



FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE TITULACIÓN

Modalidad: Proyecto de Investigación

TEMA:

**Caracterización de los efectos de la meditación (mindfulness) como estrategia
complementaria en la rehabilitación de personas con adicciones en CETAD**

CENTRADRO, Manta 2025-2026

Autor (a)

Jiménez Núñez Rubí Scarleth

Docente tutor:

Dra. Lourdes Arias Ruiz

Período 2026-1



Certificado de Autoría

Yo, Jimenez Nuñez Rubi Scarleth, en calidad de investigadora del presente trabajo de investigación titulado “Caracterización de los efectos de la meditación (mindfulness) como estrategia complementaria en la rehabilitación de personas con adicciones en CETAD CENTRADRO”, como requisito previo para optar por el grado de **PSICÓLOGO(A)**, de la FACULTAD DE PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD LAICA “ELOY ALFARO” DE MANABÍ. Presentado para su defensa y evaluación, declaro la originalidad y autoría del mismo.

Atentamente,

Jimenez Nuñez Rubi Scarleth

CI: 1251350334

	NOMBRE DEL DOCUMENTO: CERTIFICADO DE TUTOR(A).	CÓDIGO: PAT-04-F-004
	PROCEDIMIENTO: TITULACIÓN DE ESTUDIANTES DE GRADO BAJO LA UNIDAD DE INTEGRACIÓN CURRICULAR	REVISIÓN: 1
		Página 1 de 1

CERTIFICACIÓN

En calidad de docente tutor(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Laica “Eloy Alfaro” de Manabí, CERTIFICO:

Haber dirigido, revisado y aprobado preliminarmente el Trabajo de Integración Curricular bajo la autoría la estudiante Jimenez Núñez Rubi Scarleth, legalmente matriculado/a en la carrera de PSICOLOGÍA, período académico 2022-2026, cumpliendo el total de 720 horas, cuyo tema del proyecto es “Caracterización de los efectos de la meditación (mindfulness) como estrategia complementaria en la rehabilitación de personas con adicciones en CETAD CENTRADRO”.

La presente investigación ha sido desarrollada en apego al cumplimiento de los requisitos académicos exigidos por el Reglamento de Régimen Académico y en concordancia con los lineamientos internos de la opción de titulación en mención, reuniendo y cumpliendo con los méritos académicos, científicos y formales, y la originalidad del mismo, requisitos suficientes para ser sometida a la evaluación del tribunal de titulación que designe la autoridad competente.

Particular que certifico para los fines consiguientes, salvo disposición de Ley en contrario.

Manta, 27 de julio de 2026.

Lo certifico,



Dra. Lourdes Arias Ruíz
Docente Tutor(a)
Área:

Nota 1: Este documento debe ser realizado únicamente por el/la docente tutor/a y será receptado sin enmendaduras y con firma física original.

Nota 2: Este es un formato que se llenará por cada estudiante (de forma individual) y será otorgado cuando el informe de similitud sea favorable y además las fases de la Unidad de Integración Curricular estén aprobadas.

Dedicatoria

Dedico el presente trabajo de titulación a mi familia por ser mi inspiración y mi motor para seguir adelante a lo largo de este proceso, porque son el claro ejemplo de superación, amor y unión guiando este caminar con su atención absoluta, enseñanzas y consejos además de impulsarme a cumplir cada uno de mis sueños.

Agradecimientos

Agradezco a mis padres por darme la oportunidad de estudiar una carrera universitaria, por su atención y apoyo incondicional haciendo de mí la persona que hoy soy.

A mi enamorado por ser de las personas que nunca soltó mi mano aun cuando sentía que no podía, creyendo firmemente en mí.

A mi tutora de tesis por ser mi guía, por la paciencia, por la entrega en cada uno de los pasos que conlleva realizar el presente trabajo y por los consejos que nunca faltaron.

A cada uno de los docentes por compartir su sabiduría y consejos, gracias a su guía he logrado culminar este gran paso, sus enseñanzas y recuerdos perduraran por siempre en mí.

A mis compañeros y amigas por ser mi apoyo en cada uno de los semestres a lo largo de la carrera, creando experiencias llenas de risas y los más bonitos recuerdos.

Resumen

El presente trabajo de investigación evaluó los efectos de la práctica sistemática de la meditación basada en mindfulness como estrategia complementaria dentro del proceso de rehabilitación de personas con trastornos por consumo de sustancias. La investigación se desarrolló en el Centro Especializado en Tratamiento a las Personas con Adicciones (CETAD CENTRADRO), ubicado en Manta, Ecuador, sobre una muestra de 25 participantes bajo un diseño experimental pretest-posttest de enfoque mixto. A lo largo de una intervención de seis semanas, se aplicaron la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), el Cuestionario de Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). Los resultados revelaron cambios positivos de magnitud moderada pero estadísticamente significativos: la desregulación emocional general disminuyó en un 10.3% (destacando mejoras en las dimensiones de Aceptación, Funcionamiento y Regulación), el bienestar psicológico y nivel de mindfulness aumentaron un 3.2%, y la sintomatología ansiosa total se redujo en un 13.8%, logrando que un grupo de participantes descendiera de la categoría de ansiedad "Grave" a "Leve".

Palabras claves: Mindfulness, adicciones, regulación emocional, ansiedad, rehabilitación, CETAD CENTRADRO.

Abstract

This research evaluated the effects of systematic mindfulness-based meditation practice as a complementary strategy within the rehabilitation process for individuals with substance use disorders. The research was conducted at the Specialized Center for the Treatment of People with Addictions (CETAD CENTRADRO), located in Manta, Ecuador, with a sample of 25 participants using a mixed-methods pretest-posttest experimental design. Over a six-week intervention, the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), the Five-Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), and the Beck Anxiety Inventory (BAI) were administered. The results revealed positive changes of moderate magnitude but statistically significant: overall emotional dysregulation decreased by 10.3% (highlighting improvements in the Acceptance, Functioning and Regulation dimensions), psychological well-being and mindfulness level increased by 3.2%, and total anxiety symptoms were reduced by 13.8%, with a group of participants moving from the "Severe" to "Mild" anxiety category.

Keywords: Mindfulness, addictions, emotional regulation, anxiety, rehabilitation, CETAD CENTRADRO.

ÍNDICE DE CONTENIDO

Certificado de Autoría	I
Certificación del tutor	II
Acta del tribunal evaluador	III
Dedicatoria	IV
Agradecimientos	V
Resumen	VI
Introducción	12
Caracterización de la situación problema	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos	14
Justificación	14
Formulación del problema	15
CAPÍTULO I	17
1. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN	17
1.1 EL MINDFULNESS: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y TEÓRICOS	17
1.1.1 Origen y evolución del mindfulness	17
1.1.2. Principios filosóficos de la atención plena	18
1.1.3. Aportes de Kabat-Zinn y la psicología occidental	19
1.1.4. Diferencias entre meditación tradicional y mindfulness clínico	19
1.1.5. Dimensiones del mindfulness: atención, conciencia y aceptación	20
1.2. MINDFULNESS Y REGULACIÓN EMOCIONAL	21
1.2.1. Concepto de regulación emocional	21
1.2.2. Estrategias de regulación emocional basadas en mindfulness	22
1.2.3. El mindfulness y la conciencia interoceptiva	22
1.2.4. Mindfulness y regulación de la ansiedad	23
1.3 LA ADICCIÓN: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y NEUROBIOLÓGICOS	24
1.3.1. Concepto general de adicción	24
1.3.2. Factores neurobiológicos implicados	25
1.3.3. Factores psicológicos de la adicción	26
1.3.4. El ciclo del craving y la recaída	26
1.4 FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA ADICCIÓN	27
1.4.1. Estrés, trauma y vulnerabilidad emocional	27

1.4.2. Mecanismos de defensa y evasión emocional	28
1.4.3. Estilos de afrontamiento y regulación afectiva	28
1.4.4. Impacto de la comorbilidad: ansiedad, depresión e impulsividad	29
1.5 LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES	29
1.5.1. Etapas del proceso de rehabilitación	29
1.5.2. Importancia del componente emocional en la rehabilitación	30
1.5.3. Estrategias psicoterapéuticas integradoras	31
1.6 EVIDENCIAS EMPÍRICAS DEL MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES	32
1.6.1. Estudios internacionales sobre mindfulness y adicción	32
1.6.2. Investigaciones latinoamericanas sobre mindfulness en adicciones	33
1.6.3. Limitaciones y desafíos en la investigación del mindfulness	33
CAPÍTULO II	35
2. MARCO METODOLÓGICO	35
2.1 Tipo de Investigación	35
2.2 Tipo de Estudio	35
2.3 Sujetos, Población y Muestra	35
2.4 Definición conceptual y operacional de las variables	38
2.5 Descripción de métodos, técnicas e instrumentos.	40
2.6 Procedimiento	43
2.7 Manejo de datos	46
2.8 Validez de la investigación	47
2.9 Consideraciones éticas	49
CAPÍTULO III	51
3. RESULTADOS	51
Conclusiones	57
Recomendaciones	62
Bibliografía	64
Anexos	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Dificultad de comportamiento dirigido a metas en el pretest y postest. 53

Figura 2

Comparación de la conducta consciente frente al "piloto automático" en el pretest y postest 54

Figura 3

Panorama general del cambio porcentual en los tres instrumentos aplicados. 55

Figura 4

Resultados totales de la escala DERS de autorregulación emocional. 56

Figura 5

Comparación de las cinco dimensiones de la escala DERS 56

Figura 6

Resultados totales del cuestionario FFMQ de bienestar y mindfulness. 57

Figura 7

Comparación de las cinco facetas del FFMQ 57

Figura 8

Resultados totales del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). 58

Figura 9

Distribución de los niveles de ansiedad según el Inventario de Beck. 59

Introducción

El tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias representa uno de los desafíos más complejos de la psicología clínica contemporánea, debido a la elevada comorbilidad entre la dependencia física y la desregulación emocional. Históricamente, las intervenciones en entornos hospitalarios de rehabilitación han centrado su esfuerzo en el manejo sintomático y la desintoxicación; sin embargo, los índices de recaída continúan vinculados a la baja tolerancia al malestar, la rumiación cognitiva y la presencia de impulsos no canalizados (craving) (Marlatt & Donovan, 2005; Volkow et al., 2016).

En el ámbito clínico ecuatoriano, los Centros Especializados en Tratamiento a las Personas con Adicciones (CETAD) atienden a usuarios que no solo enfrentan el proceso de abstinencia, pues también enfrentan estados persistentes de ansiedad e inestabilidad afectiva que comprometen su adherencia al tratamiento. En este escenario, surge la necesidad de integrar herramientas psicoterapéuticas complementarias que fortalezcan la autorregulación interna de los pacientes sin desestructurar los protocolos institucionales vigentes.

Las Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI) han surgido como una alternativa respaldada empíricamente para abordar el sufrimiento psicológico asociado a las adicciones (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1990). Al entrenar la capacidad de prestar atención al momento presente de manera intencional y sin juzgar, la práctica de la meditación fomenta un espacio de pausado distanciamiento cognitivo, permitiendo al individuo observar sus sensaciones, impulsos y emociones sin reaccionar de forma automática ante ellos (Bowen et al., 2009; Garland et al., 2014).

Bajo este marco, el presente trabajo de investigación se orienta a analizar el impacto de la meditación mindfulness como estrategia complementaria en el proceso terapéutico de los usuarios del CETAD CENTRADRO en Manta, Manabí, Ecuador. La relevancia de esta

investigación radica en aportar evidencia científica empírica sobre la efectividad de las prácticas contemplativas adaptadas al contexto hospitalario local.

Para dar respuesta a dicho propósito, la investigación se estructura de la siguiente manera: en primer lugar, se establece el marco teórico y la revisión de la literatura científica en torno a la regulación emocional y el mindfulness en adicciones; posteriormente, se describe la metodología del estudio y el diseño del programa de intervención y finalmente, se exponen los hallazgos empíricos obtenidos, seguidos de la discusión, las conclusiones y las recomendaciones clínicas para futuras investigaciones.

Caracterización de la situación problema

Las adicciones constituyen uno de los principales desafíos de salud mental y social en la actualidad por ello su abordaje terapéutico requiere estrategias integrales que no solo atiendan el consumo de sustancias pues es necesario tomar en cuenta factores emocionales y cognitivos que sostienen el comportamiento adictivo.

En el contexto ecuatoriano, los Centros Especializados en Tratamiento a las Personas con Adicciones (CETAD) enfrentan dificultades similares pues a pesar de contar con planes terapéuticos estructurados muchos pacientes presentan alta ansiedad, baja tolerancia al malestar y dificultad para sostener su motivación durante el proceso de rehabilitación es así que estas condiciones observadas en el CETAD CENTRADRO, reflejan la necesidad de incorporar métodos complementarios que favorezcan la autorregulación emocional y la atención consciente.

Objetivo General

Caracterizar los efectos de la meditación mindfulness como estrategia complementaria en la rehabilitación de personas con adicciones en el CETAD CENTRADRO.

Objetivos Específicos

1. Identificar los efectos conductuales de los participantes durante la aplicación de mindfulness en el proceso de rehabilitación.
2. Determinar la incidencia de la práctica de mindfulness en la autorregulación emocional y la percepción de bienestar psicológico de los pacientes en rehabilitación.
3. Evaluar el nivel de ansiedad de los pacientes antes y después de la intervención.

Justificación

Actualmente las adicciones representan un problema de salud pública que afecta al sujeto, a su entorno familiar y social reconociendo así la necesidad de realizar un abordaje integral para contribuir a una recuperación favorable empleando estrategias de diferentes dimensiones como lo son biológica, psicológica y social. En los últimos años, la comunidad científica ha reconocido que el tratamiento exclusivamente conductual o farmacológico no garantiza una recuperación sostenida, debido a que no aborda la raíz emocional y cognitiva del trastorno (Volkow et al., 2016).

En este contexto, las Intervenciones Basadas en Mindfulness (MBI) han emergido como una alternativa eficaz para fortalecer la autorregulación emocional, reducir el estrés y promover la estabilidad mental durante los procesos de rehabilitación (Bishop et al., 2004; Kabat-Zinn, 1990).

