



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MINDFULNESS Y RIESGO DE RECAÍDA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LIMA METROPOLITANA

Línea de investigación:

Salud pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con
mención en Psicología Clínica

Autor:

Gómez Ayca, Jhon Steven

Asesora:

Mayorga Falcón, Elizabeth
(ORCID: 0000-0001-6213-3018)

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui
Hervias Guerra, Edmundo
Del Rosario Pacherras, Orlando

Lima - Perú

2023



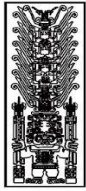
Reporte de Análisis de Similitud

Archivo:	AI – GOMEZ AYCA JHON STEVEN - OFICIO N° 032-2023-OGGE-AS-FAPS-UNFV
Fecha del Análisis:	07 /03/2023
Operador del Programa Informático:	SALAZAR CHAMBA SOFIA TERESA
Correo del Operador del Programa Informático:	ssalazar@unfv.edu.pe
Porcentaje:	6 %
Asesor:	ELIZABETH MAYORGA FALCON
Título:	MINDFULNESS Y RIESGO DE RECAÍDA EN PACIENTES DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LIMA METROPOLITANA.
Enlace:	https://secure.arkund.com/old/view/153074357-268060-156998#DcW7DcJAEEDBXi5+Qvtf260gAmQBugAnDhG9wyTzGe9zbFDBG13QFRNMMccSKxwX/P9KEEkUOSSppJFOBIkU5RQShnIVFBJ3xjnfB3zOff7sT/GJhdJD00xX8zCRfv7Aw==

Jefe de la Oficina de Grados y Gestión del Egresado:



MG. VILMA BARTOLA ZEGARRA MARTINEZ



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

MINDFULNESS Y RIESGO DE RECAÍDA EN PACIENTES

DROGODEPENDIENTES DE COMUNIDADES TERAPÉUTICAS DE LIMA

METROPOLITANA

Línea de Investigación: Salud Pública

Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología con mención

en Psicología Clínica

Autor:

Gómez Ayca, Jhon Steven

Asesora:

Mayorga Falcón, Elizabeth

Código ORCID: 0000-0001-6213-3018

Jurado:

Castillo Gómez, Gorqui

Hervias Guerra, Edmundo

Del Rosario Pacherras, Orlando

Lima - Perú

2023

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado a mis padres quienes con esfuerzo supieron entregarme su apoyo y motivación, así como a mi asesora, a quien le debo gran parte de mis conocimientos, gracias por su paciencia y enseñanza.

Agradecimientos

Agradezco a mis padres y hermana por el afecto y el apoyo en este proceso de desarrollo profesional. A mis abuelos, aunque no eternos en carne, permanecerán cobijados en mi pecho y serán siempre mi motivación de ser alguien más que una persona inerte.

A mi alma mater, mi realista universidad “Federico Villarreal”, por brindarme los conocimientos, así como la formación personal en este recorrido donde importa muchísimo la humanidad y el sentido crítico con un fin constructivo.

INDICE

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de tablas	v
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Descripción y formulación del problema	1
1.2. Antecedentes	7
1.2.1. Antecedentes Nacionales	7
1.2.2. Antecedentes Internacionales	9
1.3. Objetivos	13
1.3.1. Objetivo General	13
1.3.2. Objetivos Específicos	13

1.4. Justificación	14
1.5. Hipótesis	15
1.5.1. Hipótesis General	15
1.5.2. Hipótesis Específicas	15
II. MARCO TEÓRICO	16
2.1. Mindfulness	16
2.1.1. Origen del Mindfulness	16
2.1.2. Definición de Mindfulness	18
2.1.3. Elementos del Mindfulness	19
2.1.4. Mecanismos de acción del Mindfulness	23
2.1.5. Mindfulness en la práctica terapéutica	28
2.1.6. Modelo cognitivo conductual	29
2.1.7. Modelo de las cinco facetas del Mindfulness	31
2.2. Riesgo de Recaída	32
2.2.1. Definición de Recaída	32
2.2.2. Modelos teóricos	34
• Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente	34

• Modelo cognitivo conductual de Marlatt y Gordon	35
• Modelo de Gorski y Miller	36
2.3. Comunidad Terapéutica	38
2.3.1. Definición de Comunidades Terapéuticas	38
2.3.2. Características de las Comunidades Terapéuticas	40
2.3.3. Comunidades Terapéuticas en el Perú	40
III. MÉTODO	42
3.1. Tipo de investigación	42
3.2. Ámbito espacial y temporal	42
3.3. Variables	43
3.4. Población y muestra	45
3.5. Instrumentos	46
3.6. Procedimiento	49
3.7. Análisis de datos	50
3.8. Consideraciones éticas	51
IV. RESULTADOS	52
V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	64

VI. CONCLUSIONES	70
-------------------------	----

VII. RECOMENDACIONES	72
-----------------------------	----

VIII. REFERENCIAS	
--------------------------	--

IX. ANEXOS	
-------------------	--

Lista de Tablas

N°	Título	Pág.
Tabla 1	Operacionalización de la variable mindfulness	43
Tabla 2	Operacionalización de la variable riesgo de recaída	44
Tabla 3	Frecuencia de participantes según centro de rehabilitación de adicciones	45
Tabla 4	Frecuencia del tiempo de internamiento	52
Tabla 5	Frecuencia de estado civil	52
Tabla 6	Frecuencia de grado de instrucción	53
Tabla 7	Frecuencia de ocupación antes del internamiento actual	53
Tabla 8	Frecuencia de droga de inicio	54
Tabla 9	Frecuencia de droga adictiva	55
Tabla 10	Frecuencia de tiempo de consumo de la droga(s) adictiva(s)	56
Tabla 11	Frecuencia de abandono del consumo	56
Tabla 12	Frecuencia de tratamiento previo en adicciones	57
Tabla 13	Frecuencia de modalidad de tratamiento previo en adicciones	57
Tabla 14	Frecuencia de total de internamientos en adicciones	58

Tabla 15	Frecuencia de tiempo máximo de abstinencia	58
Tabla 16	Estadísticos descriptivos de la variable mindfulness y riesgo de recaída	59
Tabla 17	Frecuencia de los niveles del Mindfulness	59
Tabla 18	Frecuencia de los niveles de la variable riesgo de recaída	60
Tabla 19	Resultados de la Prueba de Bondad de ajuste a la normalidad Kolmogorovo-Smirnov para la variable mindfulness y riesgo de recaída	60
Tabla 20	Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable Mindfulness según grupo de edad	61
Tabla 21	Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable riesgo de recaída según grupo de edad	61
Tabla 22	Valores de la prueba 'U' de Mann Whitney para determinar diferencias significativas en la variable mindfulness según conocimiento de mindfulness	62
Tabla 23	Valores de la prueba 'U' de Mann Whitney para determinar diferencias significativas en la variable riesgo de recaída según conocimiento de mindfulness	62
Tabla 24	Correlación entre las puntuaciones de las variables mindfulness y riesgo de recaída	63

Tabla 25	Correlación entre las dimensiones del mindfulness y la variable riesgo de recaída	63
----------	---	----

Resumen

El presente estudio tuvo como finalidad determinar la relación entre el mindfulness y el riesgo de recaída. La investigación fue de tipo descriptivo-correlacional con un diseño no experimental de naturaleza transversal. La muestra estuvo conformada por 159 residentes de centros de rehabilitación de adicciones de Lima Metropolitana. Los instrumentos que se utilizaron fueron el Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ; Baer et al., 2004) y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 (Gorski y Miller, 2000). Los resultados demostraron que existe una correlación estadísticamente significativa ($p = 0.00$), inversa y de moderada magnitud ($r = -.524$) entre las variables Mindfulness y riesgo de recaída, asimismo se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre las dimensiones del mindfulness y la variable el riesgo de recaída, siendo débiles y moderadas. No se halló correlación entre la dimensión observación y el riesgo de recaída.

Palabras clave: mindfulness, riesgo de recaída, adicción, drogas, comunidad terapéutica.

Abstract

The purpose of this study was to determine the relationship between mindfulness and the risk of relapse. The research was descriptive-correlational with a non-experimental design of a cross-sectional nature. The sample consisted of 159 residents of addiction rehabilitation centers in Metropolitan Lima. The instruments used were the Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ; Baer et al., 2004) and the AWARE 3.0 Risk of Relapse Questionnaire (Gorski & Miller, 2000). The results showed that there is a statistically significant correlation ($p = 0.00$), inverse and of moderate magnitude ($r = -.524$) between the Mindfulness variables and risk of relapse, likewise statistically significant correlations were found between the dimensions of mindfulness and the variable the risk of relapse, being weak and moderate. No correlation was found between the observation dimension and the risk of relapse.

Keywords: mindfulness, relapse risk, addiction, drugs, therapeutic community.

I. INTRODUCCIÓN

Las adicciones continúan siendo un problema de salud pública pendiente a resolver. Uno de los mayores inconvenientes son las altas cifras de consumo y las enfermedades desarrolladas producto de las drogas. El mantenimiento de la abstinencia y de hábitos saludables sigue siendo un reto para los pacientes con este problema, siendo necesaria las estrategias enfocadas a la prevención de recaídas.

La recaída hace referencia a aquellas actitudes o conductas negativas asociadas al consumo y que implican o posibilitan el retorno al consumo de sustancias psicoactivas. Esto continúa siendo un impedimento para que la persona con este problema de consumo de sustancias pueda mantener un estilo de vida óptimo y sostenible, por lo cual se necesita herramientas o estrategias que le ayuden a manejar este tipo de situaciones.

Una de las estrategias importantes a considerar podría ser el mindfulness, definida como una capacidad para atender, focalizar, en el momento presente y sin juicio ni crítica a nuestros pensamientos, emociones o sensaciones físicas. Esto ha traído beneficios en la salud mental en diferentes tipos de poblaciones, por lo que resulta pertinente su investigación en el contexto de las adicciones, pues en otros países se han observado resultados favorables en pacientes con estrés crónico, ansiedad, depresión, etc., y su papel en la prevención de recaídas también está siendo atendida.

La participación del mindfulness en usuarios con problemas de adicciones a sustancias psicoactivas es fundamental para reducir el retorno al consumo. Además, este constructo posee una serie de variaciones y adaptaciones a diferentes enfoques psicoterapéuticos.

El contexto de tratamiento en adicciones a puntualizar es la comunidad terapéutica, que es una modalidad de tratamiento en adicciones que suele ser solicitada, caracterizándose por

tener una estructura determinada y objetivos definidos, donde el paciente se encuentra internado con el fin de lograr su rehabilitación.

Se precisa que la presente investigación busca la asociación entre el mindfulness y el riesgo de recaída en pacientes con problemas de consumo de sustancias que se encuentran en tratamiento residencial, esto con la motivación principal de contribuir en la actualización y elaboración de información científica que permita implementar intervenciones efectivas.

1.1 Descripción y formulación del Problema

Las adicciones continúan siendo una problemática social debido a los efectos que presenta tanto en el ámbito individual, familiar y laboral de la persona, además de tener un coste económico importante para el país (Cueva, 2012). En el consumo de drogas, como comportamiento previo a la adicción, cada vez se muestran cifras que reflejan su permanencia a nivel nacional.

Un estudio epidemiológico realizado en población urbana peruana muestra que el alcohol y el tabaco se mantienen como las drogas legales de mayor consumo en el Perú; mientras que la marihuana, la pasta básica de cocaína (PBC) y la cocaína, son las drogas ilegales más consumidas y las que presentan mayor reporte de oportunidad de ofrecimiento (Zavaleta et al., 2017). Este mismo estudio señala que más de un millón de personas han probado al menos una droga ilegal, considerando su uso de forma experimental o adictiva (Zavaleta et al., 2017). Además, especificando la prevalencia de vida en el consumo por cada sustancia, hallaron que, del total de personas encuestadas, el 79.2% declara haber consumido alcohol al menos alguna vez en su vida, el 52.5% tabaco, el 8.1% marihuana, el 2% PBC, el 1.6% Clorhidrato de cocaína, el 0.4% éxtasis, el 0.7% opio y el 0.1% Heroína (Zavaleta et al., 2017).

Las cifras mencionadas sobre la prevalencia del consumo de drogas tienen un importante impacto en el sistema sanitario, tomando presencia en diferentes problemas de salud y en las tasas de mortalidad. Por ejemplo, en relación a las drogas legales, el Ministerio de Salud refiere que, durante el 2010, los años de vida potencialmente perdidos por el consumo de alcohol se observaron en 349, 811 personas, mientras que los decesos por condicionantes de salud asociados a esta sustancia alcanzaron un total de 31, 310 defunciones (Musayón-Oblitas y Meléndez-De la Cruz, 2016). Asimismo, se indica que el abuso de alcohol se encuentra como la principal causa de cirrosis hepática (Malpica-Castillo et al., 2013). Por otro lado, las muertes anuales atribuibles al Tabaquismo llegan a una suma total de 16, 833 fallecimientos, habiendo mayor mortalidad en la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y en el Cáncer de Pulmón (Bardach et al., 2016).

