, se identificó que en 16 de 18 artículos se reportó cambios significativos en la conducta de consumo. Los resultados se evidenciaron a través de un estudio cuantitativo en donde se obtuvieron algunos porcentajes que demuestran la mejora de la sintomatología respecto al consumo de sustancias siendo así que hubo un 68% de reducción del consumo de sustancias, 100% de reducción del consumo de alcohol, 100% de abstinencia del consumo de cocaína, 63,6% de aumento de abstinencia, asimismo hubo un 96% de reducción de recaídas, 62% menos días de consumo, se presenta una reducción de la necesidad de consumir sustancias en un 80%, y un 67% de mejor manejo del craving; lo que quiere decir que las intervenciones basadas en mindfulness son alternativas beneficiosas como enfoque de intervención en el consumo de sustancias.

Estos resultados coinciden parcialmente con lo expuesto por Wen et al. (2017) quienes realizaron una revisión sistemática y un metaanálisis en Estados Unidos con una población de adolescentes y adultos en donde consideraron 42 artículos que abordaban la eficacia del tratamiento de mindfulness para el abuso de sustancias, en su estudio revelaron la eficacia del mindfulness en la reducción del abuso de sustancias, el ansia por el abuso de sustancias y el aumento de las tasas de abstinencia en comparación con tratamientos alternativos. Sin embargo, estos resultados difieren con los de Golberg et al. (2021) quienes en su revisión sistemática compuesta por 35 artículos que analizan los efectos de las intervenciones basadas en mindfulness para los trastornos por consumo de sustancias, concluyeron que la evidencia es incierta en cuanto a la abstinencia, la cantidad de sustancia consumida y el ansia, pero sí consideraron que estas intervenciones pueden reducir levemente los días de consumo en el postratamiento y en el seguimiento.

Por otro lado, los resultados de esta investigación identificaron la intervención basada en mindfulness más utilizada en el tratamiento para el consumo de sustancias, de esta manera se evidencia que 8 de los 18 estudios utilizaron la intervención Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness siendo la más utilizada y 2 de los 18 estudios utilizaron la intervención Reducción del Estrés Basado en Mindfulness siendo la segunda más utilizada. En contraste, Félix et al. (2022) realizaron una revisión sistemática en Brasil compuesta por 21 estudios entre cuantitativos y cualitativos, con el objetivo de evaluar la efectividad de las intervenciones basadas en mindfulness para los trastornos por consumo de sustancias en el contexto hospitalario, los resultados arrojaron que 7 de

los 21 estudios utilizaron la intervención Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness clasificándola como la más utilizada, seguido de la intervención Mejora de la Recuperación Orientada al Mindfulness la cual fue utilizada en 4 de los 21 estudios. De igual forma, en concordancia con el artículo publicado por Rodas y Reivan (2021) en Ecuador, donde analizan 13 ensayos clínicos aleatorizados, se determinó que la intervención basada en mindfulness utilizada con mayor frecuencia dentro de los estudios fue la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness.

Por último, en esta investigación también se propuso determinar las características sociodemográficas de los participantes con trastorno por consumo de sustancias en cuanto a la edad, el género, la etnicidad, estado civil, escolaridad, las sustancias de mayor elección y la patología dual. Respecto a la edad, se ha determinado que en promedio los participantes se encuentran en un rango de 18-72 años de edad, ya que en los criterios de inclusión se estableció únicamente la población adulta. En cuanto al género, 9 de los 18 estudios presentan mayor prevalencia del género masculino. Referente a la etnicidad en 9 de los 18 estudios la mayor prevalencia corresponde a la etnia blanca. Respecto al estado civil, en 10 estudios el estado soltero tiene mayor prevalencia. En cuanto a la escolaridad, 7 estudios tienen mayor prevalencia participantes que han terminado el bachillerato. Con respecto a las sustancias consumidas, en 7 estudios el alcohol es la sustancia que más prevalece. Referente a la patología dual, en 4 estudios el Trastorno de Estrés Posttraumático tiene mayor prevalencia. Conforme a esto, los resultados coinciden parcialmente con el ensayo controlado aleatorizado realizado por Hsin et al. (2013) en Estados Unidos compuesto por 168 participantes adultos, cuyo objetivo era determinar si las intervenciones basadas en mindfulness pueden ser útiles para las personas con trastorno por consumo de sustancias, se evidenció que los participantes se encontraban en un rango de edad entre 18 y 70 años, se encontró mayor prevalencia de consumo de sustancias en hombres que en mujeres, asimismo evalúa la etnicidad en la que el 53,6% de los participantes se identificaron como europeos no hispanos, el 41,3% se encontraban desempleados y finalmente coincide con la sustancia de principal elección que fue el alcohol con el 45,2%.

Esta revisión bibliográfica estuvo expuesta a limitaciones y sesgos presentes en cada uno de los estudios analizados. En primer lugar, la mayoría de los estudios encontrados se realizaron en Estados Unidos, por lo que se debe considerar las diferencias socioculturales que implican un sesgo en la generalización de los resultados en los países latinoamericanos. En segundo lugar, la selección de criterios de inclusión y exclusión

dificultó la obtención de la muestra, ya que, al ser un tema nuevo, los estudios realizados dentro del periodo establecido fueron escasos.

8. Conclusiones

Esta revisión sistemática describió la evidencia científica de la eficacia del mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias en adultos, en los resultados obtenidos se evidenció que el mindfulness es una intervención eficaz en el tratamiento para el consumo de sustancias en adultos al reducir significativamente las conductas de consumo. Sin embargo, se requieren más estudios con muestras más amplias y dentro del contexto latinoamericano para tener una evidencia más sólida acerca de la eficacia y así poder generalizar los resultados.

Además, en el presente trabajo se identificó la intervención basada en mindfulness más utilizada en el tratamiento para el consumo de sustancias, obteniendo que en la mayoría de estudios la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness fue la intervención más utilizada.

También se determinaron las características sociodemográficas de los adultos que consumen sustancias. Los resultados arrojaron una mayor representación de participantes del género masculino que consumen sustancias, etnia blanca, la sustancia de mayor consumo es el alcohol y también la edad de los participantes se encuentra en un rango de 18 a 72 años. Es importante mencionar que la mayoría de estudios analizados se desarrollaron principalmente en Estados Unidos, solamente dos estudios se realizaron en el contexto latinoamericano, estas condiciones explican la presencia de tales características sociodemográficas.

Finalmente, se diseñó una Guía Informativa de Mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias como un recurso elaborado a partir de los hallazgos de este estudio, con el objetivo de brindar información clara y accesible sobre el tema. Esta guía tiene un enfoque psicoeducativo que aborda aspectos puntuales e importantes sobre el mindfulness y el consumo de sustancias.

9. Recomendaciones

Realizar investigaciones acerca de la eficacia del mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias en Latinoamérica y con muestras más amplias, en primer lugar, para identificar si la cultura puede ser un factor importante que determine su eficacia y en segundo lugar para identificar si los resultados pueden ser o no generalizados en este contexto.

Desarrollar estudios que determinen la eficacia de mindfulness en el tratamiento para el consumo de sustancias en comorbilidad con otros trastornos mentales como trastorno de estrés postraumático, trastornos depresivos o de ansiedad.

Estudiar la combinación de las intervenciones basadas en mindfulness con otros enfoques terapéuticos en el tratamiento para el consumo de sustancias, con el fin de evaluar si estas combinaciones pueden potenciar los efectos terapéuticos y proporcionar intervenciones más completas y efectivas para el tratamiento de esta patología.

Se recomienda al personal de salud mental tomar en cuenta programas especializados en las intervenciones basadas en mindfulness para el tratamiento en el consumo de sustancias como complemento en los procesos de recuperación de los usuarios.

10. Bibliografía

- Acosta, D. (2015). Factores biológicos que predisponen la dependencia a sustancias psicoactivas estimulantes. *Revista Grafías*(28), 51-61. <https://doi.org/https://doi.org/10.31908/grafias.v0i28.1310>
- Alban, G., Arguello, A., y Molina, N. (2020). Metodologías de investigación educativa (descriptivas, experimentales, participativas, y de investigación-acción). *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 4(3), 163-173. <https://doi.org/10.26820/recimundo/>
- Amaro, H., y Black, D. (2021). Efectos de la Intervención Basada en Mindfulness sobre el Consumo de Sustancias y las Recaídas en Mujeres en Tratamiento Residencial: Un Ensayo Controlado Aleatorizado con 8,5 Meses de Seguimiento del Proyecto MMWR. *Psychosomatic Medicine*, 83, 528-538. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000907>
- Amaro, H., Vallejo, Z., Spear, S., Conron, K., y Black, D. (2014). Viabilidad, Aceptabilidad y Resultados Preliminares de una Intervención de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness para Mujeres Culturalmente Diversas y de Bajos Ingresos en Tratamiento por Trastornos por Consumo de Sustancias. *Substance Use & Misuse*, 49, 547-559. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.852587>
- Arteaga, V., y Mendoza, W. (2022). El Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes de San Alejo durante la Pandemia por Covid-19. *Polo del Conocimiento*, 7(3). <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3797/html>
- Ashe, M., Newman, M., y Wilson, S. (2014). Delay Discounting and the use of Mindful Attention versus Distraction in the Treatment of Drug Addiction: A Conceptual Review. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 103(1), 234-248. <https://doi.org/10.1002/jeab.122>
- Barrera, J., Mejía, D., y Moreno, A. (2021). Tratamiento basado en atención plena compasiva: un estudio piloto en policonsumidores de drogas. *Psicología y Salud*, 31(1), 25-35. <https://doi.org/10.25009/pys.v31i1.2673>.
- Bautista, T., James, D., y Amaro, H. (2019). Acceptability of mindfulness-based interventions for substance use disorder: A systematic review. *Complement Ther Clin Pract*, 35(1), 201-207. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.02.012>
- Bayir, B., y Aylaz, R. (2021). El efecto de la Educación Basada en Mindfulness impartida a individuos con trastorno por abuso de sustancias según la teoría de la