En el caso del CETAD CENTRADRO se ha identificado que los pacientes hospitalizados presentan ansiedad, pensamientos rumiativos y comportamientos impulsivos lo que dificulta su adherencia al tratamiento presentándose resistencia al cambio, episodios de frustración y en algunos de los casos abandono del proceso terapéutico, ante lo anteriormente mencionado la introducción de la meditación basada en el mindfulness durante un periodo de

seis semanas ofrece una oportunidad de intervención novedosa integrándose fácilmente a la rutina terapéutica del CETAD sin requerimiento de infraestructura adicional o recursos costosos.

Desde el punto de vista teórico la presente investigación busca ampliar la información sobre el impacto de la implementación de la meditación mindfulness en contextos hospitalarios, campo que actualmente es poco explorado en el ámbito ecuatoriano, prestando así llenar el vacío al generar evidencia científica local que respalde la implementación de esta técnica como herramienta complementaria en los pacientes hospitalizados en los CETAD.

Desde la perspectiva social la implementación del mindfulness busca la rehabilitación de los sujetos lo cual se vincula con la reconstrucción de un bienestar integral fomentando una convivencia saludable, empática y responsable contribuyendo al fortalecimiento del tejido social y la promoción de estilos de vida más saludables.

Formulación del problema

El CETAD CENTRADRO mismo que se encuentra en Manta, Manabí Ecuador constituye un escenario idóneo para explorar la aplicación del mindfulness dentro de la rutina terapéutica debido a que cuenta con un grupo estable de pacientes hospitalizados y un equipo interdisciplinario dispuesto a incorporar estrategias innovadoras, sin embargo se desconoce cómo la práctica sostenida de la meditación durante un período de seis semanas podría influir en los niveles de ansiedad, los patrones de conducta y la percepción emocional de los pacientes en tratamiento.

Por lo tanto, el problema central que orienta esta investigación se formula en:

¿De qué manera la introducción sistemática de la meditación basada en mindfulness incide en los cambios conductuales y en la reducción de la ansiedad en pacientes hospitalizados del CETAD CENTRADRO?

CAPÍTULO I

1. MARCO TEÓRICO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 EL MINDFULNESS: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y TEÓRICOS

1.1.1 Origen y evolución del mindfulness

Shapiro & Weisbaum (2020) explican que la historia del mindfulness es originaria de las prácticas contemplativas budistas de hace más de 25 siglos, específicamente a partir de la meditación vipassana, misma que fue adaptada al ámbito secular al prescindir de su contenido religioso. Vipassana proviene de la lengua pali, donde el prefijo vi significa “especial” y la raíz passana se traduce como “ver” por lo cual su sentido literal es “ver las cosas tal como son”.

Sin embargo, su introducción al ámbito científico y terapéutico fue obra de Kabat-Zinn (1990) quien creó el programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) en la Universidad de Massachusetts, con el objetivo de reducir el estrés y el dolor crónico en pacientes hospitalizados, desde entonces el mindfulness ha sido adaptado y validado en múltiples contextos clínicos incluyendo el tratamiento de la ansiedad, la depresión y las adicciones.

Bishop et al., (2004) redefinieron el mindfulness en términos psicológicos considerándolo una forma de autorregulación de la atención y una orientación de aceptación hacia la experiencia, posteriormente autores como Shapiro et al., (2006) ampliaron esta definición al incluir tres componentes esenciales: intención, atención y actitud (IAA model), estableciendo un marco conceptual que integra mente y conducta, adicionalmente Baer (2004) y Creswell (2017) demostraron que el mindfulness no solo produce efectos psicológicos positivos ya que también produce cambios neurobiológicos medibles como mayor actividad prefrontal y reducción del estrés fisiológico.

A partir de estas perspectivas, puede afirmarse que el mindfulness constituye un puente entre la tradición contemplativa y la ciencia moderna, por su parte Kabat-Zinn (1990) trasladó una práctica ancestral a un contexto clínico, Bishop et al., (2004) y Shapiro et al., (2006) la operacionalizan para su estudio empírico, así esta evolución refleja una transformación epistemológica: de una técnica espiritual a una herramienta psicológica basada en evidencia lo que ha permitido su integración en programas de salud mental.

De esta manera, el mindfulness se consolida como un modelo transversal de autoconocimiento y a diferencia de las terapias convencionales centradas en el control esta práctica promueve la observación consciente del pensamiento, la emoción y la sensación física sin intentar modificarlos con ello este enfoque fomenta la aceptación del malestar como parte natural de la experiencia humana, lo cual es esencial para la recuperación de pacientes con adicciones que tienden a evitar o suprimir las emociones dolorosas.

1.1.2. Principios filosóficos de la atención plena

Los fundamentos del mindfulness se sustentan en principios de la filosofía budista particularmente en el Satipatthāna Sutta, que enseña la observación consciente del cuerpo, las sensaciones, la mente y los fenómenos (Rahula, 2009). Sin embargo, en la adaptación occidental el mindfulness ha sido despojado de elementos religiosos para centrarse en la experiencia fenomenológica del presente. Kabat-Zinn (1990) lo define como “prestar atención de manera intencional al momento presente, sin juzgar”.

Segal et al., (2013) creadores del programa Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), destacan que la práctica de la atención plena no busca eliminar el sufrimiento pues esta busca modificar la relación del individuo con él, de modo que el mindfulness se aproxime a la aceptación de la realidad, característica de la filosofía existencial.

Estos planteamientos muestran que el mindfulness se fundamenta en la aceptación del sufrimiento como parte inherente de la condición humana, con ello esta visión filosófica transforma el objetivo terapéutico: no se trata de suprimir el dolor, se trata de aprender a vivir con lucidez dentro de él, así la atención plena es un acto de autocomprensión profunda pues al observar la experiencia sin juicio el individuo se libera del ciclo de reacción automática que alimenta el sufrimiento con ello este principio es especialmente relevante en el tratamiento de las adicciones, donde la resistencia al malestar suele perpetuar la recaída.

1.1.3. Aportes de Kabat-Zinn y la psicología occidental

Kabat-Zinn (1990) es considerado el pionero en la integración del mindfulness con la medicina y la psicología; inicialmente, su programa Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) demostró que la práctica sistemática de la atención plena reduce los niveles de cortisol, mejora la inmunidad y disminuye la ansiedad en pacientes crónicos. Posteriormente, Segal et al., (2013) adaptaron este enfoque al ámbito cognitivo, creando la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT), eficaz en la prevención de recaídas depresivas.

A partir de estos aportes se puede observar una evolución del mindfulness desde un enfoque médico hacia uno psicológico integral entendiéndose como una línea de investigación basada en la experiencia subjetiva como vía legítima de intervención clínica, de ahí que la psicología contemporánea lo haya adoptado como una herramienta validada empíricamente capaz de complementar la farmacoterapia y la psicoterapia tradicional.

Asimismo, la incorporación del mindfulness a la psicología occidental marca una transición epistemológica: de la curación externa al autodescubrimiento interno al situar la

conciencia en el centro del proceso terapéutico, el mindfulness rompe con la visión mecanicista del paciente y lo convierte en protagonista de su propio cambio.

1.1.4. Diferencias entre meditación tradicional y mindfulness clínico

La meditación tradicional tiene raíces religiosas y se orienta hacia la trascendencia espiritual, mientras que el mindfulness clínico se centra en la observación de la experiencia presente con fines terapéuticos (Gunaratana, 2011). Por su parte Kabat-Zinn (1990) despojó al mindfulness de su componente doctrinal para hacerlo accesible a la ciencia enfatizando la evidencia empírica de sus beneficios psicológicos.

Baer (2004) diferencia ambos enfoques señalando que la meditación tradicional persigue la iluminación mientras que el mindfulness busca la autorregulación emocional. Creswell (2017) añade que el objetivo del mindfulness clínico es cultivar la metaconciencia: la capacidad de darse cuenta de que se está pensando.

Las distinciones entre ambos enfoques son más metodológicas que esenciales, por una parte, el mindfulness clínico evita referencias religiosas, conserva el espíritu de autoconocimiento y compasión que caracteriza a la meditación tradicional logrando un equilibrio entre ciencia y filosofía lo convierte en una práctica universal aplicable a cualquier contexto cultural. Desde otra perspectiva, la adaptación del mindfulness a entornos clínicos ha permitido validar sus efectos mediante métodos científicos rigurosos, lo que favorece su aceptación en instituciones de salud y con su lenguaje neutral lo hace compatible con diferentes creencias, asegurando su inclusión en programas hospitalarios y terapéuticos.

1.1.5. Dimensiones del mindfulness: atención, conciencia y aceptación

Bishop et al., (2004) y Shapiro et al., (2006) establecen que el mindfulness se compone de tres dimensiones principales: atención sostenida al presente, conciencia metacognitiva y actitud de aceptación. Baer (2004) añade que estas dimensiones interactúan para desarrollar la regulación emocional y el equilibrio psicológico, según Kabat-Zinn (1990), la atención al presente reduce la dispersión mental; la conciencia promueve el autoconocimiento y la aceptación disminuye la resistencia emocional. Creswell (2017) confirma que el entrenamiento constante en estas habilidades mejora la resiliencia ante el estrés.

Estas tres dimensiones forman un sistema interdependiente que transforma la relación del individuo con su experiencia interna ya que la conciencia ilumina y la aceptación libera para que en conjunto configuren un proceso de autorregulación mental que contrarresta la impulsividad y la rumiación de las adicciones del mismo modo estas dimensiones explican por qué el mindfulness resulta eficaz pues al cultivar la conciencia sin juicio el individuo interrumpe los automatismos de reacción para que esta práctica modifique los circuitos mentales del hábito y abra espacio para la elección consciente.

1.2. MINDFULNESS Y REGULACIÓN EMOCIONAL

1.2.1. Concepto de regulación emocional

La regulación emocional es un conjunto de procesos psicológicos conscientes e inconscientes a través de los cuales las personas son capaces de modular y manejar sus emociones logrando responder de manera adecuada y adaptativa a las demandas del entorno. Implicando de esta manera el potenciar habilidades complejas como es la aceptación, identificación, comprensión, modulación y expresión emocional saludable (Garcia et al., 2024).

En función de esto se entiende la adicción como una forma desadaptativa de regulación emocional donde el individuo recurre a la sustancia no para obtener placer pues lo hace para

evitar el malestar y de esta manera el consumo se convierte en una estrategia de supervivencia psicológica que perpetúa el desequilibrio.

Desde esta perspectiva el mindfulness ofrece una alternativa saludable al enseñar a observar la emoción sin rechazarla o alimentarla y este cambio de enfoque rompe el ciclo de evitación emocional, permitiendo que el sujeto experimente su dolor sin necesidad de anestesiarlo con sustancias.

1.2.2. Estrategias de regulación emocional basadas en mindfulness

El mindfulness fomenta estrategias de regulación emocional que difieren de las técnicas cognitivas tradicionales autores como Garland et al., (2014) proponen que el mindfulness activa un proceso de reappraisal positivo en el cual la persona reinterpreta los eventos estresantes desde una perspectiva de aceptación y aprendizaje.

La atención plena se concibe como la conciencia generada al autorregular intencionalmente la atención en el momento presente, permitiendo al individuo observar sus vivencias internas y externas con una actitud de aceptación, no juicio y sin reactividad automática (Bunjak et al., 2022).

A diferencia de las terapias basadas en el control cognitivo el mindfulness no intenta suprimir la emoción pues busca modificar la relación del individuo con ella y esta distinción resulta esencial en el tratamiento de las adicciones, donde el problema no radica en la emoción por el contrario lo hace en la forma en que se enfrenta, de manera complementaria la autocompasión generada por el mindfulness actúa como un amortiguador emocional pues al reducir la autocrítica, el paciente deja de concebirse como un “fracaso” y empieza a verse como un ser en proceso de recuperación donde este cambio en la autoimagen fortalece la motivación terapéutica.

1.2.3. El mindfulness y la conciencia interoceptiva

La interocepción se define como el conjunto de procesos mediante los cuales el sistema nervioso central percibe, interpreta e integra las señales internas del organismo como la frecuencia cardíaca, la respiración, la digestión y la nocicepción para evaluar el estado fisiológico del cuerpo y mantener la homeostasis (Elsevier, 2024). El sistema de procesamiento sensorial interno resulta fundamental para la autorregulación fisiológica, la construcción de estados afectivos y la experiencia emocional.

Autores como May et al., (2022) evidenciaron que, mientras los trastornos por consumo de sustancias se caracterizan por una interocepción alterada y una respuesta atenuada de la ínsula y la corteza cingulada anterior ante estímulos corporales, las intervenciones de mindfulness incrementan la actividad de estas mismas regiones y fortalecen la conciencia interoceptiva, lo que favorece una respuesta emocional más regulada y podría mejorar los resultados del tratamiento en esta población.

El fortalecimiento de la conciencia interoceptiva representa un avance clínico notable ya que permite que el paciente detecte el malestar en sus primeras manifestaciones y responda con autocuidado en lugar de recurrir al consumo así esta habilidad se traduce en prevención temprana de recaídas. Además, la interocepción consciente devuelve al individuo la sensación de control sobre su cuerpo, aspecto frecuentemente deteriorado por el abuso de sustancias dejando el cuerpo de ser un enemigo que genera ansiedad para convertirse en una fuente de información y equilibrio.

1.2.4. Mindfulness y regulación de la ansiedad

La ansiedad es una de las emociones más frecuentes en los procesos de abstinencia y rehabilitación, además según Spielberger (1983) esta emoción cumple una función adaptativa,

sin embargo, cuando se desregula se convierte en un factor de vulnerabilidad a la recaída. Johannsen et al. (2022), en un metaanálisis de 33 estudios hallaron que las terapias basadas en aceptación y mindfulness reducen significativamente los niveles de ansiedad y depresión, siendo la atención plena, el descentramiento (decentering) y la aceptación los principales mecanismos mediadores de este efecto. Además, la práctica disminuye la rumiación cognitiva, uno de los principales factores del malestar psicológico.