Con respecto a las drogas ilegales, se ha referido que los efectos a largo plazo del consumo de cannabis sobre la salud indican dependencia, deterioro cognitivo, trastornos mentales (psicosis, depresión, ansiedad y conducta suicida), alteraciones en la salud física, enfermedades pulmonares, cánceres respiratorios y de otro tipo (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Dentro de las consecuencias para la salud por consumo de cocaína se observa importantes efectos cardiovasculares, neurológicos y pulmonares, así como manifestaciones psiquiátricas comórbidas o inducidas por dicha sustancia (González et al., 2015). En un plano general, el consumo de drogas se presenta dentro de los principales factores de riesgo de diferentes enfermedades y fallecimientos, alcanzando números en los que hay que estar alerta, ya que también suele asociarse a eventos derivados de accidentes, delitos y violencia (Organización de los Estados Americanos, 2013). En esta problemática el papel de la prevención e intervención toman una posición central para reducir las cifras y consecuencias previamente descritas.

El tratamiento en adicciones suele presentarse en diferentes escenarios, ya sea en un contexto de internamiento, semiresidencial o ambulatorio. Durante cualquier tipo de intervención se asume un trabajo terapéutico que le permita al sujeto desarrollar o fortalecer estrategias que tengan resultados favorables en su rehabilitación (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas, 2017). Generalmente las estrategias de intervención en la práctica clínica apuntan al trabajo de los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales. No obstante, aún se observan dificultades en la continuación del tratamiento, tal como lo señala un estudio en el 2016, donde el 14% de personas atendidas por esta problemática llegaron a terminar su intervención terapéutica (Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas, 2017).

El Observatorio Peruano de Drogas (OPD, 2009) a través de un estudio de la Red de información de demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas (RIDET) sostiene que, durante el 2007, el 35.5% de los pacientes con problemas por consumo de sustancias fueron atendidos bajo la modalidad de comunidades terapéuticas. Este tipo de tratamientos busca promover el cambio biopsicosocial y espiritual del paciente, donde el residente se encuentra internado en un entorno estructurado y con objetivos específicos, por lo que es importante el desarrollo de la investigación bajo este contexto, ya que estas instituciones brindan un soporte considerable a usuarios con este tipo de problemáticas; además dirigir la atención al sector de Lima Metropolitana resulta fundamental por su posición como primera región en presentar las cifras más altas en la prevalencia de vida de drogas anteriormente descritas (Zavaleta et al., 2017).

Ahora bien, durante un proceso de rehabilitación, las recaídas en el consumo de sustancias suelen ocurrir con normalidad (Anicama et al., 2001), ya que cuando la persona drogodependiente se encuentra en un periodo de abstinencia, bajo cualquier modalidad de tratamiento, soporte o compromiso personal, experimenta una crisis que generalmente la

conduce nuevamente al consumo (Solano, 2017). Marlatt y Gordon (1985; como se citó en Blanco y Jiménez, 2015) refieren que la recaída puede entenderse como la consecuencia que experimenta una persona al involucrarse en una situación de riesgo, siendo incapaz de afrontarlo adecuadamente para mantener su abstinencia.

Este retorno al consumo conlleva a un establecimiento más rápido de las características de la dependencia, de lo que normalmente sucede en sujetos no dependientes (Becoña, 2002), por lo cual es importante analizar los elementos involucrados en la recaída. Se han detectado diferentes factores precipitantes relacionados a la recaída, los cuales serían los procesos cognitivos, las estrategias para afrontar situaciones estresantes, los estados emocionales, etc. (Witkiewitz y Marlatt, 2004).

Blanco y Jiménez (2015) señalan que las variables intrapersonales como regulación emocional, control emocional, estados emocionales negativos y búsqueda de sensaciones positivas son los factores de riesgo que más influyen en las recaídas, afirmando también el papel que representa el control emocional resulta importante de analizar.

El mindfulness toma un papel activo en estas variables intrapersonales, ya que al ser un estado consciente que parte de la observación y descripción no juiciosa de manifestaciones internas (cognitivas y/o emocionales) desagradables, la persona podría prevenir alguna respuesta adversa durante su proceso de rehabilitación. Diversos autores la han sugerido como una alternativa adecuada para el manejo del craving, para sobrellevar circunstancias de un riesgo importante o para el manejo de los pensamientos (Bowen et al., 2006).

El Mindfulness suele ser entendido como la atención plena practicada de manera consciente y con aceptación a la realidad (Porter y Andrade, 2013). Esta práctica involucra ejercicios de respiración, meditación centrada, técnica de exploración física, yoga, meditar caminando y atención plena en el día a día (Melero y Yela, 2014).

En los últimos años el mindfulness ha cobrado relevancia en el mundo occidental debido a sus implicancias en la salud física y psicológica. Esto ha permitido el desarrollo de diferentes formas de terapia y otras intervenciones basadas en Mindfulness, como el Programa de reducción al estrés basado en Mindfulness y la Terapia cognitiva basada en Mindfulness (Garavito, 2017). Asimismo, forma parte de otras orientaciones terapéuticas que la emplean en su práctica como es el caso de la terapia dialéctica conductual, la terapia de aceptación y compromiso, y la terapia breve relacional (Pérez y Botella, 2006). Incluso existe un programa de prevención de recaídas basado en técnicas de mindfulness.

Asimismo, se han encontrado asociaciones directas del Mindfulness con la satisfacción con la vida (Laca et al., 2017), la inteligencia emocional (Sánchez y Araya-Vargas, 2014) y la calidad de vida (Coy y Morales, 2019), mientras que en dirección inversa con las variables estrés (Roselló et al., 2016; Di Pierdomenico et al., 2017; Vonderheyde, 2017), dolor crónico (Coy y Morales, 2019), ansiedad (Brown y Ryan, 2003; Cernetic, 2016; Garavito, 2017) y depresión (Veytia-López et al., 2016; Parmentier et al., 2019).

Generalmente los estudios de mindfulness en personas con problemas de consumo de sustancias se han desarrollado a nivel internacional, como los realizados por Cortázar y Calvete (2021), Grigorian et al. (2020), Shorey et al. (2015) y, Bowen y Enkema (2014), hallando, entre otras asociaciones, relación entre el mindfulness y consumo de sustancias. Sin embargo, a nivel nacional no se reportan investigaciones en este tipo de poblaciones que determinen la asociación entre el mindfulness y el riesgo de recaída.

Es así que, en función a lo señalado, la presente investigación tiene como objetivo identificar la asociación entre el mindfulness y el riesgo de recaídas en personas drogodependientes durante su proceso de tratamiento de internamiento en comunidades terapéuticas pertenecientes a Lima Metropolitana, por lo cual se plantea la siguiente interrogante:

¿Qué relación existe entre el mindfulness y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana?

1.2. Antecedentes

Luego de realizar una búsqueda de la literatura se reporta una escasa cantidad de antecedentes directos, sobre todo a nivel nacional. A continuación, se exponen los estudios que presentan coherencia teórica con las variables de esta investigación, así como en la población de interés.

1.2.1. Antecedentes Nacionales

Domínguez, en el 2021, llevó a cabo una investigación con el objetivo de hallar la relación que existe entre los trastornos de personalidad y estilos de afrontamiento con el riesgo de recaída en adicciones a sustancias. Tuvo un diseño correlacional, no experimental, tipo transversal. La muestra estuvo compuesta por 240 residentes internados en comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE de Carver et al., la versión III del Inventario Clínico Multiaxial de Millon y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller. Los hallazgos indicaron que el estilo de mayor prevalencia en la muestra fue el centrado en el problema. Mientras que el trastorno de personalidad evitativo tuvo mayor presencia. El nivel de riesgo de recaída muy bajo alcanzó mayor porcentaje. Asimismo, no halló correlación estadísticamente significativa entre los trastornos de personalidad y estilos de afrontamiento con el riesgo de recaída.

Ambrosio (2020) investigó la relación que existe entre los estadios de cambio y estrategias de afrontamiento en pacientes con adicciones. Tuvo un diseño empírico, de

estrategia asociativa y predictiva. La muestra de estudio estuvo compuesta por 209 residentes varones internados en Comunidades Terapéutica de Lima Norte por consumo de sustancias. Las herramientas de evaluación fueron la Escala de Evaluación del cambio (URICA) y el Cuestionario de estimación de afrontamiento (COPE). Los resultados obtenidos muestran una débil correlación entre estadios de cambio y estrategias de afrontamiento. Además, los estadios tenían correlaciones directas con algunas estrategias de afrontamiento, aunque el estadio de precontemplación fue el único en el que se encontró correlaciones negativas. Asimismo, la estrategia de afrontamiento enfocar y liberar emociones tuvo correlación significativa y directa solo con el estadio de mantenimiento. Por último, la estrategia de afrontamiento religioso fue la predominante, mientras que el desentendimiento conductual el menos frecuente.

Abramonte (2019) realizó un estudio que tuvo como propósito determinar la relación entre motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas. Tuvo un diseño correlacional, no experimental. Su muestra estuvo conformada por 154 residentes de 5 comunidades terapéuticas de Lima Sur, cuyas edades fluctuaron entre los 18 y 65 años, de ambos sexos. Como instrumentos utilizaron la Escala de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA) de McConnaughy, Prochaska y Velicer (2015) y el Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de T. Gorski y M. Miller (2000). Los resultados revelaron que existe relación negativa y estadísticamente significativa entre Motivación al cambio y Riesgo de recaída, y también en función a los estadios de la motivación al cambio.

Solano (2017) desarrolló una investigación con el objetivo de identificar la relación entre los estilos de afrontamiento y el riesgo de recaída en adictos residentes en Comunidades Terapéuticas de Lima. El diseño de estudio fue no experimental, transversal y correlacional. La muestra estuvo conformada por 240 adictos de ambos sexos. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Estimación del Afrontamiento COPE de Carver et al. y el

Cuestionario de Riesgo de Recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller. Los resultados indicaron que el Estilo Orientado a la Tarea es el más utilizado, además de la estrategia reinterpretación positiva y crecimiento, el nivel de riesgo de recaída promedio fue el de mayor predominancia. Asimismo, existe una correlación inversa entre el Estilo Orientado a la Tarea y el riesgo de recaída, así como una correlación directa entre del Estilo Evitativo y el riesgo de recaída. Finalmente, no obtuvo diferencias significativas respecto a las variables edad, sexo y grado de instrucción.

Valles, en el 2016, realizó un estudio con el fin de determinar la relación entre la autoeficacia general y el riesgo de recaída en adictos en tratamiento residencial. El diseño fue correlacional. La muestra estuvo constituida por 129 adictos de ambos sexos con edades de 14 a 67 años, provenientes de cinco comunidades terapéuticas de Lima. Para la recolección de datos aplicaron la Escala de Autoeficacia General (EAG) de Baessler y Schwarzer (1996; modificada por Anicama y Cirilo, 2010) y el Cuestionario de Riesgo de recaída AWARE 3.0 de Gorki y Miller (2000), asimismo, realizaron una adaptación piloto previa a la investigación. En sus resultados halló una correlación inversa y altamente significativa ($r = -0,389$), de nivel moderado bajo, entre Autoeficacia General y Riesgo de recaída ($p < 0.05$). Además, predomina el nivel muy bajo en la percepción de Autoeficacia (58,1%) y el nivel promedio en el Riesgo de recaída (45.7%). Por último, encontraron diferencias significativas en la Autoeficacia General y el Riesgo de Recaída según variables sociodemográficas.

1.2.1. Antecedentes Internacionales

De Souza et al. (2022) llevaron a cabo un estudio con el objetivo de establecer la asociación entre los niveles de mindfulness y las características sociodemográficas y el consumo de sustancias. El estudio tuvo un diseño no experimental, transversal-correlacional.

La muestra estuvo compuesta por 164 pacientes mayores de 18 años en tratamiento por consumo de sustancias durante junio 2018 y diciembre 2019. Los instrumentos aplicados fueron la Escala MAAS y el ASSIST. Los resultados indicaron que existe asociación entre los niveles bajos de mindfulness y el riesgo individual de ser consumidor de riesgo medio-alto de drogas sedantes-hipnóticas ($p = 0.020$). Asimismo, los puntajes de mindfulness se correlacionaron con el puntaje total más alto del ASSIST ($p = 0.019$).

Cortazar y Calvete (2021) realizaron un estudio con el propósito de analizar si las cinco facetas del mindfulness predecían niveles más bajos del uso problemático de internet y el uso de sustancias a lo largo del tiempo en una muestra de adolescentes. El diseño de investigación que se utilizó fue correlacional, no experimental, longitudinal. La muestra estuvo conformada por 836 adolescentes de ambos sexos con edades entre 11 a 18 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Cinco Facetas del Mindfulness (FFMQ; Baer et al., 2006), Escala de Uso Problemático y Generalizado de Internet (GPIUS2; Caplan, 2010) y El Inventario de consumo de drogas en adolescentes (Calvete y Estévez, 2009). Los resultados reportaron que las dimensiones del mindfulness se asociaron negativamente con el uso problemático de internet y el consumo de drogas, específicamente las dimensiones actuar con conciencia y no juzgar se correlacionaron negativamente con ambos constructos.