- autoeficacia sobre percepción de autoeficacia. *Applied Nursing Research*, 57, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151354>
- Becoña, E., y Cortés, M. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Bertolín, J. (2015). Eficacia-efectividad del programa de reducción del estrés basado en la conciencia plena (MBSR): actualización. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(126), 289-307. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000200005>
- Bonet, J., Slavador, A., Torres, C., Aluco, E., Cano, M., y Palma, C. (2015). Consumo de cocaína y estado de las funciones ejecutivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(2), 13-23. https://www.aesed.com/upload/files/vol-40/n-2/v40n2_1.pdf
- Botella, L., y Pérez, A. (2006). Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de Psicoterapia*, 17(66), 77-120. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.907>
- Bowen, S., Neha, C., y Marlatt, A. (2011). *Prevención de recaídas en conductas adictivas basadas en mindfulness*. Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S., . . . Larimer, M. (2014). Eficacia Relativa de la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness, Prevención Estándar de las Recaídas y Tratamiento Habitual de los Trastornos por Consumo de Sustancias. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547-556. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S., . . . Larimer, M. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547-560. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>
- Brefczynski-Lewis, J., Lutz, A., Schaefer, H., Levinson, D., y Davidson, R. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *PNAS*, 104(27), 11483-11488. <https://doi.org/10.1073/pnas.0606552104>
- Chang de la Rosa, M. (2012). El consumo de alcohol como un problema de salud pública. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(3), 425-426. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032012000300017&script=sci_arttext

- Chiesa, A., y Serretti, A. (2014). Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 492-512. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.770027>
- Codina, L. (2020). Cómo hacer revisiones bibliográficas tradicionales o sistemáticas utilizando bases de datos académicas. *Revista ORL*, 11(2), 139-153. <https://doi.org/https://doi.org/10.14201/orl.22977>
- Cogollo, Z., y Gómez, E. (2011). Prevalencia y factores asociados al consumo de sustancias ilegales en adultos de Cartagena, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 40(4), 723-733. https://doi.org/http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0034-74502011000400010&script=sci_arttext
- Dakwar, E., y Levin, F. (2009). The Emerging Role of Meditation in Addressing Psychiatric Illness, with a Focus on Substance Use Disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(4), 254-267. <https://doi.org/10.1080/10673220903149135>
- Danim, C., y Grau, G. (2015). Cocaína. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, 49(1), 127-134. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S0325-29572015000100012&script=sci_arttext
- Davis, J., Berry, D., Dumas, T., Ritter, E., Smith, D., Menard, C., y Roberts, B. (2018). Los resultados del consumo de sustancias en la Prevención de Reacidas Basada en Mindfulness están parcialmente mediados por la reducción del estrés: Resultados de un ensayo aleatorio. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 91, 37-48. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.05.002>
- Del Bosque, J., Fuentes, A., Díaz, D., Espínola, M., González, N., Loredó, A., . . . Vázquez, L. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*, 37(5), 381-389. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2014/sam145d.pdf>
- Erben, R., Franzkowiak, P., y Wenzel, E. (1992). Assessment of the outcomes of health intervention. *Social Science & Medicine*, 35(4), 359-365. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90328-N](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90328-N)
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., y Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.07.005>
- Farré, M. (1989). Complicaciones neurológicas de las toxicomanías. Aspectos generales. Complicaciones por cannabis, drogas de diseño y sustancias volátiles. *Arch Neurobiol*, 52(1), 143-149. <https://www.researchgate.net/profile/Magi->

- Farre/publication/268441501_Extasis_y_drogas_de_diseno/links/55439a6c0cf234bdb21bd31d/Extasis-y-drogas-de-diseno.pdf
- Félix, I., Donate, P., Noto, A., Galduróz, J., Simionato, N., y Sático, E. (2022). Intervenciones basadas en mindfulness en el tratamiento hospitalario de los trastornos por consumo de sustancias: Una revisión sistemática. *Addictive Behaviors Reports*, 16. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2022.100467>
- Fernández, E. (2016). MBCT (Mindfulness-Based Cognitive Therapy): origen, alcance y eficacia. *Revista de Psicoterapia*, 27(103), 71-88. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5399244>
- Fjorback, L., Arendt, M., Ornbol, E., Walach, H., Rehfeld, E., Schroder, A., y Fink, P. (2013). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndromes: randomized trial with one-year follow-up. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(1), 31-40. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.09.006>
- Galarza, E., y Reivan, G. (2023). Estudio de la científicidad y la efectividad de la técnica Mindfulness. *Journal ScientificMQRInvestigar*, 7(4), 879-896. <https://doi.org/https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.4.2023.879-896>
- Garland, E., Roberts, A., Tronnier, C., Graves, R., y Kelley, K. (2016). Mejora de la Recuperación Orientada al Mindfulness versus TCC para la dependencia de sustancias concurrentes, el estrés traumático y los trastornos psiquiátricos: Resultados próximos de un ensayo pragmático aleatorizado. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 7-16. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.012>
- Golberg, S., Pace, B., Griskaitis, M., Willutzki, R., Skoetz, N., Thoenes, S., . . . Rosner, S. (2021). Intervenciones basadas en la atención plena para los trastornos por consumo de sustancias. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 10(10). <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/14651858.CD011723.pub2>
- González, I., Tumuluru, S., González, M., y Gaviria, M. (2015). Cocaine: a review of addiction and treatment. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 555-571. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4321/S0211-57352015000300008>
- Greenfield, B., Roos, C., Hagler, K., Stein, E., Bowen, S., y Witkiewitz. (2018). La raza/etnia y la composición del grupo racial moderan la eficacia de la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness para el trastorno por consumo de sustancias. *Addictive Behaviors*, 81, 96-103. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.02.010>

- Grow, J., Collins, S., Harrop, E., y Marlatt, A. (2015). Promulgación de la Práctica en el Hogar tras la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness y su Asociación con los Resultados del Consumo de Sustancias. *Addictive Behaviors*, 40, 16-20. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.07.030>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). McGraw Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
- Hervás, G., Cebolla, A., y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, 27(3), 115-124. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Hsin, S., Collins, S., y Marlatt, A. (2013). Examen de las propiedades psicométricas de la tolerancia a la angustia y su moderación de los efectos de la prevención de recaídas basada en mindfulness en el consumo de alcohol y otras drogas. *Addictive Behaviors*, 38(3), 1852-1858. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.11.002>
- Huamán, J., Treviños, L., y Medina, W. (2022). Epistemología de las investigaciones cuantitativas y cualitativas. *Horizonte de la Ciencia*, 12(23), 27-47. <https://doi.org/https://doi.org/10.26490/uncp.horizonteciencia.2022.23.1462>
- Iglesia, A. (2018). Drogas, un problema de salud mundial. *Universidad Médica Pinareña*, 14(2), 1-5. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=638268502010>
- Kabat-Zinn, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *General Hospital Psychiatry*, 4(1), 33-47. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(82\)90026-3](https://doi.org/10.1016/0163-8343(82)90026-3)
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. Hyperion.
- Kim, S., Schneider, S., Kravitz, L., Mermier, C., y Burge, M. (2013). Mind-body practices for posttraumatic stress disorder. *Journal of Investigative Medicine*, 61(5), 827-834. <https://doi.org/10.2310/JIM.0b013e3182906862>
- Korecki, R., Schwebel, F., Votaw, V., y Witkiewitz, K. (2020). Programas basados en la atención plena para trastornos por consumo de sustancias: una revisión sistemática de tratamientos manualizados. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 15(51). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13011-020-00293-3>
- Kristeller, J., y Wolever, R. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. *Eating Disorders*, 19(1), 49-61. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.533605>

- Lakhan, S., y Schofield, K. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8(8), 71-84. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0071834>
- Lazar, S., Kerr, C., Wasserman, R., Gray, J., Greve, D., Treadway, M., . . . Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, 16(17), 1893-1897. <https://doi.org/10.1097/01.wnr.0000186598.66243.19>
- Machado, M., Fidalgo, T., Brasiliano, S., Hochgraf, P., y Noto, A. (2020). La contribución del mindfulness al tratamiento ambulatorio del trastorno por uso de sustancias en Brasil: un estudio preliminar. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(5), 527-531. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0725>
- Maex, E. (2011). The Buddhist roots of mindfulness training: A practitioner's view. *Contemporary Buddhism*, 12(1), 165-175. <https://doi.org/10.1080/14639947.2011.564835>
- Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, 50, 13-29.
- Michelsen, S., Peñaloza, M., Badoui, N., y Alba, L. (2022). Bases biológicas del mindfulness y su aplicación en la práctica clínica. *Univ. Med.*, 63(2), 63-82. <https://doi.org/https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed63-2.mind>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Acuerdo N° 00005 - 2022*.
- Montoya, D. (2020). Mindfulness en Oriente y en Occidente. *Éndoxa*(45), 227-248.
- Moscoso, M., y Lengacher, C. (2015). Mecanismos neurocognitivos de la terapiabasada en mindfulness. *Liberabit*, 21(2), 221-233. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272015000200005&lng=es&tlng=pt.
- Muñoz, C., Sandstede, M., y Klimenko, O. (2017). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia, 2016. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 11(8), 2145-2776. <https://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>
- National Institute on Drug Abuse. (21 de Octubre de 2019). *El Cannabis (marihuana)*. National Institute on Drug Abuse: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-cannabis-marihuana>

- National institute on Drug Abuse. (22 de Marzo de 2022). *Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción*. National institute on Drug Abuse: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2015). *Problemática de las Drogas: Orientaciones Generales*. Editorial Quatro Hnos. https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (25 de Junio de 2023). *El número de consumidores de drogas aumentó un 23% en una década*. Noticias ONU: <https://news.un.org/es/story/2023/06/1522247>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., . . . Lalu, M. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790-799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Payá, B., y Castellano, G. (2008). Consumo de sustancias. Factores de riesgo y factores protectores. *Revista de formación continuada de la SEPEAP*, 12(3), 3-12.
- Penberthy, J., Konig, A., Gioia, C., Rodriguez, V., Starr, J., Meese, W., . . . Natanya, E. (2015). Mindfulness-based relapse prevention: History, mechanisms of action, and effects. *Mindfulness*, 6(2), 151-158. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0239-1>
- Peugh, J., y Belenlo, S. (2011). Alcohol, Drugs and Sexual Function: A Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 33(3), 223-232. <https://doi.org/10.1080/02791072.2001.10400569>
- Pons, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis*, 4(2), 157-186. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332008000200006
- Price, C., Adams, E., Crowell, S., y Pike, K. (2019). Efectos longitudinales del entrenamiento de la conciencia interoceptiva a través de la conciencia plena en la terapia orientada al cuerpo (MABT) como complemento al tratamiento del trastorno por uso de sustancias en mujeres. *Drug and Alcohol Dependence*, 1(198), 140-149. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.02.012>
- Recio, F., Granero, Y., Heras, R., Padilla, V., Pedrero, P., Sainero, F., . . . Verdugo, R. (2016). El modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco

- teórico (MBPS). *Proyecto Hombre*. <https://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2019/11/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LAS-ADICCIONES-APH.pdf>
- Rodas, D., y Reivan, G. (2021). Intervenciones basadas en Mindfulness en el tratamiento de adicciones a sustancias psicotrópicas. *Revista Ecuatoriana de Psicología*, 4(10), 181-202. <https://doi.org/https://doi.org/10.33996/repsi.v4i10.62>
- Rodríguez, A. (2016). *Cuaderno práctico de ejercicios de Mindfulness*. España: Grupo Planeta.
- Rodríguez, L. (2016). Aplicación de un enfoque basado en mindfulness en patología dual. *Resvista de Patología Dual*, 3(2), 16. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17579/RevPatDual.03.16>
- Ruiz, E., Ruiz, H., Salazar, R., Torres, C., Valer, S., Snatiago, B., . . . Guevara, L. (2016). Conocimiento de los riesgos del tabaquismo en fumadores, exfumadores y no fumadores. *Horizonte Médico*, 16(1), 32-37. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2016000100005&lng=es&tlng=es.
- Salazar, I., Varela, M., Cáceres, D., y Tovar, J. (2006). El consumo de alcohol y tabaco en jóvenes colombianos: factores psicosociales de riesgo y protección. *Psicología Conductual*, 14(1), 75-99. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1961771>
- Segal, Z., Williams, M., y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Guilford Press.
- Sequeira, C., Lin, E., y Lin, A. (2023). Actualización de epidemia por opioides, y fentanilo: consecuencias y soluciones en salud pública. *Ciencia y Salud*, 7(2), 111-122. <https://doi.org/https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v7i2.628>
- Shorey, R., Elmquist, J., Gawrysiak, M., Strauss, C., Haynes, E., Anderson, S., y Stuart, G. (2017). Ensayo controlado aleatorizado de una terapia de grupo de mindfulness y aceptación para pacesintes residenciales con consumo de sustancias. *Substance Use & Misuse*, 52(11), 1400-1410. <https://doi.org/10.1080/10826084.2017.1284232>.
- Shorey, R., Gawrysiak, M., Anderson, S., y Stuart, G. (2015). Mindfulness Disposicional, Espiritualidad y Consumo de Sustancias en la Predicción de los Síntomas Depresivos en una Muestra que Busca Tratamiento. *Hournal of Clinical Psychology*, 71(4), 334-345. <https://doi.org/10.1002/jclp.22139>

- Simón, V. (2006). Mindfulness y neurobiología. *Revista de psicoterapia*, 17(66), 5-30.
- Sousa, V., Driessnack, M., y Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: diseños de investigación cuantitativa. *Revista Latino-americana de Endermagem*, 15(3).
<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-11692007000300022>
- Strauss, C., Cavanagh, K., Oliver, A., y Pettman, D. (2014). Mindfulness-Based Interventions for People Diagnosed with a Current Episode of an Anxiety or Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Randomised Controlled Trials. *PLoS One*, 9(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0096110>
- Tang, Y.-Y., Holzel, B., y Posner, M. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225.
<https://doi.org/10.1038/nrn3916>
- Tejedor, R., Raich, A., Martínez, Y., Díez, D., y Durall, E. (2015). Mindfulness en la Prevención de Recaídas en Pacientes con Patología Dual. *Revista de Patología Dual*, 2(4), 1-5. <https://doi.org/10.17579/RevPatDual.02.23>
- Trujillo, M. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos. *Centro Sur*, 3(2).
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588861691002>
- Valls-Serrano, C., Cracuel, A., y Verdejo, A. (2016). El Entrenamiento en Gestión de Metas + Meditación Mindfulness mejora las funciones ejecutivas u las transferencias a tareas ecológicas de la vida diaria en usuarios polisustancias incritos en el tratamiento terapéutico comunitario. *Drug and Alcohol Dependence*, 165, 9-14. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2016.04.040>
- Van-Doren, N., Ng, H., Rawat, E., McKenna, K., y Blonigen, D. (2024). Entrenamiento en Mindfulness con realidad virtual para veteranos en tratamiento residencial por consumo de sustancias: Estudio piloto de viabilidad y aceptabilidad. *Journal Substance Use Addiction Treatment*, 161, 209-315.
<https://doi.org/10.1016/j.josat.2024.209315>
- Vásquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(1), 42-51.
<https://doi.org/http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a06v79n1.pdf>
- Vera, A., Vite, M., Carvajal, M., y Motoche, K. (2019). Manejo de intoxicación por opioides. *ReciMundo*, 3(4), 494-510.
[https://doi.org/https://doi.org/10.26820/recimundo/3.\(4\).diciembre.2019.494-510](https://doi.org/https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(4).diciembre.2019.494-510)

- Wen, L., Howard, M., Garland, E., McGovern, P., y Lazar, M. (2017). Tratamiento de atención plena para el abuso de sustancias: una revisión sistemática y un metanálisis. *Journal Substance Abuse Treatment*, 75, 62-96. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.01.008>
- Williams, J., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M., Duggan, D., . . . Goodwin, G. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, 107(1-3), 275-279. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.08.022>
- Witkiewitz, K., Warner, K., Sully, B., Barricks, A., Stauffer, C., Thompson, B., y Luoma, J. (2014). Ensayo Aleatorizado que Compara la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness con la Prevención de Recaídas para Mujeres Delincuentes en un Centro Residencial de Tratamiento de Adicciones. *Substance Use & Misuse*, 49(5), 536-546. <https://doi.org/10.3109/10826084.2013.856922>
- Wupperman, P., Burns, N., Pugach, C., y Edwards, E. (2019). Tratamiento para personas con enfermedades mentales graves que consumen drogas ilícitas mientras reciben metadona. *Mindfulness and Modification Therapy*, 207(12), 1005-1011. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001066>

11. Anexos

Anexo 1: Informe de coherencia y pertinencia del proyecto de investigación



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

Loja, 27 de Mayo del 2024

Dra.
Ana Puertas Azanza. Mg. Sc.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad.

De mi consideración:

Reciba un cordial y atento saludo, deseándole éxitos en su importante cargo, en cumplimiento del oficio circular Oficio. No. -76- PS.CL- FSH-UNL, con asunto de analizar y emitir el Informe de Estructura y Coherencia del Proyecto denominado **“EFICACIA DEL MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA”** de autoría de la estudiante: Nayeli Andrea Balcázar Espinoza con CI. CI.1105983421, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja, concluyo con lo siguiente:

- Al presentar las debidas correcciones, **el Proyecto mencionado es pertinente, cuenta con estructura y coherencia en su totalidad.**

Información que pongo a su disposición, para los fines pertinentes.
Atentamente,



MONICA ELIZABETH
CARRION REYES

Psi. Cl. Mónica Elizabeth Carrión Reyes. Mg.
1104798846
monica.carrio@unl.edu.ec
PERSONAL ACADÉMICO OCASIONAL DE LA UNL
c.c.: Archivo

Anexo 2. Designación de director del Trabajo de Integración Curricular



unl

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

MEMORANDO Nro. UNL-FSH-DCPS.CL 2024-114 M
Loja, 11 de junio de 2024

Asunto: Designación de Dirección del Trabajo de Integración Curricular.

Psicóloga Clínica
Mónica Elizabeth Carrión Reyes
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICÓLOGA CLÍNICA DE LA FACULTAD DE
LA SALUD HUMANA-UNL
Presente.-

Por medio del presente, y dando cumplimiento a lo dispuesto en el Artículo 228 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 27 de enero de 2021 una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Dirección le ha designado Directora del Trabajo de Integración Curricular, titulado: "EFICACIA DEL MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADULTOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA, autoría de la Srta. Nayeli Andrea Balcázar Espinoza.

Particular que comunico a Ud. para los fines correspondientes

Atentamente,



Dra. Ana Catalina Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c Archivo
APA/tsc

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 3. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de los artículos