El mindfulness ofrece una estrategia natural y accesible para regular la ansiedad sin recurrir a medicación ya que su eficacia radica en entrenar la mente para permanecer en el presente evitando la proyección hacia el futuro lo que genera preocupación y miedo por otra parte a nivel clínico la reducción de la ansiedad mejora la disposición del paciente para participar activamente en su tratamiento ya que una mente tranquila aprende mejor, se comunica más y se abre al cambio.

1.3 LA ADICCIÓN: FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y NEUROBIOLÓGICOS

1.3.1. Concepto general de adicción

La adicción se define como una problemática compleja que implica la pérdida progresiva del control sobre el consumo y una búsqueda compulsiva de sustancias, motivada por la necesidad de experimentar placer o aliviar estados de malestar psicoemocional (Quimís-Cantos et al., 2024). Asimismo, la exposición prolongada a estas sustancias altera la funcionalidad del sistema de recompensa cerebral, consolidando patrones conductuales donde el individuo recurre al consumo de manera repetitiva para mitigar el sufrimiento interno, lo que deriva en graves repercusiones en la salud física, psicológica y social.

Los aportes de los autores concluyen en una comprensión integral de la adicción como un fenómeno biopsicosocial y desde el punto de vista biológico, las alteraciones dopaminérgicas explican la compulsión mientras que desde la psicología los procesos de aprendizaje y las emociones negativas explican su mantenimiento y con ello esta integración evidencia que la adicción no surge de la falta de voluntad, pues es mucho más complejo como el sistema de refuerzos neuropsicológicos que perpetúan la conducta y debido a esto el tratamiento requiere una intervención que aborde tanto la biología del placer como la mente que lo busca.

Por otra parte, se entiende que el núcleo del problema adictivo radica en la desconexión entre emoción, pensamiento y conducta pues las investigaciones revisadas revelan que la persona adicta pierde la capacidad de observar su experiencia interna y actúa de forma automática frente al malestar y así el craving se convierte en un intento inconsciente de regular emociones dolorosas. Este hallazgo justifica la necesidad de enfoques terapéuticos que fomenten la autoconciencia y la observación del impulso antes de actuar, reentrenando la mente hacia la autorregulación emocional.

1.3.2. Factores neurobiológicos implicados

De acuerdo con la revisión neurobiológica de Semaan y Khan (2023), la adicción es una enfermedad cerebral crónica caracterizada por alteraciones profundas en los circuitos de recompensa, motivación y control ejecutivo. El consumo repetido induce cambios neuroplásticos donde la estimulación masiva de dopamina produce tolerancia y una menor respuesta a los reforzadores naturales impulsando la búsqueda compulsiva de la sustancia. Asimismo, el compromiso de las redes prefrontales altera el procesamiento del valor de los estímulos y debilita la capacidad de autorregulación y toma de decisiones, lo que perpetúa la conducta adictiva a pesar de las consecuencias adversas (Semaan & Khan, 2023).

Por su parte, Koob & Moal (2008) explican que las adicciones también afectan el eje hipotálamo hipófisis adrenal, incrementando el estrés y la ansiedad durante la abstinencia. Por el contrario, la práctica de mindfulness provoca cambios opuestos: aumenta el grosor de la corteza en la corteza prefrontal, mejorando las funciones ejecutivas y la regulación emocional (Ordóñez & Molina, 2023) y reduce la reactividad de la amígdala, favoreciendo un mayor control emocional (Ganesan et al., 2025).

La evidencia científica muestra una correspondencia entre los sistemas alterados por la adicción y los modulados por la meditación ya que mientras la adicción deteriora la corteza prefrontal y el sistema de recompensa, el mindfulness estimula esas mismas estructuras mejorando el control inhibitorio y la regulación emocional, este hallazgo sugiere que la práctica meditativa puede actuar como un proceso de rehabilitación cerebral complementario.

La comparación entre ambos fenómenos (adicción y meditación) revela un punto de convergencia: la neuroplasticidad, entonces si el cerebro se adapta a la repetición del consumo, también puede readaptarse a la práctica de la atención plena y por lo tanto la adicción puede entenderse no sólo como una enfermedad del placer sino como un aprendizaje desviado que puede corregirse mediante la práctica consciente y a su vez esto implica que el mindfulness podría insertarse en la rutina terapéutica como una forma de “gimnasia mental” destinada a fortalecer el control atencional y disminuir la reactividad emocional.

1.3.3. Factores psicológicos de la adicción

De la misma manera las recaídas constituyen un componente esperado en la evolución del trastorno por uso de sustancias debido a la sensibilización de los circuitos de estrés y memoria condicionada; por ello, la intervención debe enfocarse en reentrenar las respuestas de

afrontamiento y restaurar el control ejecutivo frente a los estímulos de consumo (Semaan & Khan, 2023).

Se entiende así que la adicción se sostiene por un desequilibrio entre cognición y emoción donde las creencias disfuncionales mantienen el consumo y la incapacidad para manejar emociones negativas refuerza la dependencia y en este marco, el mindfulness aporta una herramienta clínica relevante: la observación consciente del pensamiento como fenómeno transitorio, sin identificación ni reacción automática.

1.3.4. El ciclo del craving y la recaída

El craving es el deseo intenso y compulsivo de consumir desencadenado por la exposición a recuerdos, estados emocionales o estímulos ambientales condicionados (Semaan & Khan, 2023). Desde la perspectiva neurobiológica este fenómeno se intensifica ante situaciones de estrés debido a la reactivación de la amígdala y las estructuras del sistema límbico, las cuales sobrepasan el control inhibitorio de la corteza prefrontal.

Las recaídas son comprendidas como una manifestación de estas neuroadaptaciones duraderas en los circuitos de recompensa y memoria asociativa, constituyendo un componente esperado dentro del proceso terapéutico y no un fracaso del tratamiento (Semaan & Khan, 2023).

Bowen et al., (2009) introducen el modelo Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), en el cual los pacientes aprenden a observar el craving sin reaccionar impulsivamente. Garland et al., (2014) hallaron que el mindfulness reduce la duración del deseo y su poder motivacional.

Los autores concuerdan en que el craving no puede eliminarse, pero sí transformarse en una experiencia consciente y mientras la psicología tradicional busca suprimirlo, el mindfulness enseña a observarlo sin actuar de tal modo que esta diferencia metodológica implica un cambio de paradigma: de la evitación al reconocimiento, además la aceptación consciente debilita la cadena estímulo–reacción, aumentando la capacidad de autorregulación.

1.4 FACTORES PSICOLÓGICOS EN LA ADICCIÓN

1.4.1. Estrés, trauma y vulnerabilidad emocional

Diversos estudios demuestran la relación directa entre experiencias traumáticas tempranas y la aparición de adicciones en este sentido Koob & Moal (2008) explican que el estrés crónico activa el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, generando un estado de hipervigilancia que incrementa la vulnerabilidad a la dependencia.

Por otro lado, Shapiro & Carlson (2009) sostienen que el mindfulness puede disminuir los efectos del trauma al reducir la reactividad fisiológica y promover la integración emocional de la experiencia. Kabat-Zinn (1990) resalta que la atención plena no busca eliminar el sufrimiento, pues busca cambiar la relación del individuo, permitiendo aceptar la experiencia sin identificarse con el dolor.

La adicción puede entenderse como una respuesta adaptativa al trauma no resuelto pues las sustancias funcionan como mecanismos de regulación emocional frente al estrés y la memoria dolorosa, por lo tanto, la intervención terapéutica debe atender tanto la dependencia física como las heridas emocionales que la sostienen de este modo el mindfulness actúa como una herramienta reparadora porque promueve la autoobservación y la autocompasión, elementos clave para la recuperación postraumática y al enfocar la atención en el presente, el

individuo aprende a separar la experiencia actual del pasado traumático, reduciendo los disparadores emocionales del consumo.

1.4.2. Mecanismos de defensa y evasión emocional

Desde el mindfulness, Bishop et al., (2004) proponen el siguiente abordaje: en lugar de evitar la experiencia, se la observa con aceptación. Esta práctica disuelve los mecanismos de defensa al permitir que el individuo experimente sus emociones sin miedo ni juicio.

La psicología clásica interpreta la defensa como un mecanismo de supervivencia, mientras que el mindfulness propone su disolución mediante la conciencia y esta diferencia metodológica implica un cambio profundo: pasar de la represión a la comprensión, además al observar los mecanismos mentales sin resistencia, el paciente puede reconocer su origen y transformarlos ya que deja de justificar o negar y comienza a responsabilizarse de su experiencia interna.

1.4.3. Estilos de afrontamiento y regulación afectiva

Autores como Lazarus y Folkman (1984) clasificaron los estilos de afrontamiento en dos tipos: centrados en el problema y centrados en la emoción. Las personas con adicciones tienden a emplear estrategias de evitación emocional, como la negación o el escape (Carver et al., 1989). Autores como Garland et al., (2014) encontraron que la práctica del mindfulness promueve un afrontamiento adaptativo basado en la aceptación y la reestructuración cognitiva. El paciente aprende a tolerar el malestar sin necesidad de escapar de él, desarrollando resiliencia emocional.

El afrontamiento es el punto de convergencia entre la psicología del estrés y la terapia contemplativa pues mientras las estrategias evitativas perpetúan la adicción, el afrontamiento

consciente la debilita y con ello el mindfulness redefine la manera de enfrentar las dificultades: no busca controlar la emoción lo que busca es permitir su paso reduciendo la tensión interna y aumenta la flexibilidad psicológica.

1.4.4. Impacto de la comorbilidad: ansiedad, depresión e impulsividad

La comorbilidad entre adicciones y trastornos emocionales es alta. Volkow et al. (2016) indican que más del 60 % de los pacientes con adicción presentan síntomas de ansiedad o depresión. Kabat-Zinn (1990) y Shapiro & Carlson (2009) demostraron que el mindfulness reduce significativamente los niveles de ansiedad y depresión al fortalecer la regulación emocional y la autoconciencia.

La comorbilidad emocional actúa como motor y consecuencia de la adicción sin abordar la ansiedad y la impulsividad la rehabilitación resulta incompleta, el mindfulness ofrece una herramienta transversal: regula la ansiedad, mejora la atención y reduce la impulsividad así, no solo actúa sobre el síntoma, sino sobre los procesos mentales subyacentes.

1.5 LA REHABILITACIÓN INTEGRAL DE LAS ADICCIONES

1.5.1. Etapas del proceso de rehabilitación

La rehabilitación de las adicciones es un proceso progresivo que busca restablecer el equilibrio físico, psicológico y social del individuo. Según el National Institute on Drug Abuse (2020), el tratamiento efectivo comprende tres fases: desintoxicación, intervención terapéutica y reinserción social.

Desde la psicología clínica, Marlatt & Donovan (2005) proponen que la rehabilitación debe entenderse como un proceso de aprendizaje continuo, donde las recaídas forman parte del cambio y no deben interpretarse como fracasos. Bowen et al., (2009) complementan que la

práctica del mindfulness durante la rehabilitación permite sostener la motivación, reducir la impulsividad y promover la autoobservación.

Los autores coinciden en que la rehabilitación no es un evento lineal ya que puede entenderse como un proceso dinámico y prolongado que requiere acompañamiento integral pues el éxito terapéutico depende tanto de la desintoxicación biológica como de la transformación de las pautas mentales y emocionales que sustentan el consumo, entonces en este sentido, las recaídas no deben ser castigadas al contrario deben ser comprendidas como oportunidades de aprendizaje sobre los propios desencadenantes.

Por su parte el mindfulness aporta un valor añadido a este modelo progresivo al centrarse en el desarrollo de la conciencia en cada fase del tratamiento, pues durante la desintoxicación ayuda a disminuir la ansiedad y el malestar físico; en la intervención psicológica fortalece la autocomprensión; y en la reinserción social promueve la estabilidad emocional y la toma de decisiones conscientes, finalmente su enfoque integrador complementa los tratamientos tradicionales con una herramienta de autorregulación emocional accesible.

1.5.2. Importancia del componente emocional en la rehabilitación

Autores como Gross (2014) define la regulación emocional como la capacidad de influir en qué emociones se tienen, cuándo se experimentan y cómo se expresan, adicionalmente Garland et al., (2014) encontraron que el mindfulness mejora la regulación emocional al incrementar la actividad prefrontal y disminuir la reactividad de la amígdala. Shapiro & Carlson (2009) sostienen que la meditación favorece la aceptación de la emoción en lugar de la evitación, lo que disminuye la ansiedad y el impulso de consumo.

La evidencia empírica demuestra que la regulación emocional es el punto de inflexión en la rehabilitación pues sin una adecuada gestión del malestar cualquier técnica conductual

resulta insuficiente por ello el control emocional constituye la base para la estabilidad psicológica y la prevención de recaídas y el mindfulness potencia este proceso al ofrecer una vía práctica para reconocer, aceptar y liberar las emociones sin reprimirlas ya que a diferencia de las terapias basadas en el control, enseña la aceptación consciente del malestar, transformando la relación del paciente con su sufrimiento.

1.5.3. Estrategias psicoterapéuticas integradoras

Las estrategias integradoras combinan distintas corrientes terapéuticas para atender las múltiples dimensiones de la adicción. Bowen et al., (2009) demuestran que el programa Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) reduce significativamente las tasas de recaída y mejora el control emocional. Kabat-Zinn (1990) también subraya que la integración del mindfulness con la psicoterapia occidental crea una “tercera vía” entre la ciencia y la introspección.

El enfoque integrador parte del reconocimiento de la complejidad humana entendiendo que la adicción no puede abordarse con una sola herramienta pues se requiere un entramado terapéutico que combine ciencia, emoción y conciencia, por su parte el mindfulness actúa como puente entre los diferentes modelos: aporta conciencia al conductual, profundidad emocional al cognitivo y equilibrio al humanista.

1.6 EVIDENCIAS EMPÍRICAS DEL MINDFULNESS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES

1.6.1. Estudios internacionales sobre mindfulness y adicción

La eficacia del mindfulness en el tratamiento de las adicciones ha sido ampliamente documentada a nivel internacional. Demina et al., (2023) en un metaanálisis que incluyó 17

ensayos clínicos aleatorizados con 1.228 participantes concluyeron que las intervenciones basadas en mindfulness reducen significativamente el craving en personas con trastornos por consumo de sustancias y con adicciones comportamentales. Bowen et al., (2009) confirmaron estos hallazgos al demostrar que el programa Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) disminuye la probabilidad de recaída y mejora la autoconciencia emocional en comparación con los tratamientos convencionales.