Grigorian et al. (2020) evaluaron la asociación entre el mindfulness y los esquemas maladaptativos tempranos. El tipo de investigación fue cuantitativo, con diseño correlacional. Revisaron los expedientes de todos los pacientes masculinos que ingresaron al centro de tratamiento por uso de sustancias desde el 1 de mayo de 2017 hasta el 10 de mayo de 2018. Los participantes fueron 752 hombres estadounidenses de 18 a 66 años. Las pruebas utilizadas fueron la Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT), Prueba de Identificación de Trastornos por Uso de Drogas (DUDIT), Young Schema Questionnaire Long Form – 3° Edición (YSQ-L3) y el Cuestionario de Cinco Facetas del Mindfulness

(FFMQ). Las dimensiones de los Esquemas maladaptativos tempranos se asociaron negativa y significativamente con las dimensiones del FFMQ, excepto con la dimensión no reactividad. Las puntuaciones totales del AUDIT se asociaron negativamente con actuar con conciencia y observar la experiencia y se asociaron positivamente con la falta de reactividad a la experiencia interna. La puntuación total del DUDIT se ha asociado negativamente con actuar con conciencia, observar experiencias y no juzgar la experiencia interior.

Shorey et al., en el 2015, estudiaron la relación entre el mindfulness y la ansiedad en adultos jóvenes en tratamiento por consumo de sustancias. El tipo de investigación que se utilizó fue el cuantitativo, de diseño no experimental y correlacional. Se revisaron los registros de pacientes preexistentes de un centro residencial de tratamiento por uso de sustancias para adultos jóvenes desde mayo de 2012 hasta agosto 2013. La muestra estuvo compuesta por un total de 148 pacientes adultos jóvenes estadounidenses con edades entre 18 a 25 años. Los cuestionarios utilizados fueron el Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), el Psychiatric Diagnostic Screening Questionnaire (PDSQ), el AUDIT y el DUDIT. En sus resultados mencionaron que el mindfulness correlacionó negativa y significativamente con síntomas de pánico y trastorno de ansiedad generalizada; además, no presentó correlación con el uso de sustancias para las mujeres, pero sí en la muestra de varones. Finalmente, no se correlacionó con la edad y la educación para ambos sexos.

Blanco y Jiménez (2015) desarrollaron una investigación que tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados con las recaídas en el consumo de drogas en adolescentes que han recibido tratamiento en el IAFA. El diseño fue de tipo correlacional. La muestra estuvo conformada por 107 adolescentes que reciben atención ambulatoria en el Centro de Menores del Instituto de Alcoholismo y Farmacodependencia. Para la recolección de datos utilizaron Entrevista de Recaídas para Usuarios de Conductas Adictivas, Inventario de Situaciones Precipitantes de Recaídas, Escala de Control Atencional, Inventario de

Habilidades de Afrontamiento, Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés, Escala Multidimensional de Apoyo Social Recibido, Escala de Dificultades en la Regulación Emocional, y Cuestionario Breve de Confianza Situacional. Los resultados concluyeron que las variables intrapersonales como regulación emocional (conductas dirigidas a metas), control atencional (atención focalizada), estados emocionales negativos y búsqueda de sensaciones positivas son factores de riesgo determinantes en las recaídas de consumo de drogas. El control atencional se correlacionó negativamente con la entrevista de recaídas y con las dificultades de regulación emocional, y positivamente con el cuestionario de situaciones precipitantes de recaídas. Las sustancias que prevalecieron como droga problema fueron la marihuana y la cocaína.

Bowen y Enkema (2014) evaluaron la relación general entre la atención plena y la gravedad de la dependencia de sustancias. El estudio fue un análisis secundario de los datos de referencia de un ensayo que evalúa los resultados de un programa de prevención de recaídas basado en la atención plena. Se realizaron análisis de regresión moderado. Los participantes fueron 281 pacientes adultos pertenecientes a un programa de tratamiento ambulatorio de abuso de sustancias. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Cinco Facetas del Mindfulness (FFMQ; Baer et al., 2006), la Escala de Severidad de Dependencia (SDS, Gossop et al., 1995) y la Subescala de Afrontamiento evitativo del Inventario de Respuestas de Afrontamiento - Formulario Adulto (CRI; Moos, 1997). Los resultados indicaron que existe relación significativa y negativa entre las puntuaciones totales en el FFMQ y el SDS, además hallaron correlaciones entre las dimensiones actuar con conciencia, describir y no juzgar con el SDS.

1.3. Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación que existe entre mindfulness y el riesgo de recaídas en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.

Objetivos Específicos

- Describir las variables sociodemográficas en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.
- Identificar los niveles de mindfulness en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.
- Identificar los niveles de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.
- Analizar las diferencias significativas del mindfulness en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana según grupo de edad y experiencia en meditación.
- Analizar las diferencias significativas del riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana según grupo de edad y tiempo actual de internamiento.
- Analizar la relación entre las dimensiones del mindfulness y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.

1.4. Justificación

La presente investigación permitió confirmar la implicancia del mindfulness en el ámbito de las drogodependencias, considerándolo específicamente como una variable importante en el riesgo de recaídas durante el proceso de tratamiento terapéutico. Además, sirvió para generar datos actualizados en el contexto nacional, lo cual es un aporte académico y científico para futuras investigaciones que se relacionen sobre el tema.

Por otro lado, las adicciones continúan siendo una problemática social y de salud pública, por lo cual seguir explorando en este campo a través de la investigación resulta necesario para ir generando conocimiento con mayor detalle.

A nivel práctico, los resultados pudieron servir para que las comunidades terapéuticas puedan precisar la importancia del mindfulness en el abordaje terapéutico en los usuarios drogodependientes y el adecuado manejo de alguna reacción asociada a la recaída. Asimismo, la información obtenida sirve como evidencia para diseñar programas de prevención e intervención en las que se pueda trabajar variables como la conciencia plena que permitan el correcto manejo del craving en pacientes con problemas de consumo de drogas que compartan características similares a los participantes del presente estudio.

1.5. Hipótesis

Hipótesis General

Hi: Existe relación inversa y estadísticamente significativa entre el mindfulness y el riesgo de recaídas en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.

Hipótesis Específicas

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas del mindfulness en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana según grupo de edad y experiencia en meditación.

H₂: Existen diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana según grupo de edad y tiempo actual de internamiento.

H₃: Existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del mindfulness y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Mindfulness

2.1.1. Origen del Mindfulness

La antigüedad del mindfulness se remonta 2500 años atrás, cuando la práctica del mindfulness alcanzó popularidad con Siddharta Gautama (el Buda Shakyamuni), quien fue el iniciador del budismo y quien recomendó la atención plena como un camino espiritual para superar dukkha (sufrimiento e insatisfacción), que surge en respuesta de situaciones de la vida que son inevitables (Álvarez, 2017).

El origen del mindfulness se remonta en el budismo theravada (Silananda, 1990; como se citó en Mañas et al., 2009), del cual extrae las técnicas del Zen y de la meditación vipassana, soslayando los aspectos religiosos (Santachita y Vargas, 2015).

Uno de los acontecimientos importantes para que la filosofía y prácticas orientales se propague por todo occidente fue durante la segunda mitad del siglo XX con la numerosa marcha de jóvenes occidentales a países asiáticos, en busca de la novedad y libertad que sugerían la filosofías y religiones orientales. Añadido a eso la huída de numerosos monjes tibetanos en 1951 de su país generó la creación de varios centros budistas de origen tibetano en ciudades occidentales, produciéndose la extensión de las tradiciones meditativas de las diferentes ramas del budismo, hinduismo y el taoísmo (Simón, 2006).

Posteriormente el surgimiento y mantenimiento de la psicología cognitiva, sobre todo, las terapias cognitivas, observaron con interés la práctica del mindfulness como una estrategia que podían incorporar como un método que complemente las practicas terapéuticas de diferentes enfoques. Es así que actualmente se observa la incorporación del mindfulness como parte de diferentes enfoques terapéuticos como el programa para la reducción del estrés basada

en mindfulness, la terapia cognitiva basada en mindfulness, la terapia dialéctica conductual y la terapia de aceptación y compromiso (Simón, 2006).

El avance de las neurociencias también ha permitido estudiar con mayor precisión los correlatos neurobiológicos de los pensamientos y de las emociones durante la práctica de mindfulness (Simón, 2006). Por otro lado, el surgimiento de la psicología positiva permitió que esta práctica de mindfulness cada vez tome más interés por la manera en que las emociones positivas influyen en el estado de salud y bienestar psicológico, expresando un trato de amabilidad y compasión con uno mismo durante su ejercicio.

Sin embargo, recién en 1979, en la Universidad de Massachusetts, Kabat-Zinn formuló un programa de tratamiento para pacientes con enfermedades crónicas, inspirado en las enseñanzas orientales que recibió del monje budista Thich Nhat Hanh para idear un curso donde complementaba al mindfulness con otras técnicas de yoga y aplicación en la vida diaria de técnicas meditativas (Santachita y Vargas, 2015). De esta manera se popularizó el mindfulness como procedimiento para tratar trastornos psicofisiológicos y psicosomáticos.

Es así que durante los últimos 20 años el mindfulness ha cobrado un interés importante tanto a nivel de la práctica terapéutica. La adaptación del mindfulness en el nuevo movimiento de la psicoterapia llamada Terapias basadas en la Aceptación y la atención plena, que conforman el reciente grupo de Terapias de tercera generación, en respuesta de modificar el tipo de relación que tiene la persona con sus pensamientos y emociones, logrando establecerse también en la investigación clínica (Simón, 2006).

2.1.2. Definición de Mindfulness

En su traducción al español, el mindfulness se ha difundido en los términos de ‘atención plena’, ‘conciencia plena’ y ‘presencia plena - conciencia abierta’, este último traducido por el investigador chileno Francisco Valera (Porter y Andrade, 2013).

Mindfulness significa prestar atención de manera consciente y observar con aceptación a la realidad (Vásquez-Dextre, 2016; Porter y Andrade, 2013; Moñivas et al., 2012). “Es lo que emerge cuando prestas atención deliberada y no crítica al momento presente como si tu vida dependiera de ello. Y lo que emerge no es más que la conciencia” (Kabat-Zinn, 2013, p. 17).

Por otro lado, Porter y Andrade (2013) refieren que el Mindfulness es un estado de conciencia plena y de aceptación que todos hemos experimentado en algún momento de nuestras vidas. Es la posibilidad de vivir aquí y ahora, focalizando nuestra atención de manera consciente a las experiencias que suceden en el momento presente, sin que haya interferencia de nuestros prejuicios o pensamientos de los eventos pasados o futuros (Porter y Andrade, 2013).

Sobin (2000) sostiene que la atención plena es una herramienta que se entrena en la meditación de introspección y que, en su funcionamiento, se comporta auténticamente, con variaciones en intensidad y en su movimiento interno.

El mindfulness se puede entender como proceso, como habilidad y como estrategia. Como proceso se caracteriza por prestar atención al momento presente de los eventos privados, experimentándolos con disposición y apertura, sin dar respuesta a las reglas verbales, tan solo identificándolas y relacionando lo que sucede con la visión del sí mismo (Munoz-Martinez et al, 2017). Este proceso nos ayuda a cobrar conciencia, profundizando la autoimagen de lo que somos; al observar todo con mayor atención la vida tiene una textura más profunda (Gunaratana, 2012).

Desde la perspectiva del mindfulness como habilidad, Marsha Linehan lo describe como una serie de respuestas o comportamientos específicos que le permite a la persona poder interactuar de forma efectiva con el entorno (Munoz-Martinez et al, 2017), además, lo define como el repertorio de las habilidades ‘del qué’ y las habilidades ‘del cómo’, siendo las primeras compuestas por los repertorios de observar, describir y participar, mientras que en las segundas se configura una postura no crítica, focalizarse sobre una cosa en el momento y ser eficaz (Munoz-Martinez et al, 2017).

Por su parte, el mindfulness como estrategia, se define como una intervención compuesta por una serie de pasos que el terapeuta va definiendo junto con el objetivo de generar modificaciones en la variable dependiente (Cooper et al., 2007; como se citó en Munoz-Martínez et al., 2017).

Si bien el concepto de mindfulness aún no se encuentra unificado, en la presente investigación se tomará la definición propuesta por Brown y Ryan (2003), quienes conceptualizan al mindfulness como el proceso de centrar la atención en el presente, sin una postura crítica y aceptando la experiencia tal como ocurre (Baer, 2010; como se citó en Gonzales y Villanueva, 2020).

2.1.3. Elementos del Mindfulness

Kabat-Zinn (1990) señala siete actitudes fundamentales en la práctica del Mindfulness, las cuales se describen a continuación.