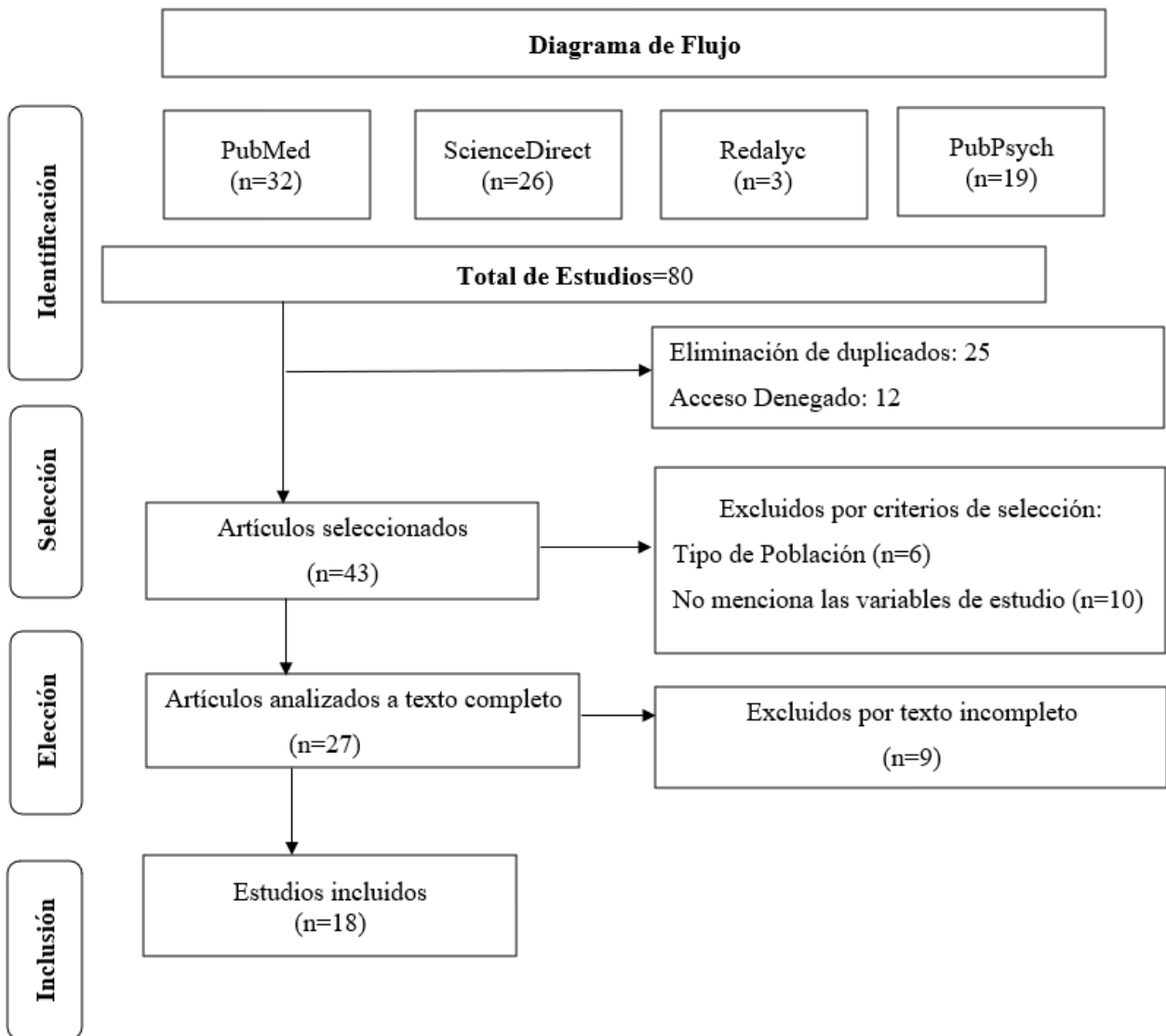


Figura 1: Diagrama de flujo PRISMA para la selección de los artículos

Anexo 4. Lista de verificación PRISMA

Tabla 4. Lista de verificación PRISMA 2020

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
TÍTULO			
Título	1	Identifique la publicación como una revisión sistemática.	SÍ
RESUMEN			
Resumen estructurado	2	Vea la lista de verificación para resúmenes estructurados de la declaración PRISMA 2020 (Anexo 5).	PARCIALMENTE
INTRODUCCIÓN			
Justificación	3	Describa la justificación de la revisión en el contexto del conocimiento existente.	SÍ
Objetivos	4	Proporcione una declaración explícita de los objetivos o las preguntas que aborda la revisión.	SÍ
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	5	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión y cómo se agruparon los estudios para la síntesis.	SÍ
Fuentes de información	6	Especifique todas las bases de datos, registros, sitios web, organizaciones, listas de referencias y otros recursos de búsqueda o consulta para identificar los estudios. Especifique la fecha en la que cada recurso se buscó o consultó por última vez.	SÍ
Estrategia de búsqueda	7	Presente las estrategias de búsqueda completas de todas las bases de datos, registros y sitios web, incluyendo cualquier filtro y los límites utilizados.	SÍ
Proceso de selección de los estudios	8	Especifique los métodos utilizados para decidir si un estudio cumple con los criterios de inclusión de la revisión, incluyendo cuántos autores de la revisión cribaron cada registro y cada publicación recuperada, si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	SÍ
Proceso de extracción de los datos	9	Indique los métodos utilizados para extraer los datos de los informes o publicaciones, incluyendo cuántos revisores recopilaron datos de cada publicación, si trabajaron de manera independiente, los procesos para obtener o	NO

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
		confirmar los datos por parte de los investigadores del estudio y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	
Lista de los datos	10a	Enumere y defina todos los desenlaces para los que se buscaron los datos. Especifique si se buscaron todos los resultados compatibles con cada dominio del desenlace (por ejemplo, para todas las escalas de medida, puntos temporales, análisis) y, de no ser así, los métodos utilizados para decidir los resultados que se debían recoger.	SÍ
	10b	Enumere y defina todas las demás variables para las que se buscaron datos (por ejemplo, características de los participantes y de la intervención, fuentes de financiación). Describa todos los supuestos formulados sobre cualquier información ausente (missing) o incierta.	SÍ
Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales	11	Especifique los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo de los estudios incluidos, incluyendo detalles de las herramientas utilizadas, cuántos autores de la revisión evaluaron cada estudio y si trabajaron de manera independiente y, si procede, los detalles de las herramientas de automatización utilizadas en el proceso.	NO
Medidas del efecto	12	Especifique, para cada desenlace, las medidas del efecto (por ejemplo, razón de riesgos, diferencia de medias) utilizadas en la síntesis o presentación de los resultados.	NO
Métodos de síntesis	13a	Describa el proceso utilizado para decidir qué estudios eran elegibles para cada síntesis (por ejemplo, tabulando las características de los estudios de intervención y comparándolas con los grupos previstos para cada síntesis (ítem n.º 5).	SÍ
	13b	Describa cualquier método requerido para preparar los datos para su presentación o síntesis, tales como el manejo de los datos perdidos en los estadísticos de resumen o las conversiones de datos.	SÍ
	13c	Describa los métodos utilizados para tabular o presentar visualmente los resultados de los estudios individuales y su síntesis.	SÍ

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
	13d	Describa los métodos utilizados para sintetizar los resultados y justifique sus elecciones. Si se ha realizado un metanálisis, describa los modelos, los métodos para identificar la presencia y el alcance de la heterogeneidad estadística, y los programas informáticos utilizados.	SÍ
	13e	Describa los métodos utilizados para explorar las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios (por ejemplo, análisis de subgrupos, metarregresión).	NO
	13f	Describa los análisis de sensibilidad que se hayan realizado para evaluar la robustez de los resultados de la síntesis.	NO
Evaluación del sesgo en la publicación	14	Describa los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo debido a resultados faltantes en una síntesis (derivados de los sesgos en las publicaciones).	SÍ
Evaluación de la certeza de la evidencia	15	Describa los métodos utilizados para evaluar la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace.	NO
RESULTADOS			
Selección de los estudios	16a	Describa los resultados de los procesos de búsqueda y selección, desde el número de registros identificados en la búsqueda hasta el número de estudios incluidos en la revisión, idealmente utilizando un diagrama de flujo.	SÍ
	16b	Cite los estudios que aparentemente cumplían con los criterios de inclusión, pero que fueron excluidos, y explique por qué fueron excluidos.	SÍ
Características de los estudios	17	Cite cada estudio incluido y presente sus características.	SÍ
Riesgo de sesgo de los estudios individuales	18	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo para cada uno de los estudios incluidos.	NO

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
Resultados de los estudios individuales	19	Presente, para todos los desenlaces y para cada estudio: a) los estadísticos de resumen para cada grupo (si procede) y b) la estimación del efecto y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza), idealmente utilizando tablas estructuradas o gráficos.	SÍ
Resultados de la síntesis	20a	Para cada síntesis, resume brevemente las características y el riesgo de sesgo entre los estudios contribuyentes.	PARCIALMENTE
	20b	Presente los resultados de todas las síntesis estadísticas realizadas. Si se ha realizado un metanálisis, presente para cada uno de ellos el estimador de resumen y su precisión (por ejemplo, intervalo de credibilidad o de confianza) y las medidas de heterogeneidad estadística. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto.	NO
	20c	Presente los resultados de todas las investigaciones sobre las posibles causas de heterogeneidad entre los resultados de los estudios.	NO
	20d	Presente los resultados de todos los análisis de sensibilidad realizados para evaluar la robustez de los resultados sintetizados.	NO
Sesgos en la publicación	21	Presente las evaluaciones del riesgo de sesgo debido a resultados faltantes (derivados de los sesgos de en las publicaciones) para cada síntesis evaluada.	SÍ
Certeza de la evidencia	22	Presente las evaluaciones de la certeza (o confianza) en el cuerpo de la evidencia para cada desenlace evaluado.	NO
DISCUSIÓN			
Discusión	23a	Proporcione una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias.	SÍ
	23b	Argumente las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión.	SÍ
	23c	Argumente las limitaciones de los procesos de revisión utilizados.	SÍ
	23d	Argumente las implicaciones de los resultados para la práctica, las políticas y las futuras investigaciones	SÍ
OTRA INFORMACIÓN			

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
Registro y protocolo	24a	Proporcione la información del registro de la revisión, incluyendo el nombre y el número de registro, o declare que la revisión no ha sido registrada.	SÍ
	24b	Indique dónde se puede acceder al protocolo, o declare que no se ha redactado ningún protocolo.	SÍ
	24c	Describa y explique cualquier enmienda a la información proporcionada en el registro o en el protocolo.	SÍ
Financiación	25	Describa las fuentes de apoyo financiero o no financiero para la revisión y el papel de los financiadores o patrocinadores en la revisión.	SÍ
Conflicto de intereses	26	Declare los conflictos de intereses de los autores de la revisión.	SÍ
Disponibilidad de datos, códigos y otros materiales	27	Especifique qué elementos de los que se indican a continuación están disponibles al público y dónde se pueden encontrar: plantillas de formularios de extracción de datos, datos extraídos de los estudios incluidos, datos utilizados para todos los análisis, código de análisis, cualquier otro material utilizado en la revisión.	SÍ

Nota: Fuente: (Page et al., 2020)

Anexo 5. Lista de verificación PRISMA

Tabla 5. Lista de verificación PRISMA 2020 para resúmenes estructurados.