Por su parte, Witkiewitz et al., (2013) observaron que los participantes que completaron programas de mindfulness mantuvieron periodos más largos de abstinencia y presentaron menor impulsividad. Creswell (2017) añadió que la práctica regular de atención plena induce cambios neurobiológicos en las áreas cerebrales relacionadas con la autorregulación, como la corteza prefrontal y la ínsula, lo que refuerza la estabilidad emocional y la resiliencia ante el estrés.

Estas investigaciones reflejan una tendencia global hacia la validación científica del mindfulness como terapia complementaria para las adicciones ya que su impacto no se limita a la reducción de síntomas, promoviendo también transformaciones cognitivas y emocionales sostenibles y al comparar los tratamientos convencionales con los basados en mindfulness, se evidencia que los segundos logran un equilibrio más profundo entre la mente, el cuerpo y la conducta.

A nivel metodológico, estos estudios marcan un cambio en la comprensión del tratamiento: la recuperación no depende únicamente de la abstinencia, también depende de la restauración del equilibrio interno, por otra parte, los efectos neurobiológicos y psicológicos observados corroboran que el mindfulness reconfigura la relación del paciente con su sufrimiento, transformando el impulso compulsivo en conciencia reflexiva.

1.6.2. Investigaciones latinoamericanas sobre mindfulness en adicciones

En América Latina, el estudio del mindfulness ha cobrado fuerza en la última década; en Ecuador, Pérez y Ramírez (2022) evaluaron la efectividad de un programa de entrenamiento en mindfulness para la reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes adultos en tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas, evidenciando disminuciones significativas en las escalas de evaluación tras la intervención.

Se demuestra la adaptabilidad cultural del mindfulness debido a su lenguaje simple, accesible y no dogmático convirtiéndolo en una herramienta útil incluso en entornos terapéuticos con recursos limitados. Además, su eficacia en distintas poblaciones confirma su aplicabilidad transcultural de la misma manera los resultados regionales refuerzan la necesidad de integrar el mindfulness en los programas públicos de salud mental, pues más allá de ser una técnica de relajación, constituye una estrategia psicoeducativa que fomenta la autoconciencia, la responsabilidad y la autorregulación, pilares esenciales para la recuperación sostenida.

1.6.3. Limitaciones y desafíos en la investigación del mindfulness

Pese a sus múltiples beneficios los estudios sobre mindfulness presentan limitaciones. Goyal et al., (2014) advierten que algunos ensayos carecen de control de variables, presentan tamaños muestrales pequeños o dependen de la autopercepción de los participantes. Davidson & Kaszniak (2015) también señalan la necesidad de definir con precisión qué constituye “mindfulness”, ya que existe una gran diversidad de métodos y duraciones. Baer (2004) y Creswell (2017) coinciden en que el desafío futuro radica en estandarizar los programas y adaptar los protocolos a las características culturales y cognitivas de cada población.

Estas limitaciones no invalidan los resultados, pero subrayan la importancia de continuar investigando con mayor rigor metodológico pues la variabilidad entre programas y

contextos requiere modelos de aplicación ajustados a las realidades locales y en este sentido los centros de tratamiento deben asumir un rol activo en la producción de evidencia y evaluar sistemáticamente los resultados del mindfulness permitirá construir una base de datos sólida que respalde su efectividad en diferentes escenarios terapéuticos.

CAPÍTULO II

2. MARCO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Investigación

El presente estudio se clasifica como un diseño mixto anidado o incrustado de carácter concurrente con dominio cuantitativo y componente cualitativo subordinado. En este tipo de diseño la fase cuantitativa sustentada en el diseño experimental pretest-posttest y en la aplicación de los instrumentos DERS, FFMQ y BAI constituye el componente principal orientado a comprobar la eficacia de la intervención, mientras que la fase cualitativa integrada por la observación clínica estructurada y los registros de seguimiento terapéutico se recolecta de manera simultánea durante las mismas seis semanas de intervención con un rol complementario: contextualizar, profundizar y otorgar significado clínico a los cambios numéricos identificados.

La integración de ambos componentes se produjo en la fase de interpretación de los resultados mediante un procedimiento de conexión y fusión de los hallazgos; es decir, los datos cualitativos no se analizaron de forma aislada, pues se contrastaron directamente con los resultados cuantitativos obtenidos en cada objetivo específico, permitiendo una triangulación metodológica que fortalece la validez y la comprensión integral del fenómeno estudiado.

De manera específica, este estudio se enmarca dentro de los diseños mixtos anidados o incrustados concurrentes con dominancia cuantitativa en el cual el componente cualitativo obtenido a través de la guía de observación estructurada y los registros de seguimiento terapéutico se recolectó de manera paralela al componente cuantitativo, cumpliendo una función complementaria de apoyo interpretativo y no de comprobación de hipótesis independiente así, la fusión de ambas fuentes de información se realizó en la etapa de análisis

e interpretación contrastando los patrones conductuales observados con las variaciones registradas en los puntajes de los instrumentos psicométricos aplicados

2.2 Tipo de Estudio

El presente estudio fue de tipo experimental ya que implicó la aplicación deliberada y controlada de una intervención basada en la meditación mindfulness con el objetivo de observar los cambios producidos en personas con adicciones durante su proceso de rehabilitación por ende en el presente diseño tuvo como variable independiente (práctica de mindfulness) y se evaluó sus efectos sobre variables dependientes previamente definidas lo que permitió establecer relaciones de causalidad y determinar la eficacia de la intervención.

Este enfoque experimental fue pertinente porque el propósito del estudio no fue solo describir un fenómeno pues buscó comprobar si la incorporación del mindfulness generaba modificaciones significativas en la regulación emocional y en la conducta adictiva comparando el estado de los participantes antes y después de la intervención bajo condiciones sistemáticas y estructuradas para este modo tener un mayor control metodológico y fortalece la validez interna de los resultados.

2.3 Sujetos, Población y Muestra

La presente investigación fue desarrollada en el Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones CETAD CENTRADRO institución dedicada a la atención integral de personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas además el centro forma parte de la red de atención en salud mental y adicciones ofreciendo programas de rehabilitación que integran intervención psicológica, médica y psicosocial orientados a la recuperación física, emocional y social de los usuarios y al acompañamiento de sus familias.

El CETAD CENTRADRO se encuentra ubicado en la ciudadela Pradera Primera Etapa, Mz. 2, en la ciudad de Manta, provincia de Manabí, Ecuador y cuenta con una estructura organizacional conformada por un equipo multidisciplinario integrado por profesionales en psicología, enfermería, trabajo social, psiquiatría y nutrición. Desde el enfoque terapéutico la institución trabaja principalmente con la Terapia Cognitivo-Conductual, ofreciendo atenciones individuales, grupales y familiares lo que resulta coherente con la incorporación de estrategias complementarias como la meditación mindfulness.

La elección de este contexto se justificó porque constituyó un espacio clínico real en el cual los participantes se encontraron en un proceso activo de rehabilitación lo que permitió observar de manera directa los efectos de la meditación mindfulness como estrategia complementaria al tratamiento tradicional fortaleciendo la validez ecológica del estudio.

La población del estudio estuvo conformada por personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias mismo que se encontraban en tratamiento dentro del CETAD CENTRADRO así a partir de esta población se seleccionó una muestra integrada por los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión establecidos y que aceptaron voluntariamente formar parte de la investigación, el tamaño de la muestra estuvo determinado por la disponibilidad de participantes y las condiciones institucionales asegurando que sea suficiente para la aplicación del diseño experimental pretest–posttest.

Criterios de inclusión

- Personas con diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias en proceso de rehabilitación.
- Participantes con edad de 18 años en adelante.
- Personas de sexo masculino y sin distinción de grupo étnico.

- Participantes que se encuentren clínicamente estables y en condiciones de seguir instrucciones.
- Personas que acepten participar de manera voluntaria y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Participantes en estado de abstinencia aguda o con descompensación clínica durante el período de intervención.
- Personas que no completen las sesiones del programa de mindfulness o abandonen el tratamiento.

2.4 Definición conceptual y operacional de las variables

La presente investigación requirió la selección rigurosa de métodos, técnicas e instrumentos que permitieran evaluar de manera objetiva los efectos de la meditación mindfulness como estrategia complementaria en el proceso de rehabilitación de personas con consumo problemático de sustancias, así pues la elección de cada recurso metodológico se realizó considerando la naturaleza experimental del estudio, el enfoque mixto de la investigación y la necesidad de obtener información válida, confiable y contextualizada al ámbito clínico.

Tabla 2 Definición de variables

Variable	Clasificación	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos
Meditación Mindfulness	Independiente	El mindfulness es la capacidad de prestar atención de manera intencional al momento presente sin juzgar la experiencia interna o externa (Kabat-Zinn, 1990). En el ámbito clínico, constituye una estrategia terapéutica que favorece la autorregulación emocional y la disminución de la reactividad automática.	Se aplicará mediante un programa estructurado de 8 sesiones grupales dentro del CETAD CENTRADRO, incluyendo ejercicios de respiración consciente, escaneo corporal y observación de pensamientos, con registro sistemático de asistencia y participación activa.	-Atención plena -Observación consciente -No reactividad -Aceptación	-Capacidad de concentración sostenida -Observación de pensamientos sin juicio -Disminución de reactividad emocional -Mayor autocontrol conductual	-Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ, versión en español)

Regulación emocional	Dependiente	La regulación emocional es un conjunto de procesos psicológicos conscientes e inconscientes a través de los cuales las personas son capaces de modular y manejar sus emociones logrando responder de manera adecuada saludable (Garcia et al., 2024). En personas con consumo problemático, su déficit se relaciona con impulsividad y recaídas.	Se medirá mediante la comparación de puntajes obtenidos en pretest y postest a través de escalas psicométricas aplicadas antes y después de la intervención.	Conciencia emocional -Control de impulsos -Estrategias regulatorias	-Identificación adecuada de emociones -Capacidad para inhibir conductas impulsivas -Tolerancia al malestar emocional	-Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS, versión en español)
Regulación emocional: Ansiedad	Dependiente	La ansiedad es un estado emocional caracterizado por tensión, activación fisiológica y pensamientos anticipatorios de amenaza En procesos de rehabilitación puede actuar como factor de riesgo de recaída.	Se evaluará mediante la aplicación del Inventario de Ansiedad de Beck antes y después del programa de mindfulness, comparando niveles de sintomatología ansiosa.	-Síntomas cognitivos -Síntomas fisiológicos	-Preocupación excesiva -Sensación de nerviosismo -Taquicardia -Sudoración	-Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, versión en español)



2.5 Descripción de métodos, técnicas e instrumentos.

1. Métodos

- Método mixto

El estudio se desarrolló bajo un enfoque mixto integrando procedimientos cuantitativos y cualitativos con el propósito de lograr una comprensión más amplia del fenómeno investigado, el método cuantitativo permitió medir de manera objetiva los cambios producidos por la intervención mediante instrumentos psicométricos estandarizados facilitando el análisis estadístico de los resultados y la verificación de la hipótesis planteada.

- Diseño experimental

Se empleó el diseño experimental debido a que la presente investigación tuvo como propósito determinar la existencia de cambios psicológicos atribuibles a la aplicación de un programa estructurado de meditación mindfulness permitiendo así intervenir directamente sobre la variable independiente “la práctica meditativa” y observar sus efectos en variables dependientes como la regulación emocional, la ansiedad, el nivel de atención plena y el riesgo asociado al consumo de sustancias.

Para ello se utilizó un diseño pretest–posttest, mediante el cual se evaluó a los participantes antes de iniciar la intervención y posteriormente al finalizar el programa facilitando la comparación de resultados además de permitir identificar variaciones asociadas al tratamiento.

La elección del método experimental responde a la necesidad de superar estudios meramente descriptivos y avanzar hacia la comprobación empírica del impacto terapéutico del mindfulness dentro de un contexto real de rehabilitación fortaleciendo así la validez interna del estudio, el método resulta particularmente pertinente en el campo de la psicología donde la implementación de intervenciones controladas permite valorar la efectividad de nuevas estrategias complementarias orientadas a mejorar el bienestar psicológico y prevenir recaídas.



2. Técnicas

- Evaluación psicométrica

La técnica principal utilizada fue la evaluación psicométrica, seleccionada por su capacidad para proporcionar mediciones objetivas, estandarizadas y comparables de las variables psicológicas analizadas, así su aplicación permitió identificar el estado inicial de los participantes y medir posteriormente los efectos de la intervención, garantizando mayor precisión en la interpretación de los resultados. Esta técnica resulta indispensable en investigaciones experimentales ya que facilita la cuantificación del cambio y contribuye a la comprobación empírica de la eficacia de la intervención.

- Observación clínica estructurada

Se empleó la observación clínica estructurada como técnica complementaria con el objetivo de registrar de manera sistemática conductas relevantes durante el desarrollo del programa de mindfulness. Entre los aspectos observados se incluyeron el nivel de participación, la disposición hacia la práctica, la capacidad de concentración, la tolerancia al malestar emocional y el control de impulsos permitiendo contextualizar los resultados psicométricos y detectar cambios conductuales que no siempre son captados por los instrumentos cuantitativos, enriqueciendo así el análisis desde una perspectiva integral.

- Registro de seguimiento terapéutico

Se implementó un registro de seguimiento para documentar el progreso de los participantes a lo largo de la intervención identificando avances, resistencias, dificultades en la práctica meditativa y posibles factores que influyeran en la adherencia al programa, además facilitó la triangulación de la información al contrastar los datos obtenidos mediante las pruebas psicométricas con la evolución observada en el contexto terapéutico, aumentando la credibilidad de los hallazgos.

3. Instrumentos



La selección de los instrumentos respondió a criterios de pertinencia clínica, disponibilidad en idioma español y uso previo en población hispanohablante lo que favorece su aplicabilidad en el contexto ecuatoriano.