- **No juzgar**

Tomar una postura de testigo imparcial de nuestra propia experiencia es una de las bases para cultivar la atención plena. Normalmente las experiencias internas y externas aparecen en

nuestra mente con etiquetas, categorizando y generando juicios sobre algunas cosas, personas y eventos (Kabat-Zinn, 1990).

Este juicio suele dominar nuestra mente, dificultando la paz interna. Cada uno puede notar esto mediante de la observación por unos minutos de cuánto le preocupa el agrado y el disgusto, mientras realiza sus actividades cotidianas (Kabat-Zinn, 1990). Por ello, es importante, en primer lugar, ser conscientes de estos juicios automáticos para poder identificar a través de nuestros propios prejuicios y temores y así liberarnos de este poder sobre nosotros (Kabat-Zinn, 1990).

Es importante reconocer la aparición de esta cualidad mental de juzgar y asumir la postura de un testigo imparcial, siempre teniendo en cuenta su papel de observador. Cuando aparezca el juicio, no lo evite, sino más bien se requiere estar consciente de que está sucediendo, sin perseguirlos ni actuar en consecuencia de ninguna manera, luego procesa a observar su respiración (Kabat-Zinn, 1990).

- **Paciencia**

La paciencia es una forma de sabiduría que nos ayuda a aceptar el proceso de la experiencia, a comprender esa tendencia a divagar de la mente, puesto que implica el hecho de aceptar y comprender que todo sucede a su propio ritmo (Kabat-Zinn, 1990).

Ser paciente hace referencia a estar abierto a cada momento, aceptándolo en su plenitud, considerando que toda experiencia puede desarrollarse en su propio tiempo, sin forzarla (Kabat-Zinn, 1990).

- **Mente de principiante**

Tener una mente de principiante significa tener una mente abierta, nos da la oportunidad de recibir nuevas posibilidades y evitar que nos quedemos estancados en nuestra propia experiencia, la cual muchas veces nos limita por considerar que sabemos más de lo que se sabe. Cada momento es único y diferente. La mente de principiante nos ayuda recordar esta simple verdad (Kabat-Zinn, 1990).

La mente de principiante se puede cultivar en la vida cotidiana al preguntarse uno mismo si las experiencias que estamos viviendo en el momento presente se están viendo con ojos nuevos, como realmente es, o si solo se está viendo el reflejo de sus propios pensamientos sobre esa experiencia (Kabat-Zinn, 1990).

- **Confianza**

La confianza es una actitud básica en la práctica del Mindfulness ya que enfatiza ser tu propia persona y comprender lo que significa ser tú mismo. Es más válido confiar en tu propia intuición y su propia autoridad, aún si cometes ‘errores’ en el proceso. Esta actitud también involucra el respeto por nuestros propios sentimientos cuando nuestro cuerpo indique que nos detengamos o retrocedamos un paso en específico (Kabat-Zinn, 1990).

En la práctica de meditación los profesores, las cintas y libros simplemente son guías, cada uno va creando su propio recorrido, ya que asume la responsabilidad de ser uno mismo y aprender a escuchar y confiar en su propio ser. Mientras más confíes en ti mismo, será más fácil confiar en otras personas (Kabat-Zinn, 1990).

- **No esforzarse por conseguir un propósito**

Cultivar intencionalmente la actitud de no esforzarse bajo un propósito determinado resulta una tarea compleja debido a que diariamente estamos haciendo cosas para conseguir algo, sin embargo, esto podría ser un obstáculo en la práctica de meditación. El único objetivo es que seas tú mismo, siendo irónico y paradójico puesto que ya lo eres, sin embargo, esta cualidad apunta a verse a sí mismo de una forma diferente, intentando menos y siendo más (Kabat-Zinn, 1990).

Por ejemplo, si está tenso, simplemente preste atención a la tensión, o si siente dolor, esté con el dolor lo mejor que pueda. Si observa la presencia de crítica a sí mismo, note la actividad de la mente que juzga (Kabat-Zinn, 1990). En este punto, Kabat-Zinn (1990) agrega que “con paciencia y práctica regular, el movimiento hacia sus metas se llevará a cabo por sí solo. Este movimiento se convierte en un despliegue que estás invitando a que suceda dentro de ti” (p. 38).

- **Aceptación**

La aceptación significa que uno mismo ha llegado a estar dispuesto a observar las cosas como son. En la práctica de meditación, la aceptación se cultiva cada momento como viene y permaneciendo con él. No se intenta imponer lo que se debería sentir, pensar o ver en nuestra experiencia, sino simplemente recordar que debemos recibir y estar abiertos a lo que estemos sintiendo, pensando o viendo, y aceptarlo porque se encuentra ahora mismo (Kabat-Zinn, 1990).

Es importante mencionar que la aceptación no implica una postura pasiva ante las circunstancias y de abandono de tus principios o valores, tampoco es una especie de resignación

a tolerar las como que tienen que ser, sin esperanza, sino, es una actitud de observación real que prepara el escenario para actuar apropiadamente en su vida (Kabat-Zinn, 1990).

- **Dejar ir**

Dejar ir es una forma de dejar que las cosas sean, de aceptarlas como son. Cuando reconocemos la experiencia, no lo perseguimos más. De igual manera, cuando surgen pensamientos del pasado o del futuro, los dejamos ir. Solo observamos cómo se desarrollan (Kabat-Zinn, 1990).

Esta actitud es completamente opuesta a aferrarse. Generalmente las personas estamos apegadas a personas, cosas, experiencias, sensaciones, etc., que son satisfactorias, sin embargo, el mindfulness busca que estemos dispuestos a mirar y dejar ir. Esta es una práctica que incluso lo realizamos por las noches cuando vamos a dormir. Nos acostamos sobre la cama, con las luces apagadas, en un lugar tranquilo, y soltamos la mente y el cuerpo. Si no puedes dejarte, no puedes ir a dormir (Kabat-Zinn, 1990).

2.1.4. Mecanismos de acción del Mindfulness

Álvarez (2017) realiza una síntesis de los diferentes mecanismos de acción psicoterapéuticos del mindfulness, entendidos como aquellos procesos cognitivos procesos que permiten que la práctica del mindfulness produzca resultados. Estos mecanismos, desarrollados por diferentes autores, se exponen a continuación.

- **Atención/Concentración y Reenfoco atencional**

El ejercicio de la atención y concentración se va adquiriendo paulatinamente en la práctica del mindfulness cuando el sujeto toma conciencia de que su mente se va distanciando del objeto focalizado y la devuelve al elemento de elección. Esto genera que la capacidad de atender al estímulo elegido aumente y los elementos distractores perturben con menos frecuencia esta práctica formal del mindfulness, que se puede generalizar progresivamente en la vida cotidiana (Barinaga, 2003).

Esta capacidad de atención a un estímulo neutro, sin la presentación de juicios y con aceptación, se puede aplicar a las sensaciones o pensamientos incómodos. Observar sostenidamente las sensaciones de ansiedad, sin evitarlo, puede dirigir a una reducción de la reactividad emocional (Álvarez, 2017).

- **Exposición**

La exposición es un mecanismo importante en la práctica clínica que consiste en la exposición prolongada con aceptación a las sensaciones o estados emocionales displacenteros. Esto permite un incremento de la tolerancia estas respuestas del individuo y a modificar su significado subjetivo (Álvarez, 2017).

Este mecanismo comparte el mismo efecto de la terapia de exposición del conductismo, logrando exponer a las personas a los estímulos ansiógenos y prevenir la habitual respuesta para extinguir la respuesta del miedo y, en consecuencia, adopten una sensación de seguridad ante el estímulo temido (Álvarez, 2017).

- **Cambio cognitivo**

La práctica de mindfulness genera que los patrones de pensamiento y emociones se modifiquen (Álvarez, 2017). Observar los pensamientos y sentimientos con aceptación, sin caer en el juicio, sin identificarnos con ellos trae como beneficio que la persona comprenda que los pensamientos son solo pensamientos y que no suelen ser reflejo exacto de la realidad y este cambio a nivel cognitivo da lugar a una respuesta más positiva en el área psíquica y física del sujeto (Kabat-Zinn, 1990)

- **Autogestión/Autorregulación**

La práctica continuada de Mindfulness sugiere un incremento del estado de conciencia que puede inhibir los mecanismos automáticos. Cuando se perciben sensaciones físicas o tensiones a nivel muscular se incorporan los elementos del mindfulness tales como la atención consciente, aceptación, ecuanimidad, atención focalizada a la experiencia del momento presente. Todo esto permite que el mecanismo automático de respuesta disminuya su presentación (Álvarez, 2017).

De la misma forma, como lo señala Parra et al. (2012), la práctica del mindfulness promueve la regulación natural del organismo, reduciendo respuestas automáticas y facilitando el autocuidado.

- **Relajación**

El objetivo de la práctica de mindfulness es enseñar a asumir una postura de observación de la experiencia presente, sin enjuiciarla. Esta práctica de atención consciente a los estímulos escogidos sobre la experiencia presente no excluye la experimentación de tensión

muscular, activación autonómica, pensamientos intrusivos y otras sensaciones incompatibles con el estado de relajación (Álvarez, 2017). Sin embargo, como señala Parra et al. (2012) la práctica de la meditación a largo plazo puede implicar un estado de mayor serenidad.

- **Aceptación**

Para Parra et al. (2012) la aceptación es una actitud básica del mindfulness y, además, un componente psicoterapéutico que favorece cambios a otros niveles. Con las habilidades de aceptación, el sujeto aprende a responder de manera adaptativa a los contenidos psicológicos y/o fenómenos corporales como el dolor, anteriormente evitados.

Con las habilidades de aceptación, la persona aprende a conducirse de forma adaptativo a las experiencias displacenteras que en situaciones anteriores había evitado (Álvarez, 2017). En este sentido Delgado (2009) señala la aceptación está acompañada del reconocimiento de transitoriedad de las sensaciones y los eventos mentales junto con la renovación de la conciencia del momento presente, lo que permite a la persona, distanciándose de la resignación o indiferencia, comprometerse con la acción o el posible cambio en la dirección valiosa.

- **Conocimiento del cuerpo**

La experiencia corporal es un aspecto fundamental a la hora de practicar el momento presente. La información que recogemos mediante los sentidos nos facilita entrar en el aquí y ahora, convirtiéndose la percepción de las sensaciones corporales en un elemento de primer orden en la práctica de mindfulness (Álvarez, 2017).

Inicialmente el foco atencional suele ser la respiración y luego se va extendiendo a otros estímulos como las sensaciones corporales. La práctica de conciencia corporal mediante el

mindfulness da espacio a habilidades que posteriormente se aplicarán en la toma de conciencia de otros contextos (Álvarez, 2017).

Al aumentar la consciencia de la respuesta corporal a un estímulo emocional podría conducir a una mayor consciencia de la propia experiencia emocional y, en consecuencia, poder regular las emociones (Álvarez, 2017).

- **Metacognición**

Álvarez (2017) refiere que la metacognición se relaciona con la regulación de la atención, ya que implica la focalización de la atención sobre contenidos mentales. Esta consciencia metacognitiva es un componente clave de los acercamientos terapéuticos que utilizan Mindfulness.

En los problemas de sintomatología depresiva se observan mucho la presentación de rumiaciones donde los pensamientos toman un papel descalificador de la persona, sin embargo, en la práctica de mindfulness se trata de ser observadores de nuestros pensamientos, modificando el tipo de relación que la persona tiene con sus pensamientos (Álvarez, 2017).

Aún persiste el debate entre la relación del mindfulness y la metacognición, puesto que algunos autores señalan su similitud, mientras que otros como Brown y Ryan (2003) afirman que son capacidades diferentes, ya que en la metacognición se realizan actividades de planificar, monitorizar y controlar las actividades cognitivas para alcanzar objetivos cognitivos, sin embargo, la consciencia plena implica un proceso perceptual al vincularse con los pensamientos, emociones y otros contenidos de la consciencia, más que dentro de ellos (Álvarez, 2017).

- **Descentramiento**

Shapiro et al. (2006) refieren que el descentramiento es la habilidad de salir de la experiencia de uno mismo. Se trata de una toma de perspectiva donde la persona deja de observarse como actor y enfoca su visión como parte de la audiencia observadora.

Este concepto es la idea fundamental en la terapia cognitiva basada en mindfulness, donde practicar la atención plena permite a las personas relacionarse de una manera diferente y nueva con aquellos pensamientos y sentimientos negativos (Shapiro et al., 2006). Asimismo, mencionan que el descentramiento da lugar a resultados positivos de la atención plena actuando sobre cuatro mecanismos adicionales: (a) la capacidad de permanecer estable ante el cambio y de adaptarse según sea necesario; b) flexibilidad en las respuestas, ya sean emocionales, conductuales o cognitivas; (c) clarificación de valores importantes para el yo; y (d) exposición directa a una variedad de estados y situaciones emocionales desagradables.

Este concepto se ha relacionado con la salud psicológica, estableciéndose que niveles más altos de descentramiento sugieren niveles más bajos de angustia psicológica tales como el estrés, la ansiedad y la depresión (Álvarez, 2017).