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
TÍTULO			
Título	1	Identifique el informe o publicación como una revisión sistemática.	SÍ
ANTECEDENTES			
Objetivos	2	Proporcione una declaración explícita de los principales objetivos o preguntas que aborda la revisión.	SÍ
MÉTODOS			
Criterios de elegibilidad	3	Especifique los criterios de inclusión y exclusión de la revisión.	SÍ
Fuentes de información	4	Especifique las fuentes de información (por ejemplo, bases de datos, registros) utilizadas para identificar los estudios y la fecha de la última búsqueda en cada una de estas fuentes.	SÍ
Riesgo de sesgo de los estudios individuales			
Síntesis de los resultados	6	Especifique los métodos utilizados para presentar y sintetizar los resultados.	SÍ
RESULTADOS			
Estudios incluidos	7	Proporcione el número total de estudios incluidos y de participantes y resuma las características relevantes de los estudios.	SÍ
Síntesis de los resultados	8	Presente los resultados de los desenlaces principales e indique, preferiblemente, el número de estudios incluidos y los participantes en cada uno de ellos. Si se ha realizado un metanálisis, indique el estimador de resumen y el intervalo de confianza o de credibilidad. Si se comparan grupos, describa la dirección del efecto (por ejemplo, qué grupo se ha visto favorecido).	SÍ

Sección/tema	Ítems	Ítem de la lista de verificación	Localización del ítem en la publicación
DISCUSIÓN			
Limitaciones de la evidencia	9	Proporcione un breve resumen de las limitaciones de la evidencia incluida en la revisión (por ejemplo, riesgo de sesgo, inconsistencia – heterogeneidad– e imprecisión).	NO
Interpretación	10	Proporcione una interpretación general de los resultados y sus implicaciones importantes.	SÍ
OTROS			
Financiación	11	Especifique la fuente principal de financiación de la revisión.	NO
Registro	12	Proporcione el nombre y el número de registro.	NO

Nota: Fuente: (Page et al., 2020)

Anexo 6. Tabla complementaria de las características por cada artículo de la muestra

Tabla 6: Matriz de resultados de los artículos analizados en la revisión.

N	Título	Autor, revista, año	País	Tipo de estudio	Sujetos y origen	Medida de resultado
1	Efectos longitudinales del entrenamiento de la conciencia interoceptiva a través de la conciencia plena en la Terapia Orientada al Cuerpo (MABT) como complemento al tratamiento del trastorno por uso de sustancias en mujeres: Un ensayo controlado aleatorizado	Price et al., Drug and Alcohol Dependence, 2019	Estados Unidos	Ensayo controlado aleatorizado	187 mujeres mayores de 18 años en tratamiento ambulatorio intensivo para el consumo de sustancias de tres clínicas comunitarias. Se asignó aleatoriamente a 3 grupos: Tratamiento Habitual (TAU) (n=67), Tratamiento Habitual + Mindfulness en la Terapia Corporal (MABT) (n=74), Tratamiento Habitual + Educación para la salud en la mujer (WHE) (n=46)	Tras el seguimiento a los 6 y 12 meses, se evidenció más días de abstinencia en el Tratamiento Habitual + Mindfulness en la Terapia Corporal (MABT) y Tratamiento Habitual + Educación para la salud en la mujer (WHE) con el 11,6% a los 6 meses en comparación con el grupo del Tratamiento Habitual (TAU) con el 10,6%. A los 12 meses solo Tratamiento Habitual + Mindfulness en la Terapia Corporal (MABT) mostró más días de abstinencia con el 22,4% en comparación con Tratamiento Habitual + Educación para la salud en la mujer (WHE) y el Tratamiento Habitual (TAU). Asimismo, el Tratamiento Habitual + Mindfulness en la Terapia Corporal (MABT) mostró una reducción significativa en el craving y síntomas de depresión La muestra era 75% blancas, 10% mestizas, 5% afroamericanas, 4% nativas americanas, 1% asiáticas y 8% de hispanas; las edades oscilaron entre 22 y 61 años con una media de 35; respecto a su estado civil el 50% estaban solteras, 6% casadas, 7% pareja de hecho, 22% divorciadas, 10% separados, 4% otros; en relación a los estudios el 19% no terminó el bachillerato, 41% terminó el bachillerato, 31% tiene estudios técnicos y el 7% tiene título universitario; el 51% tiene un nivel económico bajo, 37% tiene un nivel económico

						medio y 11% tiene un nivel económico alto; las principales sustancias de consumo fueron estimulantes 45%, alcohol 39%, narcóticos 24%, marihuana 8%, opiáceos 6% y polisustancias 22%.
2	La contribución del Mindfulness al tratamiento ambulatorio del trastorno por uso de sustancias en Brasil: Un estudio preliminar	Machado et al., Brazilian Journal of Psychiatry, 2020	Brasil	Estudio preliminar para un ensayo controlado aleatorizado pragmático	42 participantes mayores de 18 años en tratamiento por consumo de sustancias de dos clínicas ambulatorias. Se dividió en 2 grupos: Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) + Tratamiento Habitual (TAU) (n=22), Tratamiento Habitual (TAU) (n=20)	Se realizó un seguimiento de 3 meses, la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) no tuvo ningún efecto sobre la conducta de consumo, pero sí se redujeron significativamente los síntomas de depresión en un 6,82%, ansiedad en un 5,2% y expresión de la ira en un 9,76%, en comparación con el Tratamiento Habitual (TAU). Los resultados de la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) demuestran que es poco eficaz en relación al consumo de sustancias. La muestra fue 50% hombres y 50% mujeres; el 48,2% fueron afroamericanos, el 41,5% blancos no latinos, el 5,4% latinos y 4,9% otros, la edad media fue de 44 años; respecto a su estado civil el 73% eran solteros, 12% casados, 10% divorciados y 5% otros; el 9,7% no terminó el bachillerato, 24,3% terminó el bachillerato, 50,4% tiene estudios técnicos y 15,6% tiene título universitario; el 59% tiene un nivel económico bajo, 32% tiene un nivel económico medio y el 9% tiene un nivel económico alto; las principales sustancias consumidas fueron 63,6% polisustancias, 22,7% alcohol y 20% cocaína.
3	Efectos de la Intervención Basada en Mindfulness sobre el consumo de sustancias y las recaídas en mujeres	Amaro y Black., Psychosomatic Medicine, 2021	Estados Unidos	Ensayo controlado aleatorizado	200 mujeres de 18 a 65 años de un centro de tratamiento residencial. Se asignó aleatoriamente a 2 grupos:	En el seguimiento de 8,5 meses, el grupo de Momento a Momento en la Recuperación de la Mujer (MMWR) mostró más días de abstinencia que el grupo de Neurobiología de la Adicción (NA) con el 63,6% y 62,4% respectivamente; y, también Momento a Momento en la Recuperación de la

	en tratamiento residencial: Un ensayo controlado aleatorizado con 8,5 meses de seguimiento del Proyecto Momento a Momento en la Recuperación de la Mujer				Momento a Momento en la Recuperación de la Mujer (MMWR) (n=100), Neurobiología de la Adicción (NA) (n=100)	Mujer (MMWR) obtuvo menores recaídas en comparación con el grupo de Neurobiología de la Adicción (NA) con el 8% frente al 14% de recaídas respectivamente. La muestra era 58% latinas, 19.5% negras, 21% blancas y 1.5% otras; las edades oscilaron entre 18 y 65 media fue de 32,5 años; respecto a su estado civil el 68% solteras, 17,5% casadas, 9% divorciadas y 5,5% otros; el 46,5% no terminó el bachillerato, 29,5% terminó el bachillerato y el 24% tuvieron formación después del bachillerato; 66,5 % tiene un nivel económico bajo, 26% tiene un nivel económico medio y el 7,5% tiene un nivel económico alto; las principales sustancias consumidas fueron metanfetaminas 76%, cannabis 52,5%, alcohol 50%, cocaína 13%, sedantes 8,5%, alucinógenos 6,5%, heroína 6,5%, opiáceos 6,5% y metadona 1,5%; el 85% registró haber sufrido un evento traumático, el 30,5% tuvo un trastorno de estrés postraumático y el 19,5% un trastorno depresivo.
4	Eficacia relativa de la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness, prevención estándar de las recaídas y tratamiento habitual de los trastornos por consumo de sustancias: Un ensayo clínico aleatorizado	Bowen et al., JAMA Psychiatry, 2014	Estados Unidos	Ensayo controlado aleatorizado	286 participantes entre 18 y 70 años. Se asignaron aleatoriamente a 3 grupos: Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) (n=103), Prevención de Recaídas (RP) (n=88), Tratamiento Habitual (TAU) (n=95).	Se dio seguimiento a los 6 y 12 meses, en los grupos de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) y Prevención de Recaídas (RP) se evidenció un 54% menos de riesgo de recaída a los 6 meses en comparación con el Tratamiento Habitual (TAU). A los 12 meses Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) evidenció un 31% menos de días de consumo en comparación con los grupos de Prevención de Recaídas (RP) y Tratamiento Habitual (TAU).

						La muestra constituyó 71,5% hombres y 28,5% mujeres; 50,8% eran blancos, 21% afroamericanos, 5,2% nativos americanos, 1,1% asiáticos, 8,3% mixtos, 11,2% latinos y 2,4% otros; las edades oscilaban entre los 18 y 70 años con una media de 42 años; el 46,5% no terminó el bachillerato, 29,5% terminó el bachillerato y el 24% tuvo formación después del bachillerato; el 14,7% registró consumo de alcohol y el 83,2% consumo de polisustancias.
5	El efecto de la Educación Basada en Mindfulness impartida a individuos con trastorno por abuso de sustancias según la teoría de la autoeficacia sobre percepción de autoeficacia	Bayir y Aylaz, Applied Nursing Research, 2021	Turquía	Ensayo controlado aleatorizado	112 participantes mayores de 18 años ingresados en ambulatorios de drogodependencia. Se dividió en 2 grupos: Educación Basada en Mindfulness (n=56), Tratamiento Habitual (TAU) (n=56)	Tras el seguimiento de 4 semanas, no hubo diferencias significativas entre el grupo de Educación Basada en Mindfulness con el Tratamiento Habitual en relación al consumo de sustancias, pero sí se evidenció mayor autoeficacia con un 3% en el grupo experimental. La muestra estuvo conformada por 89,3% hombres y 10,7% mujeres; las edades oscilan entre 18 y más de 44 años con una media de 32 años; en cuanto al estado civil 42% son casados y 58% solteros; en cuanto a los estudios el 32,3% terminaron la primaria, 54,4% terminaron la secundaria y 13,3% tuvieron estudios universitarios; el 54% tienen un nivel económico medio y 46% tienen un nivel económico bajo.
6	Ensayo aleatorizado que compara la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness con la Prevención de Recaídas para mujeres delincuentes en un centro	Witkiewitz et al., Substance Use & Misuse, 2014	Estados Unidos	Ensayo aleatorizado	105 mujeres mayores de 18 años internadas en un centro residencial de tratamiento para mujeres. Se asignó aleatoriamente a 2 grupos: Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) (n=55),	Se realizó el seguimiento de 15 semanas, en el cual se encontró una disminución del 96% en el riesgo de recaída. La tasa de recaída en el grupo de Prevención de Recaídas (RP) fue del 10% y en el grupo de MBRP fue del 1,8%. La muestra fue 51% blancas, 10,2% afroamericanas, 10,2% nativas americanas, 2% asiáticas, 1,5% latinas y 25% otros; edad media de 35,8 años; respecto a su estado civil el 42,9% eran