- **Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)**

Este cuestionario fue utilizado para evaluar el nivel de atención plena de los participantes antes y después de la intervención, permitiendo determinar si la práctica sistemática de la meditación generaba cambios en la capacidad de mantener la conciencia en el momento presente, se eligió este instrumento debido a su enfoque multidimensional ya que evalúa habilidades esenciales del mindfulness como la observación consciente, la descripción de experiencias internas, la actuación con atención, la ausencia de juicio y la no reactividad ante los pensamientos y emociones.

Su aplicación resultó fundamental para verificar si la variable independiente fue efectivamente internalizada por los participantes constituyéndose en un indicador directo de la efectividad del programa.

- **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) – versión en español**

El DERS se aplicó con la finalidad de evaluar las dificultades en la regulación emocional considerada como la variable psicológica central del estudio, la elección de esta escala se justifica en su capacidad para identificar problemas relacionados con el control de impulsos, la claridad emocional, la aceptación de las emociones y el acceso a estrategias reguladoras pues estos elementos mantienen una relación directa con el comportamiento adictivo donde la incapacidad para gestionar el malestar suele favorecer el consumo, así su utilización permitió determinar si el mindfulness contribuía al desarrollo de estrategias emocionales más adaptativas.

- **Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)**



Este instrumento se empleó para medir la intensidad de los síntomas de ansiedad variable especialmente relevante en procesos de abstinencia donde el malestar emocional puede incrementar el riesgo de recaída y la decisión de aplicarlo respondió a la necesidad de contar con un indicador clínico que permitiera evaluar si la intervención favorecía la reducción del estrés psicológico y promovía estados de mayor estabilidad emocional.

2.6 Procedimiento

El procedimiento de la presente investigación se estructuró de manera sistemática con el fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos propuestos y la adecuada aplicación del diseño experimental para ello el proceso se organizó en tres etapas: etapa de organización, etapa de ejecución y etapa de análisis de resultados.

1. Etapa de organización

En esta etapa se llevaron a cabo las actividades de planificación y preparación necesarias para la ejecución del estudio en primer lugar, se estableció la coordinación con el CETAD CENTRADRO solicitando la autorización institucional correspondiente para realizar la investigación con los usuarios en proceso de rehabilitación, posteriormente se informó a los participantes sobre los objetivos del estudio, el carácter experimental de la investigación, las actividades a realizar y los aspectos éticos garantizando la confidencialidad de la información y obteniendo el consentimiento informado de manera voluntaria.

Del mismo modo se definió el diseño experimental pretest–posttest estableciendo el cronograma de trabajo, la duración de la intervención y el número de sesiones de meditación mindfulness a desarrollar dentro del tiempo previamente planificado en la presente fase se seleccionaron los instrumentos psicológicos que permitieron evaluar los cambios producidos por la intervención. Los test fueron elegidos por su pertinencia clínica, facilidad de aplicación y adecuación a la población con consumo problemático de sustancias y con el objetivo de medir



variables como la regulación emocional, la ansiedad y el control de impulsos antes y después de la intervención.

La finalidad de aplicar estos instrumentos fue obtener una línea base inicial (pretest) y posteriormente contrastar con los resultados finales (postest) permitiendo identificar variaciones atribuibles a la práctica de mindfulness, durante esta etapa se contó con facilidades como la disposición institucional y la colaboración del personal profesional del centro; sin embargo, se presentaron algunas dificultades relacionadas con la organización de horarios y la adaptación del cronograma a la dinámica terapéutica del CETAD.

2. Etapa de ejecución

La etapa de ejecución consistió en la aplicación directa de los instrumentos y la implementación de la intervención diseñada, inicialmente se administraron los test en su fase pretest, asegurando condiciones adecuadas de comprensión, concentración y privacidad para los participantes.

Posteriormente, se llevó a cabo la intervención basada en la meditación mindfulness desarrollada en sesiones estructuradas y guiadas adaptadas a las características de la población y al contexto institucional. Las sesiones incluyeron ejercicios de atención a la respiración, conciencia corporal y observación de pensamientos y emociones con el propósito de fortalecer la autorregulación emocional y reducir la reactividad impulsiva asociada al consumo.

Durante esta etapa se dio cumplimiento al cronograma establecido registrando la asistencia y participación de los sujetos, una vez finalizado el programa de intervención se procedió a la aplicación de los instrumentos en su fase postest, con el fin de evaluar los cambios producidos tras la práctica sistemática de mindfulness.

El tiempo utilizado para esta etapa correspondió al período previamente planificado y entre las facilidades se destacó la disposición de los participantes y el apoyo del equipo del CETAD; mientras que las principales dificultades estuvieron relacionadas con ausencias



ocasionales de algunos usuarios y la necesidad de reajustar horarios para asegurar la continuidad de las sesiones.

3. Etapa de análisis de resultados

En la etapa final se realizó el análisis de los datos obtenidos empleando el tiempo previsto en el plan de investigación, para el análisis cuantitativo se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas y comparativas permitiendo contrastar los resultados obtenidos en el pretest y el posttest con el fin de identificar cambios significativos en las variables evaluadas.

Este análisis comparativo permitió establecer diferencias entre los resultados iniciales y finales facilitando una interpretación clara de los efectos de la intervención experimental en cuanto al componente cualitativo, se realizó un análisis interpretativo de la información recogida durante el proceso orientado a comprender la experiencia subjetiva de los participantes y su percepción sobre la práctica de mindfulness dentro de su proceso de rehabilitación.

De esta manera, el análisis de resultados no se limitó a la descripción individual de los datos ya que integró un enfoque comparativo y explicativo permitiendo generar conclusiones coherentes y fundamentadas en relación con los objetivos planteados en la investigación.

2.7 Tratamiento de datos

El tratamiento y análisis de los datos se realizó mediante procedimientos de estadística descriptiva e inferencial de acuerdo con el diseño experimental de un solo grupo con mediciones pretest y posttest, los datos obtenidos mediante los instrumentos DERS, FFMQ y BAI fueron codificados y organizados en una base de datos para facilitar la comparación de los resultados obtenidos antes y después de la intervención.

En la fase descriptiva se calcularon frecuencias, porcentajes y medias de los puntajes obtenidos en el pretest y posttest también, se calcularon las variaciones porcentuales entre



ambas mediciones con la finalidad de identificar la dirección y magnitud de los cambios observados después de la intervención.

Para determinar si las diferencias observadas entre las puntuaciones del pretest y posttest fueron estadísticamente significativas se empleó la prueba t de Student para muestras relacionadas, debido a que los mismos participantes fueron evaluados en los dos momentos de medición. Se estableció un nivel de significancia de $\alpha = 0,05$, considerando estadísticamente significativos los resultados cuyo valor de $p < 0,05$.

Adicionalmente, se consideró el tamaño del efecto mediante d de Cohen, con el propósito de valorar la magnitud de las diferencias observadas complementando así la interpretación de la significancia estadística.

El análisis inferencial se realizó sobre los puntajes de los instrumentos y sus respectivas dimensiones o facetas permitiendo identificar cuáles presentaron cambios estadísticamente significativos después de la intervención y cuáles no evidenciaron diferencias significativas.

Para el componente cualitativo, los registros obtenidos mediante la guía de observación estructurada aplicada semanalmente durante las seis semanas de intervención fueron organizados de acuerdo con las categorías de postura y corporalidad, atención y concentración, regulación emocional y conducta verbal. Se realizó un análisis comparativo de la evolución observada durante las sesiones identificando cambios, permanencias y modificaciones limitadas posteriormente, estos resultados fueron contrastados con los hallazgos cuantitativos mediante triangulación.

2.8 Validez de la investigación

La validez de la presente investigación se sustenta en la coherencia entre el diseño metodológico adoptado, los instrumentos utilizados y la forma en que se ejecutó la intervención pues el estudio corresponde a un diseño experimental con enfoque mixto siendo necesario



considerar criterios de validez tanto desde la perspectiva cuantitativa como cualitativa garantizando la rigurosidad científica del proceso.

La validez interna se fortalece mediante la aplicación de un diseño pretest–posttest, el cual permite evaluar cambios en las variables dependientes (regulación emocional y ansiedad) posteriores a la implementación del programa de meditación mindfulness. En este caso, la aplicación sistemática de la intervención, el control del tiempo de ejecución, la uniformidad en las sesiones y el uso de instrumentos estandarizados contribuyen a reducir amenazas como la historia, maduración o variaciones en la administración de pruebas.

El empleo de instrumentos psicométricos validados en población hispanohablante fortalece la precisión de la medición y disminuye el error sistemático aportando consistencia a los resultados cuantitativos obtenidos.

En relación con la validez externa, esta se ve favorecida por el hecho de que la investigación se desarrolló en un contexto clínico real específicamente en el CETAD CENTRADRO, institución dedicada al tratamiento de personas con consumo problemático de sustancias, el estudio no se realizó en condiciones artificiales de laboratorio, pues fue dentro del entorno terapéutico habitual de los participantes lo cual incrementa la pertinencia ecológica de los hallazgos y su posible transferencia a poblaciones similares en programas de rehabilitación.

Desde el componente cualitativo, la veracidad del estudio se refuerza mediante la triangulación metodológica integrando datos cuantitativos provenientes de escalas psicométricas con información cualitativa obtenida a través de registros reflexivos y observación durante las sesiones. Creswell (2017) señala que la triangulación permite contrastar múltiples fuentes de información para aumentar la credibilidad y profundidad interpretativa de los resultados y en este sentido, la convergencia entre la disminución de



puntajes en ansiedad o craving y los relatos subjetivos de mayor autocontrol emocional fortalece la consistencia de los hallazgos.

En conjunto la combinación de diseño experimental, aplicación sistemática de la intervención, uso de instrumentos estandarizados y la triangulación de datos permiten afirmar que la investigación cumple con criterios adecuados de validez interna, externa y credibilidad metodológica, garantizando la veracidad y solidez de los resultados obtenidos.

2.9 Manejo de datos

El manejo de datos en la presente investigación se realizó siguiendo criterios de organización, confidencialidad y rigurosidad metodológica, garantizando la protección de la información obtenida y la adecuada interpretación de los resultados.

Los datos fueron recolectados en dos momentos: antes de la aplicación del programa de meditación mindfulness (pretest) y al finalizar la intervención (postest) y para ello se administraron instrumentos psicométricos estandarizados en formato físico dentro de las instalaciones del CETAD CENTRADRO en un espacio adecuado que garantizó privacidad y condiciones homogéneas para todos los participantes.

- Obtención de los datos

Las pruebas fueron aplicadas de manera individual bajo supervisión directa de la investigadora, asegurando que los participantes comprendieran las instrucciones y respondieran de forma individual y voluntaria además se complementó la información cuantitativa con registros cualitativos derivados de observaciones realizadas durante las sesiones y de los diarios reflexivos elaborados por los participantes como parte del proceso terapéutico adicionalmente se empleó el programa de Excel para llevar el registro de los datos además de validar la información de los instrumentos aplicados.

- Organización y procesamiento de la información



Una vez recolectados los instrumentos, los datos fueron codificados mediante un sistema numérico que permitió preservar el anonimato de los participantes sin registrar nombres propios en las bases de datos pues se empleó códigos asignados individualmente para facilitar el análisis comparativo pretest–postest.

Posteriormente, los resultados fueron ingresados en una base de datos digital utilizando un programa estadístico para el cálculo de frecuencias, medias y comparación de puntajes lo que permitió identificar variaciones en las variables dependientes después de la intervención y en el caso del componente cualitativo, la información fue organizada mediante categorías temáticas relacionadas con regulación emocional, ansiedad y control del craving, con el fin de complementar los hallazgos cuantitativos.

- **Resguardo y confidencialidad**

Los instrumentos físicos fueron almacenados en un archivo personal bajo responsabilidad de la investigadora mientras que la base de datos digital fue protegida mediante contraseña así la información será utilizada exclusivamente con fines académicos y no será difundida de manera individualizada.

- **Entrega de resultados**

Los resultados obtenidos serán presentados únicamente en el documento final de la tesis y en el proceso de sustentación académica correspondiente, no se contempla la entrega formal de informes institucionales a la organización, ni la devolución individual de resultados a los participantes, debido a que el estudio tiene fines estrictamente académicos y de formación profesional.

No obstante, la información podrá ser compartida de manera general y descriptiva en caso de que la institución solicite conocer los hallazgos globales del estudio respetando siempre la confidencialidad y el anonimato de los participantes.



2.10 Consideraciones éticas

El presente estudio se desarrolló en estricto cumplimiento de los principios éticos que rigen la investigación científica en el campo de la psicología fundamentándose en el respeto a la dignidad humana, la autonomía, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Estos principios orientaron todas las fases del proceso investigativo especialmente considerando que la población participante se encuentra en condición de vulnerabilidad al estar en tratamiento por consumo problemático de sustancias.

Para la ejecución de la investigación se contó con la autorización formal del Centro Especializado en Tratamiento de Adicciones CETAD CENTRADRO, institución en la cual se llevó a cabo la intervención permitiendo el acceso a los participantes y la implementación del programa de meditación basada en mindfulness dentro del contexto terapéutico institucional.

La participación de los sujetos fue voluntaria y se garantizó mediante la firma del consentimiento informado documento en el cual se explicaron de manera clara los objetivos del estudio, la naturaleza de la intervención, los procedimientos a realizar, la duración del programa, así como los posibles beneficios y consideraciones asociadas a su participación además se dejó constancia de que los participantes podían retirarse del estudio en cualquier momento sin que esto implique repercusiones en su proceso de rehabilitación.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación fueron analizados desde un enfoque mixto, integrando la información cuantitativa obtenida mediante los instrumentos DERS, FFMQ y BAI con la información cualitativa registrada durante las sesiones de mindfulness mediante la observación clínica estructurada durante seis semanas a 25 participantes.

El componente cualitativo permitió identificar cambios observables en la conducta de los participantes a lo largo de la intervención, particularmente en aspectos relacionados con la postura y corporalidad, atención y concentración, regulación emocional y conducta verbal. Estos registros permitieron complementar y contextualizar los resultados obtenidos mediante las pruebas psicométricas, considerando tanto los cambios favorables como aquellos aspectos que presentaron una evolución limitada.