2.1.5. Mindfulness en la práctica terapéutica

Como se ha mencionado anteriormente, el Mindfulness es una práctica que proviene de la filosofía budista y que fue incorporándose en el ejercicio clínico occidental debido a sus beneficios en la salud física y psicológica.

La introducción del mindfulness en el mundo occidental nace en un programa de reducción del estrés basado en mindfulness desarrollado por Jon Kabat-Zinn en la Universidad de Massachussetts en el año de 1979. Posteriormente se amplió en diferentes programas de intervención terapéutica tales como la Terapia cognitiva basada en Mindfulness (Garavito,

2017) y, además, forma parte de orientaciones terapéuticas que la emplean en su práctica clínica, tales como la terapia dialéctica conductual, la terapia de aceptación y compromiso, y la terapia breve relacional (Pérez y Botella, 2006).

Los programas de intervención basados en mindfulness evidencian eficacia en sus resultados para el tratamiento de trastornos físicos y psicológicos (Melero, y Yela, 2014). La efectividad del mindfulness se ha observado en la disminución de la ansiedad y el estrés (Franco, 2009; Alvarado-García et al., 2019), así como en síntomas depresivos (Brito, 2011) y en el mejoramiento del estado de ánimo y el funcionamiento cognitivo (Montoya et al., 2007).

2.1.6. Modelo Cognitivo Conductual (TCC)

La terapia cognitiva conductual surge se enfoca en trabajar la modificación de pensamientos, emociones, conductas y respuestas fisiológicas que generan algún tipo de malestar al individuo por unos más adaptativos (Puerta y Padilla, 2011).

Según Calderón (2022) este modelo de intervención busca comprender cómo uno piensa de sí mismo, de otros y del mundo, además de la forma en la que afecta a su mecanismo cognitivo y emocional, centrándose en problemas y dificultades del ‘aquí y ahora’ y no en hechos del pasado.

Asimismo, Ruiz et al. (2012) refieren que este enfoque permite desarrollar o potenciar determinadas habilidades del sujeto, con el fin de generar una mejor adaptación a su medio y mejorar su calidad de vida.

- **Características de la Terapia Cognitivo Conductual**

Ruiz et al. (2012) plantean las siguientes características del modelo cognitivo conductual:

- Es una actividad terapéutica basada inicialmente en principios del aprendizaje, actualmente sustentadas en evidencias científicas.
- Las técnicas que se utilizan provienen de estudios experimentales y de la práctica clínica.
- El objeto de estudio en el tratamiento es la conducta, así como sus procesos subyacentes, además de los diferentes niveles (fisiológico, cognitivo, emocional y conductual) por las que puedan ser evaluados y/o medidos.
- La conducta se define como algo aprendido, producto de diversos elementos que han participado en la historial de aprendizaje, no se ignora los factores biológicos ni sociales.
- El cambio conductual, cognitivo y emocional es el objetivo primordial del tratamiento, generándose respuestas más adaptativas.
- Se hace hincapié en los determinantes actuales de la conducta, sin embargo, no desestima los factores históricos como parte de la explicación del problema actual.
- Utiliza una metodología experimental, tanto en el proceso de evaluación, explicación, intervención y valoración de resultados.
- La evaluación y el tratamiento tienen una relación estrecha durante todo el proceso de terapéutico. No obstante, también existen intervenciones planteadas en función de criterios diagnósticos y mediante protocolos estandarizados eficaces.
- Presta atención a la evaluación de la eficacia de los resultados de la intervención, lo cual se realiza experimentalmente a partir de la conducta trabajada, tanto a corto y largo plazo, así como a la generalización en el ambiente natural de la persona.

- Maneja un enfoque activo del participante, ya que se le indica la realización de determinadas actividades en su ambiente natural.
- La relación terapéutica resulta de valor significativo, puesto que las contingencias desarrolladas en la sesión terapéutica son tan relevantes en el aprendizaje del sujeto, como en cualquier otro contexto del individuo.

2.1.7. Modelo de las cinco facetas del mindfulness

El modelo de cinco facetas del mindfulness surge luego de una aproximación que la terapia dialéctica conductual (DBT) presenta sobre el mindfulness (Brown et al., 2007), ya que la composición del modelo se ha basado en las habilidades mindfulness de esta terapia.

La atención plena en la DBT se entiende como una actitud contemplativa de las experiencias, en la cual la persona se da permiso de conocerlas y aceptarlas, sin realizar juicios de valor sobre ellas (García y Navarro, 2016).

Dimidjan y Linehan (2003) refieren que la conceptualización de la atención plena se basa en 3 cualidades basadas en qué uno hace en la práctica de mindfulness, las cuales son: observar (notar o prestar atención a los pensamientos, emociones o sensaciones), describir (etiquetas verbales aplicadas a los eventos internos y ambientales) y participar (acción espontánea de la persona con su entorno).

Además, en DBT también se presenta 3 cualidades relacionadas con la forma de realizar estas actividades de atención plena, que serían: no juzgar la experiencia (postura no evaluativa, sin juicio de valor), estar en el momento presente (con mente de principiante, enfocar su atención en la experiencia) y actuar efectivamente (hacer lo que funciona en una situación determinada) (Dimidjan y Linehan, 2003; Linehan, 2020).

Asimismo, la estructura de las 5 facetas se construyó a partir de una investigación realizada por Baer et al., en el 2006, donde utilizaron cinco cuestionarios (MAAS, FMI, KIMS, CAMS y MQ) que medían mindfulness para estudiar la estructura factorial de este constructo. El resultado psicométrico obtenido describe el mindfulness en 5 factores, las cuales se explican brevemente a continuación:

- **Observación:** significa atender, observar o notar los eventos internos y externos, ya sean emociones, pensamientos, respuestas físicas o sensoriales.
- **Descripción:** hace referencia a nombrar con palabras lo observado en la actividad, sin emitir juicios o posiciones evaluativas de <<bueno>> o <<malo>>.
- **Actuar con conciencia:** implica la focalización de la atención consciente en la experiencia, en el momento presente, es lo contrario a vivir automáticamente.
- **Ausencia de juicio:** es tener una posición no evaluadora sobre lo experimentado en el presente, aceptándolo, sin intentar modificarlas, ni evitarlas y permitiendo su ingreso a la conciencia.
- **Ausencia de reactividad:** se define como la disposición a no reaccionar ante los sentimientos o emociones experimentados, es dejarse llevar por los mismos.

2.2. Riesgo de Recaída

2.2.1. Definición de Recaída

Solano (2017) refiere que la recaída es el reinicio del comportamiento adictivo luego de experimentar un importante periodo de abstinencia. El modelo teórico de Marlatt y Gordon sugiere que este concepto surge de la consecuencia a la exposición de situaciones de riesgo, donde el individuo no usa correctamente las estrategias de afrontamiento (Jiménez, 2015) o

debido a una falla en la práctica de las estrategias de estabilización y mantenimiento de la abstinencia (Graña, 1994).

Por su parte, Regadera, en el 2016, afirma que la recaída es un proceso o evento discreto de carácter progresivo e insidioso que dirige a la persona adicta a retornar al consumo de la sustancia, experimentando la misma intensidad que en los niveles previos al tratamiento. Asimismo, Regadera (2016) agrega que:

Es importante distinguir la recaída del lapso, desliz, caída temporal o recidiva, que supone el primer consumo después de un periodo de abstinencia. La recidiva o el desliz, es un obstáculo o un retroceso en el intento de una persona de cambiar o modificar una conducta concreta. En cambio, la recaída supone el uso continuado de la sustancia después de este desliz (p. 38).

Chiauzzi (1991; citado por Abramonte, 2019) sostiene que la recaída depende de la historia de aprendizaje de la persona, así como de la participación e interacción de factores tales como el funcionamiento físico (biológico), la predisposición psicológica y el entorno social donde se desenvuelve.

La recaída aparece cuando el deseo de consumir (craving) toma presencia en el adicto (Regadera, 2016); previamente la participación de factores estresantes toma importancia como evento activador, puesto que el estrés aumenta el efecto reforzador de las drogas, actuando como estímulo condicionado y estimulando el sistema de recompensa y la vulnerabilidad de la persona para retornar a la conducta de consumo (Pereiro, 2010).

2.2.2. Modelos Teóricos

- **Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente**

El modelo de Prochaska y DiClemente plantea la existencia de 3 dimensiones que interactúan entre sí: estadios, procesos y niveles. Los estadios son etapas temporales de permanencia, mientras que los procesos de cambio son las estrategias que se ponen en práctica para tener conductas que le permitan a la persona tener éxito en el proceso terapéutico (Álvarez, 2008), por su parte los niveles son las dificultades que se presentan durante cada estadio (Abramonte, 2019).

Se considera que es una propuesta no lineal, donde el paso de un estadio a otro es de carácter cíclico o que puede entenderse como un gráfico de espiral, puesto que la persona puede pasar varias veces por las fases de cambio y ninguna de las experiencias será igual a la anterior, de esta manera el sujeto puede recaer varias veces hasta conseguir una conducta de cese definitivo del consumo (Becoña et al., 2010). Asimismo, Becoña et al. (2010) agrega que:

Dentro del estadio de acción y mantenimiento, el paciente puede ‘recaer’, entendiendo la recaída como el regreso a un estadio motivacional inferior. En este caso, si la persona se encuentra en el estadio de acción regresaría al de preparación, contemplación o precontemplación. Si la persona estuviese situada en el estadio de mantenimiento podría regresar al de acción, preparación, contemplación o precontemplación (p. 68).

Las recaídas son una parte del proceso de cambio antes de llegar a un abandono definitivo del consumo de drogas. La recaída no siempre lleva al abandono del tratamiento, sino que le permite al paciente prepararse para retomar el camino del cambio a través de las

estrategias que le proporciona el terapeuta y los objetivos que se plantean y ajustan en función a la fase donde se encuentra la persona (Becoña et al., 2010).

La recaída ocurre cuando las estrategias de afrontamiento se encuentran en déficit o se ejecutan inadecuadamente; normalmente en la fase de recaída se observan sentimientos de culpa, de fracaso y posible desesperanza, lo que puede tener incidencia en la autoeficacia de la persona (Becoña et al., 2010). Sin embargo, según esta postura teórica, la recaída no se considera como un fracaso, sino como una oportunidad que le servirá al paciente para que tenga un mejor manejo de contingencias (Abramonte, 2019).

- **Modelo cognitivo conductual de Marlatt y Gordon**

Según Abramonte (2019) este modelo trabaja bajo el enfoque cognitivo conductual utilizando los principios del condicionamiento clásico, operante y aprendizaje social, además integra los procesos cognitivos como parte de su explicación del mantenimiento de la conducta adictiva. La recuperación implica una actividad de aprendizaje donde el paciente toma un papel activo y responsable para alcanzar el autocontrol (Graña, 1994).

Graña (1994) refiere que este Modelo de prevención de recaídas considera que el proceso de cambio está compuesto por 3 etapas: 1) asumir el compromiso de que la persona quiere cambiar, 2) llevar a cabo el cambio, y 3) mantener el cambio alcanzado. Es en esta última etapa donde se diferencian los procedimientos de intervención cognitivo conductuales puesto que es la etapa donde se presentan el mayor número de crisis.

Según este modelo la probabilidad de una recaída disminuye cuando al momento de afrontar adecuadamente una situación de alto riesgo, el drogodependiente aumenta su percepción de eficacia personal (Graña, 1994). “La fuerza de la expectativa de eficacia

determina que el individuo crea que va a lograr el éxito con la respuesta de manejo de la amenaza” (Graña, 1994, p. 228).

Otra forma cognitiva de mediar la habilidad de una persona para hacer frente una situación de alto riesgo radica en la expectativa del resultado, la cual indica que, si una persona tiene expectativas de resultado bajas, la probabilidad de recaída es mayor puesto que el sujeto no espera tener éxito; la consecuencia puede ser que el individuo presente una conducta ineficaz o utilice estrategias de afrontamiento menos eficaces (Graña, 1994).

Marlatt y Gordon (1985; citado por Solano, 2017) proponen el concepto ‘Efecto de la violación de la abstinencia (EVA)’, la cual consiste en un estilo atribucional que implica una respuesta afectiva negativa, posterior a la reiteración del comportamiento de consumo, que se caracteriza por una sensación de desamparo, disminución de la autoeficacia y una tendencia a actuar de forma pasiva ante la situación de volver a reiniciar su consumo; esto podría completar el proceso de recaída del sujeto (Solano, 2017). En el EVA participan elementos cognitivos tales como la disonancia cognitiva, la atribución de la causa de la recaída producto de un fracaso personal y el deseo reforzado por la reiteración del consumo (Graña, 1994).