	residencial de tratamiento de adicciones				Prevención de Recaídas (RP) (n=50)	solteras, 16,3% divorciadas, 6,1% casadas, 4,1% viudas y 30,6% no especificado; el 67,5% terminó el bachillerato y el 32,5% tiene una carrera universitaria; el 10,5% tiene un nivel económico medio y el 89,5% tiene un nivel económico bajo; las principales sustancias de consumo fueron 35,5% metanfetamina, 22,6% opiáceos, 19,4% cocaína, 9,7% alcohol, 6,5% marihuana, 3,2% nicotina y 3,2% otras; el 46% había tenido al menos un intento de suicidio, el 69,2% había experimentado un trauma severo, el 70,7% tuvo depresión crónica, el 73,5% reportó ansiedad y el 89,2% reportó antecedentes de abuso.
7	Entrenamiento en Mindfulness con realidad virtual para veteranos en tratamiento residencial por consumo de sustancias: Estudio piloto de viabilidad y aceptabilidad	Van-Doren et al., Journal Substance Use Addiction Treatment, 2024	Estados Unidos	Estudio piloto de viabilidad y aceptabilidad	32 participantes entre 23 y 72 años inscritos en un programa residencial de recuperación del consumo de sustancias. A este grupo se le aplicó la Intervención de Entrenamiento en Mindfulness con Realidad Virtual (VRMT)	Se dio un seguimiento de 30 días, en el que se mostró que los participantes experimentaron una gran reducción en el afecto negativo, aumento del afecto positivo, alivio de pensamientos y emociones desagradables, lo que les permitió disminuir la necesidad de consumir sustancias en un 80%. La muestra estuvo constituida por 85% hombres, 15% mujeres; 45% blancos, 30% negros, 20% latinos, 5% otros; la edad oscilaba entre 23 a 72 años cuya media fue 51,55 años; en cuanto a su estado civil el 40% eran solteros, 22,5% casados, 29,5 % divorciados y 8% viudos; el 26% tiene un nivel económico bajo, el 64,5% tiene un nivel económico medio y el 9,5% tiene un nivel económico bajo; las sustancias que consumían fueron alcohol 75%, estimulantes 35% y opiáceos 10%; además el 45% reportó tener estrés postraumático, el 35% trastorno depresivo mayor y el 15% trastorno de ansiedad generalizada.

8	Viabilidad, Aceptabilidad y Resultados Preliminares de una Intervención de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness para Mujeres Culturalmente Diversas y de Bajos Ingresos en Tratamiento por Trastornos por Consumo de Sustancias	Amaro et al., Substance Use & Misuse, 2014	Estados Unidos	Estudio piloto de viabilidad y aceptabilidad	318 mujeres entre 18 y 58 años inscritas en uno de los cinco programas de tratamiento de consumo de sustancias en Boston. A este grupo se le aplicó el Momento a Momento en la Recuperación de la Mujer: Enfoque basado en Mindfulness para la prevención de recaídas (MBRP-W)	En el seguimiento de 12 meses, el 19,8% asistió de 1 a 4 sesiones, el 35,8% asistió de 5 a 9 sesiones y el 44,3% no asistió a ningún grupo, se constató que desde los 6 meses las participantes de Momento a Momento en la Recuperación de la Mujer: Enfoque basado en Mindfulness para la prevención de recaídas (MBRP-W) que recibieron de 5 a 9 sesiones tuvieron un descenso significativo en el consumo de sustancias con un 68%, reducción del estrés percibido en 17% y mayor sensación de bienestar. La muestra estuvo conformada por 45,3% hispanas, 34,6% negras y 20,1% otros; la edad oscilaba entre 18 y 58 años cuya media fue 33,9 años; el 15,2% no terminó el bachillerato, el 43,5% terminó el bachillerato y el 41,3% tuvo estudios superiores; el 100% estuvieron expuestas a traumas a lo largo de su vida y el 91,2% estuvieron expuestas al trauma durante los últimos 6 meses; el 11,9% reflejó sintomatología de estrés postraumático.
9	Mejora de la Recuperación Orientada al Mindfulness versus TCC para la dependencia de sustancias concurrentes, el estrés traumático y los trastornos psiquiátricos: Resultados próximos de un ensayo	Garland et al., Behaviour Research and Therapy, 2016	Estados Unidos	Ensayo controlado aleatorizado pragmático	180 hombres mayores de 18 años sin hogar que residen en una comunidad terapéutica. Se asignó aleatoriamente a 3 grupos: Mejora de la Recuperación Orientada al Mindfulness (MORE) (n=64), Terapia Cognitivo-Conductual de grupo (TCC) (n=64),	Tras el seguimiento de 10 semanas, se evidenció que la Mejora de la Recuperación Orientada al Mindfulness (MORE) tuvo una disminución significativamente mayor del craving con un 59% comparado con la Terapia Cognitivo-Conductual de grupo (TCC) con el 23%, pero no hubo mayor diferencia con el Tratamiento Habitual (TAU). La muestra era 42% blancos, 44,3 negros y 13,7% otros; la edad media fue 36,5 años; en cuanto a su estado civil el 78,5% eran solteros, 5% casados, 11 % separados y 5,5% viudos; el 68% no terminó el bachillerato y el 32% terminó el bachillerato; las sustancias de mayor consumo fueron 45% alcohol y

	pragmático aleatorizado.				Tratamiento Habitual (TAU) (n=52)	44% cocaína; el 100% experimentó hechos traumáticos en su vida; el 25,3% presentó trastorno de estrés postraumático completo y el 37% presentó estrés postraumático parcial.
10	Promulgación de la Práctica en el Hogar tras la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness y su Asociación con los Resultados del Consumo de Sustancias	Grow et al., Addictive Behaviors, 2015	Estados Unidos	Análisis secundario de un ensayo clínico aleatorizado	93 participantes entre 18 y 70 años. A este grupo se le aplicó el programa de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) postratamiento.	Durante el seguimiento a los 2 y 4 meses, los participantes de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) mostraron un aumento de la práctica de mindfulness en casa, cada hora adicional de práctica en el hogar se asoció con un 63% menos en las tasas de uso de sustancias, el aumento de la práctica en el hogar con el tiempo precipitó disminuciones curvilíneas significativas y longitudinales del craving. La muestra constituía 64,5% hombres y 35,5% mujeres; las edades oscilaban entre 18 y 70 años cuya edad media fue 40,8 años; el 62,3% eran blancos, 20,1% afroamericanos, 7,2% nativos americanos, 3,2% hawaianos, 5% latinos, 1,1% asiáticos y 1,1% otros; el 37,4% tiene un ingreso económico bajo, el 56,5% tiene un ingreso económico medio y el 6,1% tiene un ingreso económico alto; las principales sustancias de abuso fueron alcohol 45,2%, cocaína 36,2%, metanfetaminas 13,7%, opiáceos 7,1%, marihuana 5,4%, 1,9% otras y el 19,1% consumo de polisustancias.
11	La raza/etnia y la composición del grupo racial moderan la eficacia de la Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness para el	Greenfield et al., Addictive Behaviors, 2018	Estados Unidos	Análisis secundario de datos existentes	191 participantes mayores de 18 años. Se asignó aleatoriamente a 2 grupos: Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness MBRP (n=83),	En el seguimiento de 12 meses, los participantes de minorías raciales no tuvieron diferencias significativas entre Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) y Prevención de recaídas (RP) en cuanto al consumo excesivo de alcohol, en cambio los participantes blancos de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP)

	trastorno por consumo de sustancias				Prevención de Recaídas (RP) (n=108)	<p>reportaron un 100% menos de consumo excesivo de alcohol en comparación con el grupo de Prevención de Recaídas (RP). En cuanto al consumo de drogas los participantes de minorías raciales de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) reportó un 97% menos de consumo en comparación con el grupo de Prevención de Recaídas (RP). En los grupos que tuvieron más de la mitad de participantes de minorías raciales, los participantes de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) tuvieron un 91% menos de consumo excesivo de alcohol en comparación con Prevención de recaídas (RP); mientras que, en los grupos con más de la mitad de blancos, los participantes de Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) tuvieron un 100% menos de consumo excesivo de alcohol y un 93% menos de consumo de drogas en comparación con Prevención de Recaídas (RP).</p> <p>La muestra estuvo conformada por 29% mujeres y 71% hombres; el 52,9% eran blancos, 20,6% negros, 7,4% nativos americanos, 0,5% asiáticos, 0,5% hawaianos, 9,5% mixto, 10,1% latinos y 1,6% no especificado; la edad media fue de 39 años; el 52% culminó el bachillerato y el 47,6% tiene estudios universitarios; el 70% tiene un ingreso económico medio y el 29,3% tiene un ingreso económico alto; el 13,2% presentó consumo de alcohol y el 82,1 % consumo de polisustancias.</p>
12	Los resultados del consumo de sustancias en la Prevención de	Davis et al., Journal of Substance	Estado Unidos	Ensayo aleatorio	79 adultos jóvenes marginados entre 18 y 29 años en tratamiento residencial.	Al realizar el seguimiento de 6 meses, con evaluaciones de seguimiento bimensuales de medidas autoinformadas de estrés, craving y consumo de sustancias; el grupo asignado a