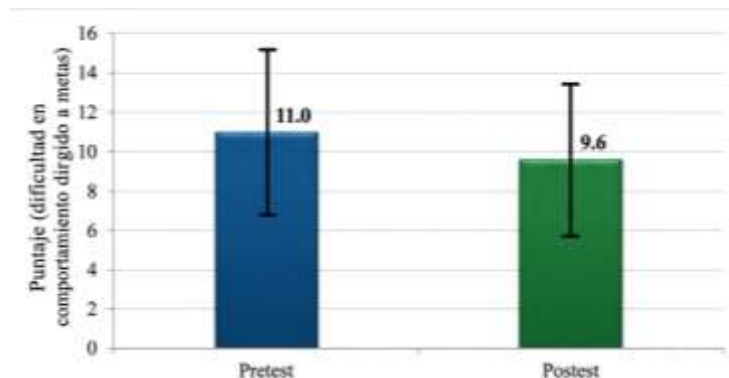
De esta manera, la interpretación de los resultados no se limita a las variaciones de los puntajes pretest y posttest pues incorpora la evolución observada durante el proceso de intervención. Los resultados se organizan según los tres objetivos específicos planteados en la investigación.

Objetivo específico 1.

Para dar respuesta al primer objetivo se analizaron los indicadores conductuales derivados del DERS (Dimensión Funcionamiento) y del FFMQ (Faceta Actuar con Conciencia) lo que a su vez se complementa con una visión general de los tres instrumentos.

Figura 1

Dificultad de comportamiento dirigido a metas en el pretest y postest.



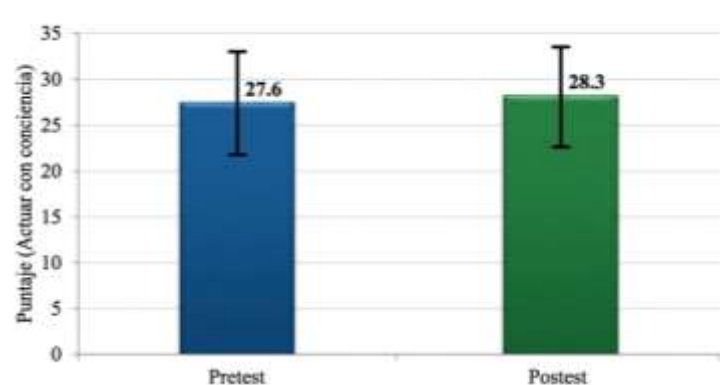
Nota. Los resultados corresponden a la dimensión de Funcionamiento de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS). Autoría propia.

La primer dimensión del DERS misma que trata sobre el Funcionamiento y evalúa la dificultad para mantener el comportamiento dirigido a metas cuando la persona experimenta malestar emocional se registró una disminución de 11.04 a 9.60 puntos (Figura 1) lo cual equivale a una reducción del 13.0%, la más mencionada de las cinco dimensiones del instrumento ($p = 0.003$; d de Cohen = 0.66, efecto moderado-alto), indicando que posterior a la meditación los participantes mostraron una menor dificultad para orientar su conducta hacia objetivos concretos e incluso con la presencia de emociones difíciles siendo este un cambio conductual directamente observable durante el proceso de rehabilitación.

En el contexto que se realizó la investigación es necesario tener presente que los participantes al tener problemas de consumo se les dificulta sostener su comportamiento hacia metas y al surgir malestar emocional puede llegarse a dar una recaída, ya que el paciente abandona el tratamiento en el momento que se le presenta una emoción difícil, lo que resulta importante es que esta fue una de las dimensiones con mayor efecto de toda la investigación lo cual sugiere que el mindfulness podría actuar en la conducta de los pacientes y no únicamente en los problemas emocionales.

Figura 2

Comparación de la conducta consciente frente al "piloto automático" en el pretest y postest.



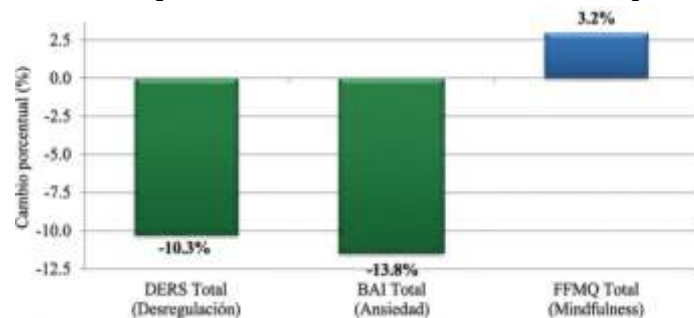
Nota. Los datos representan la faceta Actuar con Conciencia del Cuestionario de Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ). Autoría propia.

De forma congruente la faceta Actuar con Conciencia del FFMQ (Figura 2) misma que mide el grado en la cual la persona realiza sus actividades de forma deliberada en contraposición al denominado piloto automático aumento de 27.56 a 28.28 puntos (+2.6 %), esto refleja un cambio de baja magnitud sin embargo su dirección coincide con la reducción observada en el DERS Funcionamiento lo que refuerza la coherencia de los hallazgos pues a menor desregulación conductual mayor conciencia de la propia acción.

Esto puede interpretarse como un movimiento inicial lo que sugiere que la intervención impactó primero la reducción de la conducta problemática para posteriormente consolidar la habilidad positiva de actuar con plena conciencia lo cual tiene una relación con el tiempo de meditación.

Figura 3

Panorama general del cambio porcentual en los tres instrumentos aplicados.



Nota. Se ilustra la variación porcentual consolidada de los instrumentos DERS, FFMQ y BAI entre las mediciones pretest y postest. Autoría propia.

La panorámica integral (Figura 3) refleja el efecto combinado de las intervenciones ilustrando un patrón de cambios simultáneos todos en la dirección teóricamente esperada constituyendo la evidencia conductual más clara de lo que la práctica de meditación mindfulness modificó de manera moderada pero consciente en los patrones de comportamiento de los participantes durante el proceso de rehabilitación.

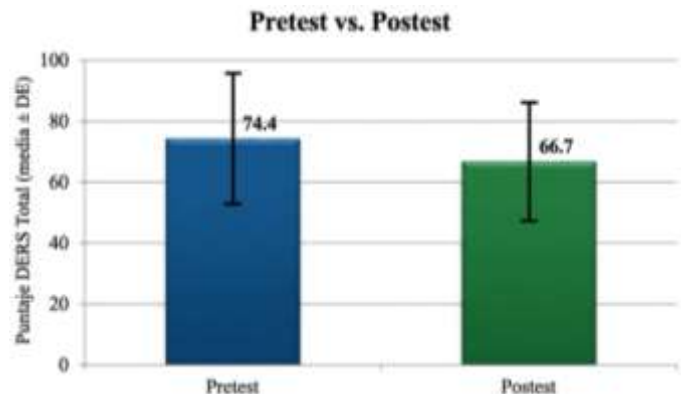
De manera cualitativa mediante la observación realizada durante las sesiones de mindfulness se evidenció una evolución favorable en el comportamiento de los participantes: al inicio se observaron dificultades para mantener la concentración, inquietud motora, tensión corporal y participación limitada; mientras que al finalizar la intervención se observó mayor estabilidad, mejor disposición para seguir las instrucciones, menor inquietud y una participación más consistente. Sin embargo, la atención y concentración mostraron cambios más limitados lo que coincide con los resultados obtenidos en la dimensión Atención del DERS.

Objetivo específico 2

El segundo objetivo se abordó mediante la combinación de los resultados del DERS (Autorregulación Emocional) y el FFMQ (Mindfulness como indicador de bienestar psicológico).

Figura 4

Resultados totales de la escala DERS de autorregulación emocional.

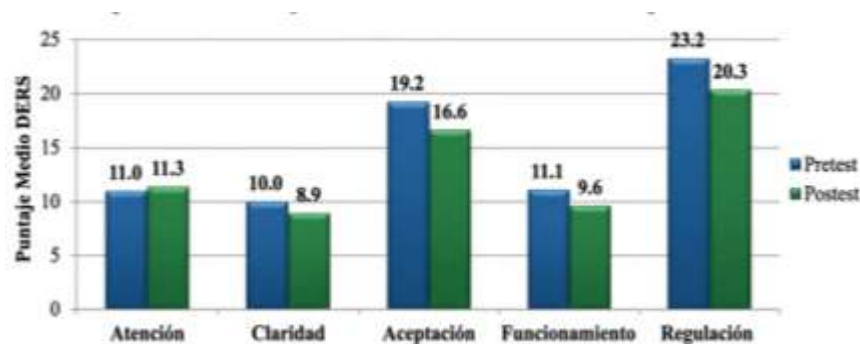


Nota: La figura muestra las cifras de los resultados del test DERS Total (autorregulación emocional), Pretest vs. Posttest. Autoría: Propia.

El DERS total mostró una disminución de 74.36 a 66.72 puntos (Figura 4) una reducción del 10.3% estadísticamente significativa ($t = 2.80$; $p = 0.0098$; $d = 0.56$) evidenciando que el 76% de los participantes mostró mejoría.

Figura 5

Comparación de las cinco dimensiones de la escala DERS.



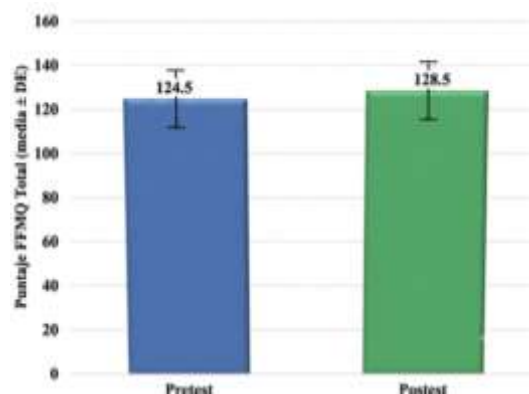
Nota. Comparativa de los cambios en las dimensiones de la escala DERS (Aceptación, Funcionamiento, Regulación, Atención y Claridad) entre pretest y posttest. Autoría propia.

Al analizar individualmente cada dimensión (Figura 5) las mayores reducciones se observaron en la Aceptación (-13.5%), Funcionamiento (-13.0%) y Regulación (-12.3%) todo esto estadísticamente significativo ($p < 0.05$), se debe mencionar que únicamente la dimensión Atención no mostró cambios relevantes (+2.5%; $p=0.518$), aun cuando la intervención impactó

de forma marcada en la capacidad de aceptar y regular la respuesta emocional mismas que son consideradas el núcleo de la autorregulación sin embargo no modificó la capacidad atencional hacia las propias emociones lo que nos sugiere que no todas las dimensiones respondieron de la misma manera o al mismo ritmo cada una fue diferente.

Figura 6

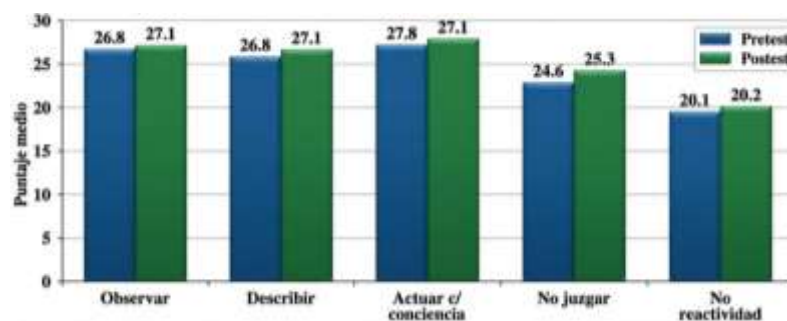
Resultados totales del cuestionario FFMQ de bienestar y mindfulness.



Nota. Puntajes totales obtenidos en el Cuestionario de Mindfulness de Cinco Facetas (FFMQ). Autoría propia.

Figura 7

Comparación de las cinco facetas del FFMQ.



Nota. Análisis comparativo de las facetas del FFMQ entre el pretest y el posttest. Autoría propia.

El FFMQ total evidenció un aumento de 124.48 a 128.48 puntos (Figuras 6 y 7) +3.2% con las cinco facetas mostrando incrementos conscientes y aun cuando el cambio porcentual es coherente con el carácter y tiempo de la intervención resulta relevante que 19 de 25 participantes mostraron incremento en su nivel de mindfulness en la misma proporción de

mejora observada en el DERS.

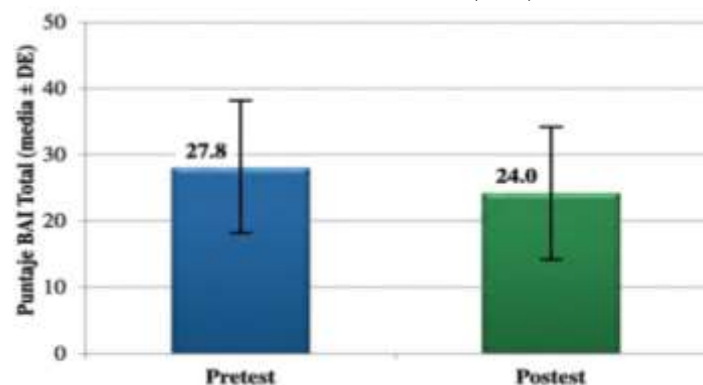
Desde el componente cualitativo los registros de observación evidenciaron cambios favorables en la regulación emocional de los participantes manifestados principalmente en una mayor relajación, disminución de la frustración ante las dificultades de la práctica y mayor expresión de calma al finalizar los ejercicios. Estos cambios son coherentes con la disminución observada en las dificultades de regulación emocional mediante el DERS y permiten complementar los resultados cuantitativos con cambios conductuales observables durante las sesiones.

Objetivo específico 3

Para dar respuesta al tercer objetivo únicamente se analizó e interpretó el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Figura 8

Resultados totales del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).