- **Modelo de Gorski y Miller**

Gorski (2013; como se citó en Solano, 2017) señala que el proceso de recuperación pasa por diferentes etapas, las cuales son: transición (sufrimiento y reconocimiento de la incapacidad de autocontrol), estabilización (proceso de recuperación del síndrome de abstinencia), recuperación temprana (aprendizaje de sentirse cómoda con la abstinencia y desarrollo de habilidades de afrontamiento ante el consumo), recuperación media (priorización de relaciones afectivas), recuperación tardía (sanar el pasado y aprender a resolver problemas de la vida diaria) y mantenimiento (sostener una vida equilibrada de crecimiento y desarrollo).

Estos autores describieron síntomas de aviso de recaídas, que fueron relatados por alcohólicos observados antes del primer consumo de alcohol (Gorski y Miller, 1982; como se citó en Álvarez, 2011):

- Fase 1. Regreso a la negación: se da la preocupación por su estado de salud y negación de la realidad problemática.
- Fase 2. Impedimentos y comportamientos defensivos: presenta una tendencia a estar a la defensiva, así como de preocuparse más por los demás que por sí mismo.
- Fase 3. Construyendo la crisis: se empieza a experimentar problemas por la negación de sus emociones, así como pensamientos distorsionados, deja de planificar su vida de forma adecuada, puede presentar depresión secundaria (leve).
- Fase 4. Inmovilización: aquí suelen aparecer ilusiones y sentimientos de incapacidad para realizar cualquier conducta de desprendimiento de la droga.
- Fase 5. Confusión y súper - reacción. Las señales de aviso más comunes que se observan son: dificultades para controlar sus emociones al interactuar con sus amistades, hay presencia de irritabilidad y reacciones de hiperalerta ante eventos estresantes.
- Fase 6. Depresión: los hábitos de alimentación se desestabilizan, existe falta de iniciativa, dificultades notorias para conciliar el sueño y sobreponerse a las actividades diarias.
- Fase 7. Pérdida del control del comportamiento: la participación en el tratamiento o grupos de apoyo es mínima, se observa un alto rechazo a la ayuda, actitud de indiferencia y sentimientos de impotencia.
- Fase 8. Reconocimiento de pérdida del control: aquí la persona identifica o es consciente de su incapacidad para controlar su conducta, presenta una baja percepción de autoeficacia y autoconfianza. Aparecen pensamientos de beber.

- Fase 9. Reducción de opciones: en esta fase es común los sentimientos de pérdida de control y esperanza, pensamientos de que nadie lo puede ayudar, se presenta constantemente sensaciones de frustración, ira y tensión, así como una tendencia a aislarse.
- Fase 10. Recaída: retorno al consumo de la sustancia, se inicia toda un malestar físico y emocional, acompañados de sentimientos de vergüenza y culpa, pérdida de autocontrol y problemas de salud.

2.3. Comunidad Terapéutica

2.3.1. Definición de Comunidades Terapéuticas

Las comunidades terapéuticas (CT) hacen referencia a toda modalidad de tratamiento para el abuso y dependencia de drogas, en el que el elemento esencial es la comunidad, que actúa como el método principal para promover el cambio psicosocial en los residentes a través de la interacción y participación activa tanto de los profesionales de la salud como de los mismos residentes (Fiestas y Ponce, 2012).

La Organización de las Naciones Unidas (2002) señala que las comunidades terapéuticas son entornos estructurados donde las personas con problemas de drogas permanecen durante una etapa de rehabilitación; además refiere que esas comunidades funcionan bajo normas estrictas con el fin de promover la confrontación de la persona con su problema de drogas y su recuperación a través del apoyo del personal y de personas que se han enfrentado a un problema similar.

Según Volkow, en el 2003, las comunidades terapéuticas son ambientes residenciales libres de cualquier sustancia psicoactiva y que presentan un modelo jerárquico con etapas de tratamiento que reflejan niveles de progresiva responsabilidad personal y social.

Las comunidades terapéuticas hacen hincapié en la ‘resocialización’ del residente y pone en funcionamiento activo a la comunidad entera del programa con el fin de desarrollar la responsabilidad personal y una vida productiva en los usuarios; además, el tratamiento es muy estructurado, llegándose a trabajar actividades para ayudar a modificar creencias malsanas y patrones de conducta destructivos, y así adoptar nuevas formas constructivas de interactuar en el medio social (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, 2010). El tratamiento se basa en una intervención grupal e individual dentro de un enfoque socioterapéutico y educativo de 24 horas (Mavrou, 2012).

En este contexto, los residentes se adhieren a normas estrictas y explícitas de conducta, que son reforzadas de forma sistemática por contingencias específicas (refuerzo y/o castigos), con el objetivo de desarrollar el autocontrol y la responsabilidad individual. Las actividades rutinarias altamente estructuradas pretenden contrarrestar el estilo de vida desordenado, característico de los residentes y enseñarles a planificar, a establecer objetivos y a adquirir responsabilidades (Pedrero et al., 2008, p.56).

Nizama-Valladolid et al. (1995) explican que las comunidades terapéuticas tienen como objetivos estimular las relaciones interpersonales, fortalecer la buena comunicación, aprender nuevos patrones de conducta adaptativos, asignar mayor responsabilidad en función a sus capacidades y redefinir los roles del paciente y personal de salud.

2.3.2. Características de las Comunidades Terapéuticas

El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2003; como se citó en Solano, 2017, p. 67) describe tres etapas fundamentales en los que se divide toda comunidad terapéutica:

- Etapa 1: La inducción y el tratamiento temprano ocurren durante los primeros 30 días, para adaptar a la persona en la filosofía de la CT. El residente nuevo aprende las políticas y los procedimientos básicos; establece una relación de confianza con sus compañeros y el personal de la CT; con apoyo empieza una evaluación personal de sus fortalezas y debilidades. Comprende la naturaleza de la adicción y debe comenzar a comprometerse con el proceso de recuperación.
- Etapa 2: El tratamiento primario utiliza un modelo estructurado a través de niveles progresivos en función de objetivos terapéuticos. La CT utiliza estrategias para cambiar actitudes, percepciones y comportamientos de la persona relacionados con el uso de drogas, se enfoca en sus necesidades sociales, educativas, vocacionales, familiares y psicológicas.
- Etapa 3: Se busca facilitar la separación de la persona de la CT y su reinserción a la sociedad. Un residente que termina el tratamiento con alta terapéutica debe obtener un empleo o puede retomar sus estudios. Los servicios después del tratamiento residencial pueden incluir consejería individual, familiar y asesoramiento educativo.

2.3.3. Comunidades Terapéuticas en el Perú

En el Perú las comunidades terapéuticas son mayoritariamente privadas, siendo el Centro de Rehabilitación de Ñaña la única comunidad terapéutica profesional pública. Estos centros utilizan métodos y programas con estrategias y técnicas psicológicas. Por otro lado, en

nuestro contexto existen alternativas no profesionalizadas dirigidos por ex consumidores (algunos recuperados), donde su naturaleza suele tener una orientación religiosa, permitiendo la cohesión grupal y la conservación del liderazgo (CEDRO, 2006).

Las comunidades terapéuticas formales se encuentran registradas a la asociación de comunidades terapéuticas del Perú, fundado en 1995, el cual se encuentra afiliada a la Federación Latinoamericana de comunidades terapéuticas y a la Federación Mundial de comunidades terapéuticas (DEVIDA, 2010; citado por Abramonte, 2017).

En el otro vértice se encuentra la existencia de organizaciones informales donde cada vez aumentan. CEDRO, en el 2006, explica que el crecimiento de la informalidad viene siendo una problemática importante debido a que existe un mínimo porcentaje de centros que se encuentran correctamente registrados en los municipios e instituciones de salud, las razones probablemente se derivan de los procesos engorrosos de formalización, la inversión económica que implica y, en otras situaciones, por el desinterés de un trabajo serio.

Los bajos costos económicos y la desesperación de las familias juegan un papel importante y favorece a que dichas comunidades terapéuticas informales se incrementen. Sin embargo, en muchos casos se han presentado un gran número de denuncias por abusos físicos (en algunos casos fallecimientos) o prácticas inhumanas hacia los internos fortalecido por el déficit de la evaluación de la calidad de los resultados y la ausencia de personal profesional calificado (CEDRO, 2006).

Es habitual que no exista un protocolo de tratamiento estándar para la mayor parte de las organizaciones que no ofrecen adecuadas condiciones de ambientación y alimentación para los internos, además de la carencia de programas de acompañamiento y seguimiento que, en su conjunto, no favorecen la efectividad de este tipo de instituciones (CEDRO, 2006).

III. MÉTODO

3.1. Diseño y tipo de investigación

El presente estudio es de enfoque cuantitativo, ya que la recolección de datos para probar hipótesis, fue con base en la medición numérica y el análisis estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández et al., 2006).

El tipo de investigación fue descriptivo-correlacional. Según Hernández et al. (2014), los estudios de tipo descriptivo buscan especificar propiedades, características y riesgos importantes de cualquier fenómeno que se analice, y los estudios correlacionales tienen como propósito conocer la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables en un contexto particular.

El diseño fue no experimental de naturaleza transversal, ya que se observó situaciones ya existentes, no provocadas en la investigación (Hernández et al., 2014).

3.2. Ámbito espacial y temporal:

La presente investigación se desarrolló en 5 comunidades terapéuticas pertenecientes a Lima Metropolitana. La cantidad de residentes de cada comunidad terapéutica varía, siendo un mínimo de 15 y un máximo de 100 con edades que fluctúan entre los 16 y 60 años, que presentan problemas con el uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas. Estas comunidades terapéuticas brindan a la comunidad en general un programa sistemático de tratamiento, rehabilitación y reinserción socio-familiar desde una perspectiva multidisciplinaria a través del cual buscan un abordaje integral y brindar a los residentes una calidad de vida funcional y adaptativa que le permita lograr sus metas de vida.

Actualmente en las comunidades terapéuticas existen restricciones de acceso producto del estado de emergencia sanitaria por el Covid-19, además, se viene aplicando los protocolos de bioseguridad como medida de prevención.

La recolección de datos se realizó en el segundo semestre del año 2022 previa formalización con una solicitud para el acceso a las comunidades.

3.3. Variables

3.3.1. Mindfulness

- Definición conceptual: es el proceso de centrar la atención en el momento actual, sin una postura crítica y aceptando la experiencia tal como se presenta (Baer, 2010; como se citó en Gonzales y Villanueva, 2020).
- Definición operacional: el mindfulness está compuesto por los siguientes indicadores: observación, descripción, actuar con conciencia, no juicio y no reactividad. Esta variable se obtiene de la suma de los puntajes obtenidos por cada ítem correspondientes a cada factor del Cuestionario FFMQ, considerando los ítems inversos (Baer et al., 2006).

Tabla 1

Operacionalización de la variable Mindfulness

Escala de Medida	Criterio de Medición	Dimensiones	Ítems
Ordinal	Respuesta a los ítems en escala de tipo Likert.	Observación	1, 6, 11, 15, 20, 26, 31 y 36
	Nunca o muy rara vez es cierto = 1 punto; Rara vez es	Descripción	2, 7, 12, 16, 22, 27, 32 y 37

cierto = 2 puntos; Algunas veces es cierto = 3 puntos; A menudo es cierto = 4 puntos; Muy a menudo o siempre es cierto = 5 puntos	Actuar con conciencia	5, 8, 13, 18, 23, 28, 34 y 38
	No juicio	3, 10, 14, 17, 25, 30, 35 y 39
	No reactividad	4, 9, 19, 21, 24, 29 y 33

3.3.2. Riesgo de recaída

- Definición conceptual: es una serie de síntomas leves y severos, que aumentan progresivamente en la persona, como el estrés, la negación, el cambio en el comportamiento, el rompimiento en la estructura social, la pérdida del autocontrol y reducción de opciones de realización (Gorski y Miller, 1982; como se citó en Abramonte, 2019).
- Definición operacional: el riesgo de recaída es una variable unidimensional compuesta por los siguientes indicadores: Cambios de actitud, cambios en el pensamiento, cambios en el comportamiento y cambios en el humor. Dicha variable se obtiene sumando los puntajes obtenidos de cada ítem del 1 al 28 pertenecientes al Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 de Gorski y Miller.

Tabla 2

Operacionalización de la variable Riesgo de recaída

Escala de Medición	Criterio de Medición	Dimensiones	Ítems
Ordinal	Respuesta a los ítems en escala de tipo Likert. Nunca = 1 punto; Pocas veces = 2 puntos; A veces = 3 puntos; Relativamente	Unidimensional	1 al 28

a menudo = 4 puntos; A
 menudo = 5 puntos; Casi
 siempre = 6 puntos;
 Siempre = 7 puntos

3.4. Población y Muestra

La población estuvo conformada por 201 residentes de 5 comunidades terapéuticas. Al realizar control de calidad de los instrumentos aplicados se depuró 42, se obtuvo una muestra de 159 residentes, de sexo masculino, cuyas edades fluctúan de los 18 a 69 años. El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional debido a las características de los participantes y por su accesibilidad. Para determinar el tamaño de muestra se utilizó el programa G Power (Faul et al., 2009), considerándose los siguientes parámetros: un error igual a 0.05, con un nivel de confianza de 95% y un tamaño del efecto equivalente a .30 (Cohen, 1988), para una hipótesis unidireccional.