	Recaídas Basada en Mindfulness están parcialmente mediados por la reducción del estrés: Resultados de un ensayo aleatorio	Abuse Treatment, 2018			Se asignó aleatoriamente a 2 grupos: Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) (n=44), Tratamiento Habitual (TAU) (n=35)	Prevención de Recaídas Basada en Mindfulness (MBRP) presentó una disminución del 58% del consumo de sustancias, 58% menos del craving y una reducción del estrés del 77% en comparación con el grupo de Tratamiento Habitual (TAU). La muestra fue 35% mujeres y 65% hombres; las edades oscilaron entre 18 y 29 años con una media de 25,3 años; el 91,3% fueron blancos, 7,5% afroamericanos y 1,25% nativos americanos; respecto a su estado civil el 60% eran solteros, 10% divorciados y 30% casados; el 87,5% no terminó el bachillerato, el 3,75% terminó el bachillerato y el 8,75% tiene una carrera universitaria; en cuanto a su situación económica el 65% tiene un ingreso económico bajo y el 35% tiene un ingreso económico medio.
13	Mindfulness en la Prevención de Recaídas en Pacientes con Patología Dual	Tejedor et al., Revista de Patología Dual, 2015	España	Estudio cuasi-experimental	33 participantes de 25 a 63 años. A este grupo se le aplicó el Programa de Entrenamiento en Mindfulness.	Se dio un seguimiento a los 3 meses, el cual evidenció que hubo una disminución del 88% de riesgo de recaída en los participantes del Programa de Entrenamiento en Mindfulness ningún participante tuvo una recaída significativa. La muestra estuvo constituida por 65,6% hombres y 34,4% mujeres; las edades oscilaron entre 25 a 63 años cuya media fue de 42 años; respecto a su estado civil el 30,4% eran solteros, 44,4% casados y 25,2% separados; el 34,4% culminó sus estudios primarios, 37,5% terminó sus estudios secundarios y 25% tiene un título universitario; en cuanto a su situación económica el 27,4% tiene un nivel económico bajo, el 66,8% tiene un nivel económico medio y el 6% tiene un nivel económico alto; el 33,4% presentó comorbilidad con un trastorno de

						personalidad y el 40,6% presentó comorbilidad con otro trastorno mental.
14	Mindfulness Disposicional, Espiritualidad y Consumo de Sustancias en la Predicción de los Síntomas Depresivos en una Muestra que Busca Tratamiento	Shorey et al., Journal of Clinical Psychology, 2015	Estados Unidos	Estudio piloto	105 hombres mayores de 25 años. A este grupo se le aplicó el Mindfulness Disposicional	En el seguimiento de 3 meses, se mostró que los participantes del Mindfulness Disposicional tuvieron una reducción del consumo de sustancias de un 63% y una reducción significativa de la sintomatología depresiva en un 52%. La muestra eran 90,5% blancos, 4,8% afroamericanos, 2,9% latinos y 1,8% otros; la edad media era de 41,3 años; el 24% no terminó el bachillerato, el 67% culminó el bachillerato y el 9% tuvo estudios universitarios; respecto a su situación económica el 34,3% tiene un nivel económico bajo, el 54,7% tiene un nivel económico medio y el 11% tiene un nivel económico alto; las sustancias más consumidas fueron 61,4% alcohol, 19,8% opiáceos, 14,8% marihuana y 4% polisustancias.
15	Ensayo controlado aleatorizado de una terapia de grupo de mindfulness y aceptación para pacientes residenciales con consumo de sustancias	Shorey et al., Substance Use & Misuse, 2017	Estados Unidos	Ensayo controlado aleatorizado	117 participantes mayores de 18 años de un centro residencial privado de uso de sustancias. Se asignó aleatoriamente a 2 grupos: Mindfulness y Aceptación (n=64), Tratamiento Habitual (TAU) (n=53)	Tras el seguimiento de 1 mes, en el grupo de Mindfulness y Aceptación se reveló un menor deseo de consumir sustancias que corresponde al 1,3% y un aumento del 20% en la flexibilidad psicológica relacionada con el consumo de sustancias en comparación con el Tratamiento Habitual (TAU). La muestra constituyó 74,3% hombres y el 25,6% mujeres; la edad media de los participantes fue 41,2 años; el 92,2% eran blancos, el 3,4% afroamericanos, 1,7% latinos; 1,7% asiáticos y 0,9% indios; respecto a su situación económica el 18,2% tiene un nivel económico bajo, 52,7% tiene un nivel económico medio y el 29% tiene un nivel económico alto; las sustancias más consumidas fueron 58,1% alcohol, 17,1% opiáceos, 14,5%

						polisustancias, 8,4% cannabis, 0,9% anfetaminas y 0,9% cocaína.
16	El Entrenamiento en Gestión de Metas + Meditación Mindfulness mejora las funciones ejecutivas u las transferencias a tareas ecológicas de la vida diaria en usuarios polisustancias inscritos en el tratamiento terapéutico comunitario	Valls-Serrano et al., Drug and Alcohol Dependence, 2016	España	Ensayo controlado aleatorizado	32 participantes mayores de 18 años. Se asignó aleatoriamente a 2 grupos: Entrenamiento en Gestión de Objetivos + Mindfulness (GTM+MM) (n=16), Tratamiento Habitual (TAU) (n=16)	Se realizó un seguimiento de 8 semanas, el grupo de Entrenamiento en Gestión de Objetivos + Mindfulness (GTM+MM) mostró 66,9% reducción de consumo de sustancias en comparación con el 14,5% del grupo de Tratamiento Habitual (TAU), en relación al estrés percibido el Entrenamiento en Gestión de Objetivos + Mindfulness (GTM+MM) mostró una reducción del 57,2%, mientras que en el Tratamiento Habitual no hubo reducción significativa, y también se evidenció mejoras en las funciones ejecutivas en comparación con el grupo del Tratamiento Habitual (TAU). La muestra estuvo conformada por 65,6% hombres y 34,3% mujeres; la edad media fue de 35,1 años; respecto al nivel de estudios el 29% culminó la primaria, el 32% terminó la secundaria y el 39% tiene estudios universitarios; entre las sustancias más consumidas están 68,8% alcohol, 28,6% cocaína y 2,6% heroína.
17	Tratamiento basado en atención plena compasiva: un estudio piloto en policonsumidores de drogas	Barrera et al., Psicología y Salud, 2021	México	Estudio piloto	4 hombres mayores de 18 años. A este grupo se le aplicó la Intervención de Mindfulness Compasivo	El seguimiento de 9 semanas, reflejó en los participantes una reducción de consumo de marihuana en un 50%, el 100% mantuvo la abstinencia del consumo de cocaína y el 100% disminuyó el consumo de alcohol, además todos los participantes presentaron reducción de la sintomatología ansioso-depresiva, e incremento de la felicidad duradera y la compasión. La muestra estuvo constituida por participantes de una edad media de 25 años; el 100% eran solteros; el 25% terminó la primaria, el 25% terminó la

						secundaria y el 50% tenía estudios universitarios; el 100% tenía consumo de polisustancias.
18	Tratamiento para personas con enfermedades mentales graves que consumen drogas ilícitas mientras reciben metadona	Wupperman et al., Mindfulness and Modification Therapy, 2019	Estados Unidos	Estudio piloto de viabilidad y aceptabilidad	6 participantes de 39 a 56 años. A este grupo se le aplicó Mindfulness y Terapia de Modificación (TMM)	Al realizar el seguimiento de 12 semanas, se evidenció en los participantes descensos del 62% en el número de días de consumo de sustancias, mejoró su capacidad para comunicarse con los demás en un 83%, mejor manejo del craving en un 67%, mayor satisfacción vital en un 67% y mayor sensación de calma y capacidad para pensar con claridad en un 50%. La muestra estuvo constituida por 66,6% mujeres y 33,3% hombres; las edades oscilaron entre 39 a 56 años con una edad media de 46,8 años; el 66,6% fueron latinos; 16,6% negros americanos y el 16,6% negros jamaicanos; en cuanto a su estado civil el 33,3% estaban casados y el 66,6% estaban solteros; el 83,3% no había terminado el bachillerato y el 16,6% terminó el bachillerato; respecto a su situación económica el 66,6% tenía un nivel económico medio y el 33,3% tenía un nivel económico bajo; entre las sustancias que más consumían estaban opiáceos 100% y cocaína 50%; el 50% tenía un trastorno esquizoafectivo y el 50% tenía trastorno bipolar.

Nota: Información obtenida de los 18 artículos que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, y que se consideraron como parte de la investigación



MINDFULNESS Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

UNA GUÍA INFORMATIVA

-NAYELI BALCÁZAR-

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, el consumir sustancias suele ser visto como una forma rápida de lidiar con los problemas, controlar el estrés, la ansiedad e inclusive el aburrimiento. Sin embargo, es importante mencionar que en las personas con abuso de sustancias aumenta el riesgo de padecer otras patologías mentales o físicas, así como también conflictos familiares e interpersonales (Payá y Castellano, 2008).



De esta manera, la práctica del mindfulness puede ser una alternativa más sana ante dichas situaciones, puesto que, puede ayudar a las personas a mejorar la relación con sus pensamientos y sentimientos, lo que permite prevenir los patrones de

pensamientos automáticos que pueden conducir al consumo de sustancias. Al aumentar la conciencia, la regulación y la tolerancia a los desencadenantes de recaídas, el mindfulness mejora la capacidad de gestionarlos e interrumpe ciclos anteriores de conductas automáticas o compulsivas de consumo de drogas (Rodríguez, 2016).

JUSTIFICACIÓN

Se desarrolla esta guía informativa con el propósito de psicoeducar a la población acerca del mindfulness como una alternativa en el tratamiento para el consumo de sustancias a través de información clara y accesible. Por medio de la guía, se espera que los lectores puedan comprender mejor el consumo de sustancias y conozcan más acerca del mindfulness, finalmente se proporcionan algunas herramientas prácticas que pueden ser útiles para lidiar con los síntomas.



Además, está diseñada para personas que consumen sustancias, sus familiares y profesionales de salud mental. Se utilizará un lenguaje sencillo y accesible, con el fin de que la información sea clara y comprensible para todos los lectores.



Esta guía es netamente informativa, esto no sustituye la evaluación y el tratamiento profesional.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Proporcionar información clara y accesible sobre el mindfulness como herramienta para el manejo del consumo de sustancias.



OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Explicar brevemente el mindfulness y sus beneficios en el consumo de sustancias.
- Brindar información acerca del consumo de sustancias, tipos y consecuencias.
- Ofrecer ejercicios prácticos de mindfulness aplicados en el tratamiento para el consumo de sustancias.

SECCIÓN 1: ENTENDIENDO EL MINDFULNESS



¿QUÉ ES EL MINDFULNESS?