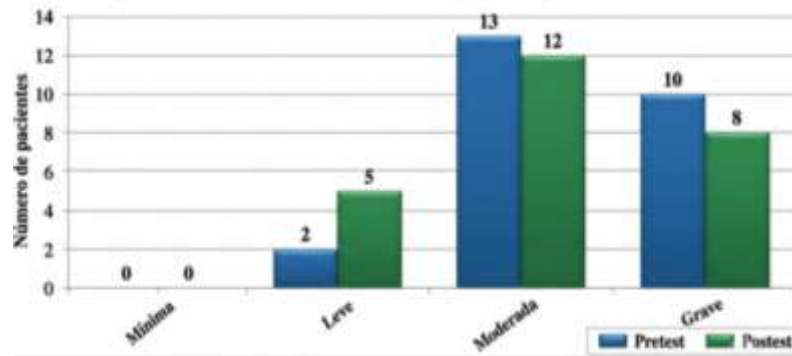
Nota. Comparación de los niveles de sintomatología ansiosa total antes y después de la intervención. Autoría propia.

El puntaje total del BAI mostró una disminución de 27.8 a 23.96 puntos en promedio (Figura 8) lo cual significa una reducción del 13.8% estadísticamente significativa ($t = 4.10$; $p = 0.0004$) en los participantes posterior a la meditación, de los tres instrumentos aplicados el BAI fue el que mostró un mayor nivel de relevancia estadística a la hora de interpretar los

instrumentos, lo que da a entender que la ansiedad responde de manera más consistente a las intervenciones de mindfulness.

Figura 9

Distribución de los niveles de ansiedad según el Inventario de Beck.



Nota. Clasificación de los participantes según las categorías clínicas (Mínima, Leve, Moderada y Grave) del BAI en el pretest y postest. Autoría propia.

Al analizar la información se observa el nivel clínico de ansiedad (Figura 9) que antes de la intervención 10 de 25 participantes se encontraban en un nivel “Grave” y solo 2 en el nivel “Leve”, posterior a la intervención los participantes en el nivel “Grave” se redujeron a 8 y los del nivel “Leve” aumentaron a 5, lo cual da a entender que 5 de los 25 participantes lograron descender de un nivel clínico de ansiedad posterior a las 6 semanas de meditación, cambio que refleja la baja frecuencia en términos absolutos y de relevancia clínica ya que evidencia la mejoría cualitativa en la severidad del cuadro y no únicamente una disminución cuantitativa del puntaje.

Resulta importante señalar que estadísticamente ningún participante alcanzó el nivel “Mínimo” de ansiedad ya que la mayoría de los participantes permanecieron en su mismo nivel clínico sin embargo los puntajes bajaron, así este patrón de mejoría generalizada moderada con una minoría de casos logra un cambio en la categoría clínica y es coherente con lo esperado en intervenciones breves de mindfulness evitando sobreestimar los efectos de la meditación en una población con niveles de ansiedad inicialmente moderados a graves.



En el componente cualitativo se observó una evolución favorable en las manifestaciones asociadas a la ansiedad durante las sesiones evidenciada por una mayor relajación corporal, reducción de la inquietud motora y una expresión de calma más sostenida al finalizar los ejercicios respiratorios y aunque algunos participantes mantuvieron manifestaciones de ansiedad al cierre de la intervención, los registros muestran una mejoría observable que complementa la disminución cuantitativa obtenida en los puntajes del BAI.

Conclusiones

Dando respuesta al objetivo general de la presente investigación los resultados permiten concluir que la meditación mindfulness aplicada durante 6 semanas generó efectos positivos moderados, reales y coherentes entre sí en las tres dimensiones evaluadas mejorando el comportamiento dirigido a metas y la conciencia de la propia acción, además de fortalecer la autorregulación emocional y el bienestar psicológico reduciendo los niveles de ansiedad de los participantes.

Estos efectos demuestran que la meditación mindfulness como una estrategia complementaria efectiva, pero de alcance moderado dentro del proceso de rehabilitación dependiendo así de la respuesta individual de cada participante. En cuanto a los objetivos específicos se concluye lo siguiente:

- Se logró identificar que la práctica de mindfulness produce cambios conductuales moderados y consistentes en los participantes pues en la dimensión Funcionamiento del DERS disminuyó de 11.04 a 9.60 puntos siendo esta la reducción más marcada de toda la investigación, además de forma paralela la faceta Actuar con consciencia del FFMQ aumento de 27.56 a 28.28 puntos. Estos dos resultados fueron obtenidos de dos diferentes instrumentos sin embargo van hacia la misma dirección es decir que los participantes redujeron su comportamiento automático e impulsivo y aumentaron su



capacidad de actuar de forma consciente.

- Se determinó que la práctica de mindfulness incide de manera significativa en la autorregulación emocional de los participantes esto fue determinado al aplicar el DERS mostrando una disminución del 10.3% con el 76% de los participantes, por su parte el bienestar psicológico aumentó 3.2% , al correlacionar toda la información se evidencia que la mejora emocional y el incremento del mindfulness están relacionados en síntesis a mayor práctica de mindfulness, mayor autorregulación emocional y bienestar reportado.
- Se evaluó que el nivel de ansiedad de los participantes disminuyó significativamente tras la intervención esto se sustenta en la aplicación del BAI ya que bajo de 27.8 a 23.96 puntos reduciéndose la categoría “Grave” a “Leve”, sin embargo, el 60% de los participantes se mantuvieron en su mismo nivel, indicando un nivel de mejoría real pero moderado.
- Asimismo, el uso de la ficha de observación permitió contrastar de manera directa el comportamiento de los participantes evidenciándose que, en una fase inicial, mostraban una marcada limitación en el manejo de las dinámicas evaluadas, mientras que posteriormente exhibieron una evolución y un progreso sostenido en su desempeño. Estos hallazgos cualitativos se relacionan con los resultados cuantitativos obtenidos a través de los demás instrumentos aplicados.

Recomendaciones

Extender el periodo de seguimiento más allá de las 6 semanas ya que la dimensión Atención del DERS no mostró cambios ($p = 0.518$) y ningún paciente alcanzó el nivel "Mínima" de ansiedad en el BAI. Es consistente con lo señalado por Schuman-Olivier et al. (2020), quienes indican que los cambios atencionales y los efectos conductuales más estables



del mindfulness suelen consolidarse en periodos de práctica más prolongados que los de una intervención breve. Se recomienda una medición adicional a las 12 o 16 semanas.

Mantener la meditación mindfulness como estrategia complementaria, no sustitutiva dado que los tamaños de efecto encontrados fueron de magnitud moderada (d entre 0.56 y 0.66) y no se observaron remisiones completas (ningún paciente llegó a ansiedad "Mínima"), se recomienda al CETAD CENTRADRO mantener el mindfulness como un componente complementario dentro de un plan de rehabilitación integral, tal como lo plantean Garland y Howard (2018), y no como una intervención autónoma o de primera línea para el tratamiento de la adicción.

Diseñar sesiones específicas orientadas a la dimensión Atención pues al ser la única dimensión del DERS sin mejora se recomienda incorporar ejercicios específicos de entrenamiento atencional de manera más intensiva, en línea con el componente atencional del mindfulness descrito por Schuman-Olivier et al. (2020) como un mecanismo entrenable de forma independiente al de aceptación/regulación.



Bibliografía

- Baer, R. G. (2004). Assessment of Mindfulness by Self-Report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*. doi:<https://doi.org/10.1177/1073191104268029>
- Berking, M., & Wupperman, P. (Marzo de 2012). Emotion regulation and mental health recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2). doi:10.1097/YCO.0b013e3283503669
- Bishop, S. R. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3). doi:<https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Bowen, S., Chawla, N., Collins, S. E., Witkiewitz, K., Hsu, S., Grow, J., . . . Marlatt, A. (2009). Mindfulness-Based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Pilot Efficacy Trial. *Substance Abuse*, 30(4). doi:10.1080/08897070903250084
- Bunjak, A., Černe, M., & Schölly, E. L. (2022). Exploring the past, present, and future of the mindfulness field: A multitechnique bibliometric review. *Frontiers in Psychology*, 13, 792599. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.792599>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2). doi:<https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Creswell, J. D. (2017). Mindfulness Interventions. 68. doi:<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-042716-051139>
- Demina, A., Petit, B., Meille, V., & Trojak, B. (2023). Mindfulness interventions for craving reduction in substance use disorders and behavioral addictions: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Neuroscience*. doi:10.1186/s12868-023-00821-4
- Davidson, R. J., & Kaszniak, A. W. (2015). Conceptual and methodological issues in research on mindfulness and meditation. *American Psychologist*, 70(7). doi:<https://doi.org/10.1037/a0039512>
- Elsevier. (2024). *Interoception*. ScienceDirect Topics. Recuperado el 17 de agosto de 2026, de <https://www.sciencedirect.com/topics/biochemistry-genetics-and-molecular-biology/interoception>
- Garland, E. L., Froeliger, B., & Howard, M. O. (2014). Mindfulness Training Targets Neurocognitive Mechanisms of Addiction at the Attention-Appraisal-Emotion Interface. *Front. Psychiatry*, 4. doi:<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00173>
- Garland, E. L., & Howard, M. O. (2018). Mindfulness-based treatment of addiction: current state of the field and envisioning the next wave of research. *Addiction Science & Clinical Practice*, 13(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13722-018-0115-3>



- Ganesan, S., Yang, W. F., Chowdhury, A., & Sacchet, M. D. (2025). Mindfulness, cognition, and long-term meditators: Toward a science of advanced meditation. *Mindfulness*. doi:10.1007/s12671-025-02671-z
- Garcia, J., Whyte, R., & Hjar, R. (2024). The greatest challenge in contemplative science: tailoring meditative practices. *Frontiers in Psychology*, 15. doi:https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1483342
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. Obtenido de <https://psycnet.apa.org/record/2013-44085-001>
- Gunaratana, B. H. (2011). *MINDFULNESS IN PLAIN ENGLISH*. Wisdom Publications. Obtenido de <https://www.phatan.org/images/file/POf0Z12S1QgQAKNg/mindfulness-in-plain-english-book-preview.pdf>
- Johannsen, M., Nissen, E. R., Lundorff, M., & O'Toole, M. S. (2022). Mediators of acceptance and mindfulness-based therapies for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102156. doi:10.1016/j.cpr.2022.102156
- Hunt, G. E., Siegfried, N., Morley, K., Brooke-Sumner, C., & Cleary, M. (2019). Intervenciones psicosociales para personas con enfermedades mentales graves y abuso de sustancias. *Cochrane Database of Systematic reviews* . doi:https://doi.org/10.1002/14651858.CD001088.pub4
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. Delacorte Press.
- Koob, G. F., & Moal, M. L. (2008). Addiction and the Brain Antireward System. *Annual Review of Psychology* , 59. doi:https://doi.org/10.1146/annurev.psych.59.103006.093548
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- May, A. C., Davis, C., Kirlic, N., & Stewart, J. L. (2022). Mindfulness-Based Interventions for the Treatment of Aberrant Interoceptive Processing in Substance Use Disorders. *Brain Sciences*, 12(2), 279. doi:10.3390/brainsci12020279
- Madhav Goyal, M. M., Sonal Singh, M. M., & Erica M. S. Sibinga, M. M. (2014). Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. doi:doi:10.1001/jamainternmed.2013.13018
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.
- National Institute on Drug Abuse. (2020). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (3rd ed.)*. National Institutes of Health. Obtenido de <https://nida.nih.gov/download/675/principles-drug-addiction-treatment-research->



[based-guide-third-edition.pdf\]\(https://nida.nih.gov/download/675/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition.pdf\)](https://nida.nih.gov/download/675/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition.pdf)

- Ordóñez, A., & Molina, B. (2023). El efecto de la meditación y el mindfulness en la regulación emocional y el estrés percibido. *Revista de Psicología y Salud*.
- Pérez, C. A., & Ramírez, M. E. (2022). *Efectividad del entrenamiento en mindfulness sobre los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con consumo problemático de sustancias psicoactivas* [Tesis de Licenciatura, Universidad Central del Ecuador]. Repositorio Digital UCE. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/27410>
- Quimís-Cantos, Y. Y., Aguayo-Mendoza, N. M., Ponce-Castro, J. N., García-Obamdo, D. G., & Mendoza-Andrade, J. L. (2024). Adicción en adolescentes: Causas, consecuencias y medidas de prevención. *Revista Latinoamericana de Difusión Científica*, 6(11), 126–141.
- Rahula, W. (2009). *What the Buddha taught*. Grove Press.
- Semaan, A., & Khan, M. K. (2023). Neurobiology of Addiction. En *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597351/>
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2013). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression* (2nd ed. ed.). The Guilford Press.
- Schuman-Olivier, Z., Trombka, M., Lovas, D. A., Brewer, J. A., Vago, D. R., Gawande, R., Dunne, J. P., Lazar, S. W., Loucks, E. B., & Fulwiler, C. E. (2020). Mindfulness and behavior change. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(6), 371–394. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000277>
- Shapiro, S. L., & Carlson, L. E. (2009). *The art and science of mindfulness: Integrating mindfulness into psychology and the helping professions*. American Psychological Association.
- Shapiro, S. L., Carlson, L. E., & Astin, J. A. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62(3).
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Consulting Psychologists Press.
- Shapiro, S., & Weisbaum, E. (2020). History of mindfulness and psychology. In *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*. Oxford University Press. doi:<https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190236557.013.678>
- Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*.
- Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, S., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2).



Anexos



Ministerio de Salud Pública
Dirección Nacional de Investigación en Salud



Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud
Dirección Nacional de Investigación en Salud
Ministerio de Salud Pública

ANEXO 7. Carta De Interés Institucional

A QUIEN PUEDA INTERESAR

Por medio de la presente manifiesto que el proyecto titulado: "Caracterización de los efectos de la meditación (mindfulness) como estrategia complementaria en la rehabilitación de personas con adicciones en CETAD CENTRADRO", es de interés institucional por los resultados que se pueden generar de este proyecto para el CETAD CENTRADRO tomando en cuenta que es de interés institucional y social dar atención a problemáticas sociales como el consumo problemático de alcohol y otras drogas implementando nuevas estrategias psicológicas en el tratamiento como lo es la meditación.

Informo también que la participación del CETAD ENTRADRO, es libre y voluntaria; y, que en caso de solicitar datos anonimizados o seudonimizados el proyecto cuenta con la capacidad de entregar los datos de manera anonimizada o seudonimizada según lo establecido en la Ley Orgánica De Protección De Datos Personales.