La frecuencia de participantes por cada comunidad terapéutica fue de la siguiente manera:

Tabla 3

Frecuencia de participantes según centro de rehabilitación de adicciones

Centro de rehabilitación	Participantes
‘Proyecto de Vida’	74
‘Casa Emmanuel’	16
‘Camino de fe’	20
‘Proyecto Fénix’	12
‘Cristo es mi roca’	37
Total	159

Criterios de Inclusión

- Tener una edad igual o superior a los 18 años.
- Pacientes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.
- Pacientes pertenecientes a comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.
- El tratamiento que estén llevando los pacientes sea un proceso de internamiento en una comunidad terapéutica de Lima Metropolitana.

Criterios de Exclusión

- Pacientes con algún diagnóstico psiquiátrico grave que no le permita responder los cuestionarios.
- Pacientes con problemas sensorio-perceptivos.
- Usuarios bajo los efectos de alguna sustancia psicoactiva.

3.5. Instrumentos

3.5.1. Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)

El Five Facet Mindfulness Questionnaire fue creado por Baer et al., en 2006. Está compuesta por 39 ítems. Tiene como objetivo medir el mindfulness a partir de cinco factores (Observación, descripción, actuar con conciencia, ausencia de juicio y ausencia de reactividad). Es de administración individual y colectiva. El cuestionario tiene un formato Likert de 5 opciones de respuesta; desde 1 'Nunca o muy rara vez cierto', hasta el 5 'Muy a menudo o siempre cierto'. La puntuación mínima y máxima del cuestionario es de 39 puntos y 195 puntos, respectivamente.

Baer et al. (2008) validaron la escala FFMQ con cuatro muestras de participantes. Estos autores hallaron que los coeficientes alfa estuvieron en un rango de .72 a .92 para todas las facetas de dicha escala, con excepción de la faceta no reactividad, que presentó un α de .67. En el 2006, Baer et al., realizaron la validez mediante un análisis factorial exploratorio utilizando el método de factorización de eje principal con rotación oblicua, en el que obtuvieron un total de 5 factores. Asimismo, realizaron un análisis factorial donde el modelo de 5 factores presentó los siguientes índices de ajuste: $X^2 = 146.68$, $gl = 80$; CFI = .96; NNFI = .95; RMSEA = .06.

Asimismo, hallaron que el factor observación no encajaba en el modelo jerárquico con población sin experiencia en meditación, pero sí en una muestra con experiencia en meditación, sin embargo, aún no queda claro que los ítems de dicho factor no formen parte de sus características como parte del mindfulness, ya que, en otro estudio, Christopher et al. (2012) confirmaron la estructura de 5 factores, así como un buen ajuste a los datos.

La validez de constructo de tipo convergente se realizó entre las dimensiones del FFMQ y con el puntaje total de la escala de Bienestar Psicológico (PWB) en tres muestras (estudiantes, meditadores. Los resultados indican que la mayoría de las correlaciones fueron significativas y directas, no obstante, el factor observación solo obtuvo una adecuada significancia en la muestra de meditación (Baer et al., 2008).

Por su parte, también se utilizó el Inventario Breve de Síntomas en 4 muestras independientes, encontrándose correlaciones negativas para la mayoría de las dimensiones del FFMQ y los síntomas, con excepción de la dimensión observación, donde solo se halló correlación negativa en la muestra de meditadores (Baer et al., 2008).

En el contexto nacional, Loret de Mola, en el 2009, determinó las propiedades psicométricas del MASS en una muestra total de 110 participantes de Lima, Perú, agrupados en dos muestras, una compuesta por meditadores ($n=55$) y otra de no meditadores ($n=55$). Se

obtuvo un índice de confiabilidad aceptable para la escala completa ($\alpha = .89$), mientras que para cada uno de los factores oscilaron entre .77 y .86. Además, la validez de constructo de tipo convergente lo llevó a cabo con el cuestionario sobre la historia de meditación, encontrando una correlación de .30. De igual forma se halló intercorrelaciones entre la mayoría de los factores del FFMQ, con un rango de .33 y .36.

Por su parte, en un estudio realizado por Gonzáles y Villanueva (2020) en una muestra de 484 universitarios de Lima, encontraron un Alfa de Cronbach equivalente a .829 para la puntuación total. La validez de constructo la llevaron a cabo a través del Análisis Factorial Confirmatorio, señalando un mejor ajuste bajo un modelo de 4 factores, sin embargo, también se observó un buen ajuste para el modelo de 5 factores (CFI = 0.88, RMSEA = 0.06, SRMR = 0.09 y NNFI = 0.87), así como un promedio cargas factoriales estandarizadas (λ) de 0.53 bajo este último modelo.

Para la presente investigación se determinaron las propiedades psicométricas del FFMQ. Se obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de cronbach de .749 para el test total, mientras que para las dimensiones se hallaron valores aceptables (Observación = .743, Descripción = .743, Actuar con consciencia = .623, No juicio = .781 y No reactividad = .694). Asimismo, se realizó el análisis de correlación ítem-test, encontrándose que la mayoría de los ítems presentan correlaciones mayores .30 y son estadísticamente significativos ($p < 0.05$) con el cuestionario total, con excepción de los ítems 3, 10, 35 y 39, los cuales no presentan correlación con el constructo. Sin embargo, se mantuvo dichos ítems debido a la coherencia teórica que presentan con el constructo (Baer et al., 2006).

3.5.2. Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0

El Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 fue desarrollado por Gorski y Miller en 1986. Está compuesta por 28 ítems y es unidimensional. La Escala tiene como propósito evaluar el nivel de riesgo de recaída en adicciones posee una persona drogodependiente. Es de administración individual y colectiva. El cuestionario tiene un formato Likert de 7 puntos; a partir del 1 'nunca', hasta el 7 'siempre'. El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más baja posible) a 196 (máxima puntuación posible).

Valles (2016) realizó una adaptación piloto en un estudio conformado con una muestra de 50 sujetos de ambos sexos. Se obtuvo un alfa de cronbach de 0.90 mostrando un alto nivel de confiabilidad. Asimismo, para evaluar la validez se utilizó la prueba V de Aiken, la cual determinó que todos los ítems se mantienen, y según la prueba binomial concluyó que los valores son menores a 0.05, por lo tanto, el cuestionario es válido.

En la presente investigación también se halló que el coeficiente de confiabilidad alfa de cronbach para el cuestionario AWARE fue de .901, siendo un valor alto. Asimismo, el análisis de correlación ítem-test mostró que todos los ítems de dicho cuestionario se correlacionan significativamente con el test total, presentando un intervalo de correlación de .222 y .708.

3.6. Procedimiento

Se tomó contacto con los directores de cada Comunidad Terapéutica de la zona de Lima Metropolitana con el fin de entregar una carta de presentación y el consentimiento informado para participar en la investigación. Posteriormente, se coordinó con las autoridades correspondientes de cada comunidad las fechas de aplicación, acordando una jornada para la recolección de datos en un solo momento y espacio.

Se aplicaron las pruebas de manera colectiva y se solicitó a los residentes que resuelvan el cuestionario individualmente. También se les informó los motivos para realizar la investigación, y se les dio las indicaciones respectivas para el marcado de las respuestas de los cuestionarios. Culminada la prueba, se verificó si el adecuado marcado de respuestas. Seguidamente se hizo el control minucioso de la calidad de respuestas y se depuró 42. Se procedió a la elaboración de una base de datos utilizando el programa Microsoft Excel 2015 y finalmente se procesó toda la información mediante el uso del programa estadístico SPSS versión 23.0, para Windows Vista con la cual se calculó el coeficiente de correlación entre las variables de estudio, así como las demás pruebas estadísticas que permitieron obtener los resultados.

3.7. Análisis de datos

Para la investigación, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 23.0, el programa JAMOVI y el programa microsoft excel 2015, con el propósito de organizar la información en una base de datos y posteriormente a realizar el procesamiento estadístico de los mismos.

Para responder a las hipótesis planteadas, la relación entre mindfulness y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana, se determinó mediante pruebas estadísticas apropiadas a dichas variables. Así mismo, con la finalidad de comprender mejor la composición de la muestra, se presentaron los datos descriptivos de las variables de estudio. Entre algunos valores descriptivos calculados tenemos:

- Media aritmética: Para obtener los promedios de la población.
- Frecuencia: para saber que niveles se presentan con más frecuencia.
- Porcentajes: para conocer el porcentaje de aparición de los niveles en la muestra.

También se utilizó la estadística inferencial para poder contrastar las hipótesis planteadas en la presente investigación:

Se realizó la Prueba de normalidad Kolmogorov - Smimov, no ajustándose a una distribución normal, se utilizaron estadísticos no paramétricos entre ellos:

- Coeficiente de correlación de Spearman-Brown (Rho) con las correspondientes pruebas de significación al nivel de 0.05 para el análisis de correlación entre las variables de investigación mindfulness y riesgo de recaída. Asimismo, se utilizó el Coeficiente de correlación Omega de McDonald's.
- Pruebas de 'U' de Mann – Whitney, para comparar dos muestras.
- Prueba de 'X²' de Kruskal – Wallis para las comparaciones de 3 o más valores.

3.8. Consideraciones éticas

Para el desarrollo del presente estudio se tomó en cuenta todas las previsiones y los artículos establecidos en el capítulo de investigación del Código de ética y deontología del Colegio de Psicólogos del Perú (2017), con el fin de garantizar el respeto de la dignidad de los participantes en el presente estudio. Se consideraron las condiciones de reserva de identidad, participación voluntaria a través de la firma de un consentimiento informado (previamente explicado), sin existencia de presión a participar, la utilización de los resultados solo para fines investigativos, sin afectar negativamente a los sujetos, grupos o instituciones implicadas.

El análisis de los resultados obtenidos se realizó con la mayor objetividad y rigor científico, las sugerencias posteriores tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de la población de estudio a través de las actividades realizadas en las comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.

IV. RESULTADOS

4.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas

En la tabla 4 se observa la frecuencia del tiempo de internamiento en comunidades terapéuticas; el 49,1% de la muestra de estudio se encuentra dentro de los 3 primeros meses de internamiento, siendo el grupo de mayor frecuencia. Mientras que la de menor presencia fueron los participantes que llevan entre 10 a 12 meses de tratamiento residencial (5,7%).

Tabla 4

Frecuencia del tiempo de internamiento en comunidades terapéuticas

Tiempo de internamiento actual	f	%
0 a 3 meses	78	49,1
4 a 6 meses	26	16,4
7 a 9 meses	30	18,9
10 a 12 meses	9	5,7
Más de 12 meses	16	10,1
Total	159	100

En la tabla 5 se muestra que el estado civil de mayor porcentaje fue soltero (71,7%) y los de menor frecuencia viudo (0,7%), casado (0,8%) y divorciado (0,8%)

Tabla 5

Frecuencia de estado civil

Estado civil	f	%
Soltero	114	71,7
Casado	8	5,0
Viudo	1	0,7
Divorciado	8	5,0
Conviviente	28	17,6
Total	159	100

En la tabla 6 se observa que el 34,6% de la muestra de estudio se encuentra con secundaria completa y un 27% con secundaria incompleta. Mientras que el 1,3% presenta el mínimo grado de primaria incompleta.

Tabla 6

Frecuencia de grado de instrucción

Grado de instrucción	f	%
Primaria incompleta	2	1,3
Primaria completa	2	1,3
Secundaria incompleta	43	27,0
Secundaria completa	55	34,6
Técnico incompleto	19	11,9
Técnico completo	9	5,7
Superior incompleto	23	14,5
Superior completo	6	3,8
Total	159	100

En la tabla 7 se indica que más de la mitad de participantes (54,1%) se encontraban solo laborando antes de su actual internamiento. Además, un 15,1% de la muestra se dedicaba a alguna actividad ilícita, solo el 3,8% se encontraba estudiando.

Tabla 7

Frecuencia de ocupación antes del internamiento actual

Ocupación	f	%
Estudio	6	3,8
Trabajo	86	54,1
Ninguna actividad	18	11,3
Actividades ilícitas	24	15,1
Estudio y trabajo	6	3,8
Trabajo y actividades ilícitas	19	11,9
Total	159	100

En la tabla 8 se describe que, del total de la muestra de estudio, el 61,6% tuvo como al alcohol como la droga de inicio de consumo, la marihuana fue para el 32,1% de participantes, seguida por el tabaco para el 20,8%.

Tabla 8

Frecuencia de droga de inicio

Droga de inicio	Sí		No	
	f	%	f	%
Alcohol	98	61,6	61	38,4
Tabaco	33	20,8	126	79,2
Marihuana	51	32,1	108	67,9
Pasta básica de cocaína	6	3,8	153	96,2
Clorhidrato de cocaína	3	1,9	156	98,1
Crack	2	1,3	157	98,7
'Mixtos'	1	0,6	158	99,4
Terokal	1	0,6	158	99,4
Floripondio	1	0,6	158	99,4

La tabla 9 muestra que la marihuana es la droga adictiva de mayor porcentaje (32,7%) en la muestra estudiada, seguida de la pasta básica de cocaína (28,3%) y el alcohol (20,8%). Por otro lado, la metanfetamina, el tusi, los poppers, el terokal y el éxtasis, representaron un 0.6% cada una.