Mindfulness es una práctica basada en la tradición budista mediante la cual se presta atención a las experiencias internas y externas que suceden en el momento presente. También, involucra aceptar los acontecimientos, prestando una especial atención a los pensamientos y emociones que surgen sin juzgarlos, de esta forma, en lugar de trasladarse al pasado o imaginar el futuro, los pensamientos y emociones se sintonizan en el ahora (Kabat-Zinn, 1994).



COMPONENTES

Según Botella y Pérez (2006) son los siguientes:

ATENCIÓN AL MOMENTO PRESENTE

Centrarse en el momento presente, en vez de prestar atención al pasado o al futuro.

APERTURA A LA EXPERIENCIA

Observar la experiencia sin que las propias creencias influyan, como si sucediera por primera vez.

ACEPTACIÓN

Vivir las experiencias tal como son, no poner resistencia.

DEJAR PASAR

No estancarse en ningún pensamiento, sentimiento, sensación o deseo sino relacionarse con ellos

INTENCIÓN

Es lo que cada individuo persigue al practicar el mindfulness.

FORMAS DE MEDITACIÓN EN MINDFULNESS

Hervás et al. (2016) proponen dos formas de práctica de mindfulness:

PRÁCTICA FORMAL O MEDITATIVA

Consiste en realizar una auto-observación interna, manteniendo la atención sobre un estímulo en específico como la respiración o sensaciones corporales, durante un periodo de tiempo que puede variar según la persona.



PRÁCTICA INFORMAL

Implica llevar a cabo las habilidades del mindfulness, manteniendo la atención plena cuando se realiza alguna actividad de la vida cotidiana como caminar, comer, cocinar, ducharse, etc.



BENEFICIOS DE MINDFULNESS

Según Dakwar y Levin (2009) la práctica de mindfulness puede ser eficaz en el tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias, particularmente en:

- Manejo del craving.
- Manejo de pensamientos automáticos.
- Mejora la capacidad de desapegarse de los pensamientos y emociones
- Disminución de reacciones automáticas.
- Desarrollo de patrones de pensamientos, emociones y comportamientos más saludables.



DATO CURIOSO

Las prácticas de mindfulness han demostrado ser altamente efectivas no solo en el tratamiento para el consumo de sustancias, sino también en:

- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos de ansiedad.
- Somatización.
- Trastornos de la conducta alimentaria.



SECCIÓN 2: CONSUMO DE SUSTANCIAS



¿QUÉ ES UNA SUSTANCIA PSICOACTIVA?



Las sustancias psicoactivas, también llamadas drogas son compuestos naturales o sintéticos que, al ser ingeridas por una persona, pueden causar cambios mentales, físicos y emocionales. Ya sean naturales o sintéticas, la gran mayoría de estas sustancias se utilizan de manera que comprometen la integridad tanto física como mental de la persona e incluso pueden resultar una amenaza contra la vida (Arteaga y Mendoza, 2022).

TIPOS DE SUSTANCIAS



TIPOS DE CONSUMO

Trujillo (2019), menciona los siguientes tipos::

USO

Consumo en cantidades moderadas, no existe tendencia a aumentar la dosis y tampoco genera problemas de conducta ni de la salud en general



ABUSO

El consumo ya produce daños o consecuencias negativas que implican un deterioro orgánico o psicosocial.

DEPENDENCIA

El consumo forma parte del estilo de vida de la persona, convirtiéndose en una necesidad que implica un deterioro orgánico o psicosocial más severo.



CONSECUENCIAS

Según el National Institute on Drug Abuse (2022), existen distintas consecuencias, entre las principales menciona:



Mayor riesgo de desarrollar enfermedades pulmonares o cardíacas, embolia, cáncer e incluso puede causar la muerte.

Aumenta el riesgo de contraer infecciones como el VIH, hepatitis C, infecciones del corazón y de la piel.



Coexiste con enfermedades mentales como depresión, ansiedad o esquizofrenia; puede desencadenar o empeorar dichos trastornos.

Mayor riesgo de sufrir accidentes.



Aumenta el riesgo de tener más problemas económicos o con la ley.

SECCIÓN 3: EJERCICIOS PRÁCTICOS DE MINDFULNESS



DESACTIVA EL PILOTO AUTOMÁTICO

Ir en piloto automático es algo común en nuestra vida diaria. La mente se centra en recuerdos pasados o planes futuros y se olvida del momento presente. La falta de conexión con el presente permite que la vida flote ante nuestros ojos y no podamos darnos cuenta de su riqueza, de las extraordinarias texturas y sabores de cada momento. Primero debemos identificar y estar alerta ante este fenómeno.



En una hoja o cuaderno, anota las últimas veces que hayas notado que actuabas en piloto automático en relación con el consumo de sustancias, actuar según las ansias e impulsos sin ser consciente.

Luego, intenta recordar aquellos momentos en los que has sentido que tu mente se alejaba del presente y se trasladaba hacia el pasado o futuro, y anótalos.



Finalmente, al leerlos serás consciente de aquel piloto automático que está presente en ti, te será más fácil reconocerlo y trabajar en él.

ESCANEA EL SIGUIENTE
CÓDIGO QR Y DESCUBRE
MÁS ACERCA DEL PILOTO
AUTOMÁTICO



CON LA MENTE DESPIERTA ME LAVO LOS DIENTES

Lavarte los dientes es una manera de sentir tu conciencia en todo su esplendor. Este ejercicio puede ser aplicado en cualquier otra actividad cotidiana que realices en tu vida diaria.



Ubícate delante de un espejo, respira serenamente durante unos segundos hasta que tu respiración esté completamente tranquila.

Sostén el cepillo y coloca la pasta dental en él.



Empieza a cepillarte de forma armoniosa, tranquila, al ritmo de la respiración, prestando atención a cada movimiento que compone esta actividad, que puede parecer sencilla, pero es necesaria e importante.



ESCANEA EL SIGUIENTE
CÓDIGO QR Y DESCUBRE
CÓMO PRACTICAR
MINDFULNESS EN LA VIDA
COTIDIANA

EL ESCÁNER CORPORAL

Este ejercicio pretende centrar la atención en las diferentes partes del cuerpo con la intención de identificar sensaciones asociadas al deseo de consumir.



- 1 Acuéstate en un lugar silencioso y con una luz suave. Procura hacerlo sobre una superficie en la que te sientas cómodo.
- 2 Con los ojos cerrados, intenta ser consciente de todo tu cuerpo, su volumen y su peso, el contacto con el aire, con el suelo, con la superficie sobre la cual estás acostado.
- 3 Lleva tu atención suavemente, sin forzarla, a cada una de las partes de tu cuerpo, empezando por los dedos de tus pies, tobillos, pantorrillas, rodillas, muslos, caderas, abdomen, y así sucesivamente hasta llegar a la cabeza. Permanece unos diez o quince segundos concentrando tu atención en cada parte de tu cuerpo.
- 4 Evalúa si las sensaciones son idénticas o diferentes en las distintas partes del cuerpo, ¿qué cambia? ¿qué permanece igual?
- 5 Lo importante es que realmente estés presente dentro de tu cuerpo, guiado por el ritmo de tu respiración.
- 6 Da la bienvenida a cualquier sensación que encuentres, sea agradable o desagradable, mantente respirando lentamente.

ESCAÑA EL SIGUIENTE
CÓDIGO QR Y REALIZA ESTE
EJERCICIO COMO
MEDITACIÓN GUIADA



UN INSTANTE DE SABOR

Podrás realizar este ejercicio con cualquier fruto seco, fruta o verdura.



- 1 Ve a la cocina y toma un fruto pequeño. Una pasa puede ser una buena opción.
- 2 Siéntate en un lugar cómodo y silencioso.
- 3 Pon la pasa sobre la palma de tu mano, observa con atención, detente en sus minúsculas rugosidades, siente su peso leve en tu mano.
- 4 Acerca la pasa a tu nariz y déjate inundar por su olor. Gracias a la atención plena del olfato podrás saborear la pasa antes de tenerla en la boca.
- 5 Coloca lentamente la pasa en tu lengua, cierra la boca y deja que el sabor se expanda por el paladar. Acaricia la pasa con la lengua y percibe sus texturas.
- 6 Cuando consideres que conoces la pasa por su forma y sabor, másticala con lentitud, propiciando la multiplicación intensa del sabor.



ESCANEA EL SIGUIENTE CÓDIGO
QR Y ENCONTRARÁS UN VIDEO
DE CÓMO REALIZAR ESTE
EJERCICIO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arteaga, V., y Mendoza, W. (2022). El Consumo de Sustancias Psicoactivas en Adolescentes de San Alejo durante la Pandemia por Covid-19. Polo del Conocimiento, 7(3). <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/3797/html>
- Botella, L., y Pérez, A. (2006). Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: Concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. Revista de Psicoterapia, 17(66), 77-120. <https://doi.org/10.33898/rdp.v17i66/67.907>
- Dakwar, E., y Levin, F. (2009). The Emerging Role of Meditation in Addressing Psychiatric Illness, with a Focus on Substance Use Disorders. Harvard Review of Psychiatry, 17(4), 254-267. <https://doi.org/10.1080/10673220903149135>
- Hervás, G., Cebolla, A., y Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. Clínica y Salud, 27(3), 115-124. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002>
- Kabat-Zinn, J. (1994). Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life. Hyperion.
- National institute on Drug Abuse. (22 de Marzo de 2022). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. National institute on Drug Abuse: <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/la-adiccion-y-la-salud>
- Rodríguez, A. (2016). Cuaderno práctico de ejercicios de Mindfulness. España: Grupo Planeta.
- Trujillo, M. (2019). La adicción y sus diferentes conceptos. Centro Sur, 3(2). <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=588861691002>

Anexo 8: Certificado de la traducción del resumen del Trabajo de Integración Curricular



Lic. Mónica Guarnizo Torres.
SECRETARIA DE "BRENTWOOD LANGUAGE CENTER"

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del trabajo de titulación denominado **"Eficacia del Mindfulness en el Tratamiento para el Consumo de Sustancias en Adultos: Revisión Sistemática"**, de la estudiante Nayeli Andrea Balcázar Espinoza, con cédula de identidad No. 1105983421, egresada de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 06 de agosto de 2024

Lic. Mónica Guarnizo Torres
SECRETARIA DE B.L.C.