Además, la investigadora ha manifestado que cuentan con los insumos necesarios para la ejecución del proyecto de Investigación. Por tanto, el CETAD CENTRADRO no contempla algún tipo de financiamiento para el desarrollo de este estudio.

Se aclara que este documento no constituye la autorización, ni la aprobación del proyecto, o del uso de insumos o recursos humanos de la institución. Además, se informa que una vez que la investigación sea aprobada por un Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos autorizado por el Ministerio de Salud Pública, el Investigador principal podrá solicitar los datos de los sujetos de estudio o datos de salud anonimizados o seudonimizado, debiendo adjuntar el protocolo de investigación aprobado y la carta de aprobación emitida por el CEISH-Uleam.

En caso de que el investigador requiera de talento humano o insumos de un establecimiento público sanitario para la ejecución de un proyecto de investigación, debe suscribir un convenio según como lo determine establecimiento público sanitario, en base a lo establecido en el Acuerdo Ministerial No. 00011 -2020, "Reglamento de suscripción y ejecución de convenios del MSP", publicado en Registro oficial - Edición especial No. 590 de 20 de mayo de 2020. Cabe señalar que el proyecto de investigación previo a la suscripción del convenio deberá contar con la aprobación de un CEISH aprobado por MSP.

Manta 26 de marzo del 2026



Ministerio de Salud Pública
Dirección Nacional de Investigación en Salud
WILLIAM EDUAR MEJIA
ZAMBRANO

Dr. C. William MEJIA ZAMBRANO
Director de CETAD CENTRADRO

CENTRADRO
Ps. William Mejia Z.
Reg. ACES 108-2013-777-01
DIRECCIÓN



ANEXO 13. Formato de carta de aprobación definitiva- estudios observacionales/de intervención

Oficio circular No. 0308-CEISH-JMSZ-2026
Manta, 25 de mayo de 2026

Sr/a,

JIMENEZ NUÑEZ RUBI SCARLETH
Investigador principal
Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí

ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN OBSERVACIONAL

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por el (la) Sr (a). **JIMENEZ NUÑEZ RUBI SCARLETH**, que titula "**Caracterización de los efectos de la meditación (mindfulness) como estrategia complementaria en la rehabilitación de personas con adicciones en CETAD CENTRADRO.**" ha ingresado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, con fecha **26 de marzo de 2026**, y cuyo código asignado es **CEISH-Uleam_0540**, luego de haber sido revisado y evaluado, dicho proyecto está **APROBADO** para su ejecución en **Manta, Manabí CETAD CENTRADRO**, al cumplir con todos los requerimientos éticos, metodológicos y jurídicos establecidos por el reglamento vigente para tal efecto.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos del CEISH-Uleam, tanto los requisitos presentados por el investigador, así como también los formularios empleados por el comité para la evaluación del mencionado estudio.

En tal virtud, los documentos aprobados sumillado del CEISH-Uleam que se adjuntan en físico al presente informe son los siguientes:

Nro.	Nombre del documento	Nro. de versión	Nro. de hojas	Fecha de aprobación
1	Anexo 1. Solicitud de evaluación de protocolos de investigación Observacionales y de Intervención	1	1	25/05/2026
2	Anexo 2. Formulario para la presentación del protocolo	2	18	25/05/2026
3	Anexo 3. Consentimiento y/o asentimiento informado	2	2	25/05/2026
4	Anexo 4. Formato de confidencialidad de los investigadores	1	2	25/05/2026
5	Anexo 5. Declaración de tener o no conflicto de interés	1	1	25/05/2026
6	Anexo 6. Hoja de vida de los investigadores	1	1	25/05/2026
7	Anexo 7. Carta de interés institucional	1	1	25/05/2026
8	Anexo 8. Declaración de responsabilidad del investigador principal	1	2	25/05/2026
9	Anexo 9. Instrumentos de recolección de datos	2	6	25/05/2026

Cabe indicar que la información de los requisitos presentados es de responsabilidad exclusiva del investigador, quien asume la veracidad, originalidad y autoría de estos.

Así también se recuerda las obligaciones que el investigador principal y su equipo deben cumplir durante y después de la ejecución del proyecto en **Manta, Manabí CETAD CENTRADRO**:

- Informar al CEISH-Uleam la fecha de inicio y culminación de la investigación.
- Presentar a este comité informes periódicos del avance de ejecución del proyecto, según lo estime el CEISH-Uleam.
- Cumplir todas las actividades que le corresponden como investigador principal, así como las descritas en el protocolo con sus tiempos de ejecución, según el cronograma establecido en dicho proyecto, vigilando y respetando siempre los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos aprobados en el mismo.
- Aplicar el consentimiento informado a todos los participantes, respetando el proceso definido en el protocolo y el formato aprobado.
- Al finalizar la investigación, entregar al CEISH- Uleam el informe final del proyecto.

Atentamente,



Juan Manuel Sierra Zambrano



Od. Juan Sierra Zambrano, Esp.
Presidente CEISH-Uleam



CONSENTIMIENTO INFORMADO

DECLARATORIA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Declaro que he leído de manera completa y comprensible la información contenida en el presente documento de consentimiento informado, correspondiente a la investigación titulada "Caracterización de los efectos de la meditación (mindfulness) como estrategia complementaria en la rehabilitación de personas con adicciones en CETAD CENTRADRO".

Se me ha explicado claramente el propósito del estudio, los procedimientos a realizar, así como los posibles riesgos y beneficios derivados de mi participación, he tenido la oportunidad de formular preguntas, las cuales han sido respondidas de manera satisfactoria, permitiéndome comprender plenamente el alcance de mi participación.

Manifiesto que mi participación en esta investigación es libre y voluntaria, sin haber recibido ningún tipo de presión, incentivo o coacción. Comprendo que tengo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento, sin que ello implique sanción alguna ni afecte mis derechos académicos, personales o de cualquier otra índole.

Asimismo, declaro que al firmar el presente consentimiento informado NO renuncio a ninguno de los derechos que me corresponden por ley, se me ha informado que recibiré una copia de este documento debidamente firmado por las partes, para mi conocimiento y respaldo.

Firma del participante

Firma del investigador



ESCALA DE DIFICULTADES EN LA REGULACIÓN EMOCIONAL (DERS)

INSTRUCCIONES: Por favor, indique con una "X" con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones:

1	2	3	4	5
Casi nunca	Algunas veces	La mitad de las veces	La mayoría de las veces	Casi siempre
1. Percibo con claridad mis sentimientos.			1 2 3 4 5	
2. Presto atención a cómo me siento.			1 2 3 4 5	
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.			1 2 3 4 5	
4. No tengo ni idea de cómo me siento.			1 2 3 4 5	
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.			1 2 3 4 5	
6. Estoy atento a mis sentimientos.			1 2 3 4 5	
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.			1 2 3 4 5	
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.			1 2 3 4 5	
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.			1 2 3 4 5	
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3 4 5	
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.	1	2	3 4 5	
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.	1	2	3 4 5	
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.	1	2	3 4 5	
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.	1	2	3 4 5	
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.	1	2	3 4 5	
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.	1	2	3 4 5	
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.	1	2	3 4 5	
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.	1	2	3 4 5	
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.	1	2	3 4 5	
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así.	1	2	3 4 5	
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.	1	2	3 4 5	
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.	1	2	3 4 5	
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.	1	2	3 4 5	
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.	1	2	3 4 5	
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.	1	2	3 4 5	
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.	1	2	3 4 5	
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.	1	2	3 4 5	
28. Cuando me siento mal, mis emociones se descontrolan.	1	2	3 4 5	
Puntuación Inversa				



CUESTIONARIO MINDFULNESS DE CINCO FACETAS (FFMQ)

Instrucciones: Por favor puntúe cada uno de los siguientes enunciados según la siguiente escala. Escriba el número en el espacio que mejor describa su propia opinión o lo que es verdadero de forma general para usted.

1	2	3	4	5
Nunca o pocas veces verdadero	Raras veces verdadero	A veces verdadero	A menudo verdadero	Muy a menudo o siempre verdadero

___ 1. Mientras camino me doy cuenta de las sensaciones de mi cuerpo al moverse.

___ 2. Soy capaz de encontrar las palabras adecuadas para describir mis sentimientos.

___ 3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.

___ 4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellas.

___ 5. Cuando estoy haciendo algo me distraigo con facilidad.

___ 6. Cuando me ducho o me baño, me doy cuenta de las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.

___ 7. Puedo expresar fácilmente con palabras mis creencias, opiniones y expectativas.

___ 8. No presto atención a lo que hago porque estoy soñando despierto, preocupado con otras cosas o distraído.

___ 9. Observo mis sentimientos sin enredarme en ellos.

___ 10. Me digo a mí mismo que no debiera sentirme como me siento.

___ 11. Me doy cuenta de cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.

___ 12. Me resulta difícil encontrar palabras para describir lo que pienso.

___ 13. Me distraigo fácilmente.

___ 14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y no debería pensar de esa forma.

___ 15. Presto atención a las sensaciones, como las del viento en mi pelo o el sol sobre mi cara.

___ 16. Tengo dificultad a la hora de pensar en las palabras adecuadas para expresar lo que siento acerca de las cosas.



CUESTIONARIO MINDFULNESS DE CINCO FACETAS (FFMQ)

- ___ 17. Juzgo si mis pensamientos son buenos o malos.
- ___ 18. Encuentro dificultad para estar centrado en lo que ocurre aquí y ahora, en el presente.
- ___ 19. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me perturban, “paro” y me doy cuenta sin dejarme llevar por ellos.
- ___ 20. Presto atención a los sonidos, por ejemplo al tic-tac de los relojes, al trino de los pájaros o a los coches que pasan.
- ___ 21. En situaciones difíciles, puedo pararme sin reaccionar de modo inmediato.
- ___ 22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me resulta difícil describirla porque no encuentro las palabras adecuadas.
- ___ 23. Tengo la impresión de que “pongo el piloto automático” sin ser muy consciente de lo que estoy haciendo.
- ___ 24. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me perturban, consigo calmarme al poco tiempo.
- ___ 25. Me digo a mí mismo que no debería pensar de la forma en que lo hago.
- ___ 26. Me doy cuenta de los olores y aromas de las cosas.
- ___ 27. Incluso cuando me siento muy contrariado, encuentro una forma de expresarlo en palabras.
- ___ 28. Realizo actividades sin estar realmente atento a las mismas.
- ___ 29. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me perturban, soy capaz de darme cuenta sin reaccionar.
- ___ 30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y no debería sentirías.
- ___ 31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza tales como colores, formas, texturas, o patrones de luz y sombra.
- ___ 32. Tengo una tendencia natural a expresar mis experiencias en palabras.
- ___ 33. Cuando tengo imágenes o pensamientos que me perturban, reparo en ellos y dejo que se vayan.
- ___ 34. Realizo trabajos o tareas de forma automática sin darme cuenta de lo que estoy haciendo.
- ___ 35. Cuando tengo pensamientos o imágenes que me perturban, la valoración sobre mí mismo es buena o mala, en consonancia con el contenido de ese pensamiento o imagen.
- ___ 36. Presto atención a la forma en que mis emociones afectan a mis pensamientos y comportamiento.
- ___ 37. Puedo describir cómo me siento en un momento dado, de forma bastante detallada.
- ___ 38. Me sorprende a mí mismo haciendo cosas sin prestar atención.
- ___ 39. Me reprocho a mí mismo cuando tengo ideas irracionales.



En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	☐	☐	☐	☐
2 Acalorado.	☐	☐	☐	☐
3 Con temblor en las piernas.	☐	☐	☐	☐
4 Incapaz de relajarse	☐	☐	☐	☐
5 Con temor a que ocurra lo peor.	☐	☐	☐	☐
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	☐	☐	☐	☐
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	☐	☐	☐	☐
8 Inestable.	☐	☐	☐	☐
9 Atemorizado o asustado.	☐	☐	☐	☐
10 Nervioso.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	☐	☐	☐	☐
12 Con temblores en las manos.	☐	☐	☐	☐
13 Inquieto, inseguro.	☐	☐	☐	☐
14 Con miedo a perder el control.	☐	☐	☐	☐
15 Con sensación de ahogo.	☐	☐	☐	☐
16 Con temor a morir.	☐	☐	☐	☐
17 Con miedo.	☐	☐	☐	☐
18 Con problemas digestivos.	☐	☐	☐	☐
19 Con desvanecimientos.	☐	☐	☐	☐
20 Con rubor facial.	☐	☐	☐	☐
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	☐	☐	☐	☐



Guía de Observación Estructurada: Mindfulness en Rehabilitación

Datos Informativos:

- **Centro:** CETAD CENTRADRO
- **Fecha:**
- **Sesión N°:** _____
- **Observador:** _____
- **N° de participantes:** _____

Instrucciones de Aplicación

Marque con una (X) la frecuencia de la conducta observada durante la sesión, donde:

- **(1) Nunca:** La conducta no se manifiesta.
- **(2) A veces:** Se manifiesta de forma intermitente o débil.
- **(3) Siempre:** La conducta es constante y clara durante la sesión.

Escala de Valoración

Dimensión	Indicadores de Conducta Observada	1	2	3	Observaciones / Notas
I. Postura y Corporalidad	El paciente mantiene una postura estable y relajada (espalda recta, sin rigidez).				
	Mantiene el contacto visual con el guía o cierra los ojos según la instrucción.				
	Se observan tics, movimientos estereotipados o inquietud motora (piernas/manos).				
II. Atención y Concentración	Sigue las instrucciones del guía de meditación de manera inmediata.				
	Regresa la atención a la respiración tras una distracción externa o interna.				
	Muestra somnolencia o desconexión excesiva durante el ejercicio.				
III. Regulación Emocional	Se observa relajación en las facciones del rostro (mandíbula, frente).				
	Muestra signos de frustración o abandono ante la dificultad de la técnica.				
	Expresa alivio o calma al finalizar el ejercicio respiratorio.				
IV. Conducta Verbal	Respeto el silencio durante el desarrollo de la técnica.				
	Participa de forma coherente en el espacio de reflexión post-meditación.				