Tabla 9*Frecuencia de droga adictiva*

Droga adictiva	Sí		No	
	f	%	f	%
Alcohol	33	20,8	126	79,2
Tabaco	8	5	151	95
Marihuana	52	32,7	107	67,3
Pasta básica de cocaína	45	28,3	114	71,7
Clorhidrato de cocaína	24	15,1	135	84,9
Crack	16	10,1	143	89,9
‘Mixtos’	23	14,5	136	85,5
‘Bembos’	3	1,9	156	98,1
‘Tristos’	2	1,3	157	98,7
Clonazepam	6	3,8	153	96,2
Alprazolam	4	2,5	155	97,5
Opioides	2	1,3	157	9,7
Metanfetamina	1	0,6	158	99,4
Tusi	4	2,5	155	97,5
Poppers	1	0,6	158	99,4
Terokal	1	0,6	158	99,4
Éxtasis	1	0,6	158	99,4

En la tabla 10 se describe que más de la mitad de participantes (57,9%) llevan más de 4 años de consumo de la droga adictiva, mientras que el mínimo porcentaje encontrado fue de 2,5% con menos de un año de tiempo de consumo de la droga problema.

Tabla 10*Frecuencia de tiempo de consumo de la droga(s) adictiva(s)*

Tiempo de consumo de la droga(s) adictiva(s)	f	%
Menos de 1 año	4	2,5
1 año	20	12,6
2 años	19	11,9
3 años	12	7,5
4 años	12	7,5
Más de 4 años	92	57,9
Total	159	100

La Tabla 11 indica que la mayoría de los participantes (88,1%) refiere que ha intentado abandonar el consumo de drogas.

Tabla 11*Frecuencia de abandono del consumo*

¿Ha intentado abandonar el consumo?	f	%
Sí	140	88,1
No	19	11,9
Total	159	100

En la tabla 12 se observa que el 69,8% de la muestra de estudio sí tuvo tratamiento previo en adicciones, mientras que el 30,2% no ha recibido ningún tipo de tratamiento previo en esta problemática.

Tabla 12*Frecuencia de tratamiento previo en adicciones*

Tratamiento previo en adicciones	f	%
Sí	111	69,8
No	48	30,2
Total	159	100

La tabla 13 indica que, de la muestra de estudio, la mayoría (37,7%) ha tenido tratamiento de internamiento como modalidad de tratamiento previo, el 15,7% tuvo tratamiento ambulatorio y el 16,4% llevó ambas modalidades. Por su parte, un 30,2% no ha recibido ningún tipo de intervención previamente.

Tabla 13*Frecuencia de modalidad de tratamiento previo en adicciones*

Modalidad de tratamiento previo	f	%
Internamiento	60	37,7
Ambulatorio	25	15,7
Internamiento y ambulatorio	26	16,4
Ninguno	48	30,2
Total	159	100

Según la tabla 14 el 45,3% del total de participantes se encuentran en tratamiento de internamiento por primera vez, mientras que el 15,7% presenta más de 4 internamientos como modalidad de tratamiento en adicciones.

Tabla 14*Frecuencia de total de internamientos en adicciones*

Total de internamientos	f	%
Primera vez	75	45,3
2 veces	40	25,2
3 veces	14	8,8
4 veces	8	5,0
Más de 4 veces	25	15,7
Total	159	100

La tabla 15 refiere que los participantes que tuvieron entre 0 a 2 meses como tiempo máximo en abstinencia fueron los de mayor frecuencia, con un total de 38,4% de la muestra total. Mientras que los tuvieron más de 2 años de abstinencia fueron el 18,2%.

Tabla 15*Frecuencia de tiempo máximo de abstinencia*

Tiempo máximo en abstinencia	f	%
0 a 2 meses	61	38,4
3 a 6 meses	27	17,0
7 a 11 meses	18	11,3
12 a 24 meses	24	15,1
Más de 2 años	29	18,2
Total	159	100

4.2. Análisis descriptivo de las variables de estudio

En la tabla 16 se observa que para la variable Mindfulness se obtuvo una media de 125,16 y una desviación estándar de 14,57; mientras que para el riesgo de recaída la media fue de 72,08 y la desviación estándar de 22.50.

Tabla 16

Estadísticos descriptivos de la variable mindfulness y riesgo de recaída

Variable	f	Mediana	M	DE
Mindfulness	159	122	125,16	14,57
Riesgo de recaída		70	72,08	22,50

En la tabla 17 se aprecia que el nivel de Mindfulness con mayor presencia en la muestra de estudio fue el nivel medio (38.4 %), seguido del nivel bajo (31,4%).

Tabla 17

Frecuencia de los niveles del Mindfulness

Nivel de mindfulness	f	%
Bajo	50	31,4
Medio	61	38,4
Alto	48	30,2
Total	159	100

En la tabla 18 se observa que es el nivel muy bajo el de mayor frecuencia en la muestra de estudio, alcanzando un 20.8%, mientras que los de menor frecuencia fueron los niveles bajo y muy alto con el 19,5% cada uno.

Tabla 18

Frecuencia de los niveles de la variable riesgo de recaída

Riesgo de recaída	f	%
Muy bajo	33	20,8
Bajo	31	19,5
Promedio	32	20,1
Alto	32	20,1
Muy alto	31	19,5
Total	159	100

En la tabla 19 se observan los valores del K.S. para la variable mindfulness y riesgo de recaída, los cuales obtienen un valor p por debajo del 0.05, lo cual permite la utilización de estadísticos no paramétricos.

Tabla 19

Resultados de la Prueba de Bondad de ajuste a la normalidad Kolmogorovo-Smirnov para la variable mindfulness y riesgo de recaída

Variable	K.S.	p
Mindfulness	.114	.000
Riesgo de recaída	.075	.030

4.3. Análisis Comparativo de las variables

En la tabla 20 se presentan los resultados de la prueba Kruskal Wallis para la Mindfulness, mostrándose un valor p de .21, lo cual indica que no existen diferencias significativas por grupo de edad.

Tabla 20

Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable Mindfulness según grupo de edad

Variable	Grupo de edad	f	%	R \bar{X}	X ²	p
Mindfulness	Joven	93	58,5	76,31	3,10	.21
	Adulto	61	38,4	83,11		
	Adulto mayor	5	3,1	110,70		

En la tabla 21 se puede observar que el nivel de significancia se encuentra por encima del 0.05, lo que indica que no existen diferencias significativas para la variable riesgo de recaída según grupo de edad.

Tabla 21

Resultados de la Prueba Kruskal Wallis para la variable riesgo de recaída según grupo de edad

Variable	Grupo de edad	f	%	R \bar{X}	X ²	p
Riesgo de recaída	Joven	93	58,5	85,21	2,98	.22
	Adulto	61	38,4	73,20		
	Adulto mayor	5	3,1	66,00		

En la tabla 22 se puede apreciar que el nivel de significancia se encuentra por debajo del 0.05, lo cual indica que existen diferencias significativas para la variable mindfulness según conocimiento en mindfulness o algún tipo de meditación en la muestra de estudio.

Tabla 22

Valores de la prueba 'U' de Mann Whitney para determinar diferencias significativas en la variable mindfulness según conocimiento de mindfulness

Variable	Conocimiento de mindfulness	f	%	R \bar{X}	U	p
Mindfulness	Sí	50	31,4	91,60	2145,00	.03
	No	109	68,9	74,68		

En la tabla 23 se puede observar que el nivel de significancia fue de .19, lo cual indica que no existen diferencias significativas para la variable riesgo de recaída según tiempo de internamiento actual en la muestra de estudio.

Tabla 23

Valores de la prueba 'U' de Mann Whitney para determinar diferencias significativas en la variable riesgo de recaída según tiempo de internamiento actual

Variable	Tiempo de internamiento actual	f	%	R \bar{X}	U	p
Riesgo de recaída	0 a 3 meses	78	49,1	84,19	6.085	.19
	4 a 6 meses	26	16,4	89,83		
	7 a 9 meses	30	18,9	73,48		
	10 a 12 meses	9	5,7	75,67		
	Más de 12 meses	16	10,1	58,25		

4.4. Análisis Correlacional

En la tabla 24 se observa que la relación entre mindfulness y riesgo de recaída presenta una dirección inversa con un nivel moderado ($r = -.524$), lo cual se comprueba con el puntaje de probabilidad de significancia menor al esperado $p < .05$.

Tabla 24

Correlación entre los puntajes de las variables mindfulness y riesgo de recaída

Mindfulness	Riesgo de recaída	
	Rho	p
	-.524	.000

La tabla 25 señala que las correlaciones halladas entre las dimensiones del mindfulness y el riesgo de recaída presentan dirección inversa. Además, el riesgo de recaída correlaciona significativamente y moderadamente con las dimensiones descripción y actuar con consciencia, mientras que con las dimensiones no juicio y no reactividad presenta correlación débil o muy débil, respectivamente. No se halló correlación entre el riesgo de recaída y la dimensión observación.

Tabla 25

Correlación entre las dimensiones del mindfulness y la variable riesgo de recaída

Dimensiones del mindfulness	Riesgo de recaída	
	Rho	p
Observación	-.025	.753
Descripción	-.448	.000
Actuar con consciencia	-.560	.000
No juicio	-.275	.001
No reactividad	-.158	.046

V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El propósito principal de la investigación fue determinar la relación entre mindfulness y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de lima metropolitana. Al respecto, se pudo evidenciar que existe una relación inversa y estadísticamente significativa, de nivel moderado ($Rho = -.524$; $p < 0.05$) entre dichas variables en la muestra de estudio. Si bien el análisis de correlación de estas dos variables no se ha realizado en otras investigaciones, sí se puede encontrar otros estudios donde se consideraron constructos similares. Por ejemplo, se ha observado que la atención plena presenta correlación significativa e inversa con la gravedad de la dependencia de drogas (Cortazar y Calvete, 2021; Shorey et al., 2015; Bowen y Enkema, 2014). Asimismo, Blanco y Jiménez (2015) estudiaron los factores que influyen en la recaída, encontrando que el control atencional se correlaciona negativamente con las situaciones de recaídas en adolescentes farmacodependientes.

En esta misma línea, De Souza et al. (2022) plantea como conclusión en su estudio que los niveles de mindfulness podrían contribuir en la protección de conductas relacionadas con el uso de sustancias. Si se considera el mindfulness como una estrategia de afrontamiento, presentaría coherencia teórica con la estrategia de enfocar y liberar emociones propuesta por Carver et al. (1989), el cual se define como la capacidad para tomar atención y expresar cualquier emoción desagradable o malestar que presente la persona con el propósito de afrontar una determinada situación. En la investigación desarrollada por Solano (2017) encontró que dicha estrategia sí tuvo correlación con el riesgo de recaída en pacientes con problemas por consumo de sustancias psicoactivas de lima, lo cual apoya lo encontrado en la presente investigación.

En el análisis de correlación entre las dimensiones del mindfulness y el riesgo de recaída se obtuvo que la dimensión observación es la única dimensión del mindfulness que no presentó correlación estadísticamente significativa con el riesgo de recaída. Este resultado es

similar al encontrado por Bowen y Enkema en el 2014, donde esta dimensión no se correlacionó con la gravedad del uso de sustancias psicoactivas, sin embargo, Grigorian et al. (2020) hallaron que sí se obtuvo correlación con el consumo de drogas. La variabilidad de los resultados en esa dimensión sería por diferentes factores. Se podría asumir que la faceta observación no explicaría completamente una asociación con el riesgo de recaída, pues constituye parte inicial del proceso de atención plena, el cual requiere de la participación de todas las facetas para presentar adecuadamente dicha capacidad. Además, la dimensión observación ha presentado dificultades en el ajuste del modelo (Baer et al., 2006), no obstante, los autores sugirieron que podría deberse a la falta de práctica o experiencia en meditación de los participantes, situación que no es ajena al presente estudio, ya que más de la mitad de residentes (68.9%) no presentaron conocimiento respecto al mindfulness.

Las demás dimensiones sí se correlacionaron con la variable riesgo de recaída, en dirección inversa, alcanzando niveles moderados con la dimensión descripción y actuar con consciencia, mientras que con la dimensión no reactividad y no juicio, fueron débil y muy débil, respectivamente. En la investigación realizada por Grigorian et al. (2020) encontraron asociaciones negativas entre las facetas observación, actuar con consciencia y no juicio, con el consumo de sustancias psicoactivas; mientras que Cortazar y Calvete (2021) también hallaron correlación inversamente proporcional entre el consumo de drogas y las dimensiones actuar con consciencia y no juicio.

Las dimensiones no juicio y ausencia de reactividad implican una postura no crítica ni reactiva a las experiencias internas (Baer et al., 2006), lo cual muchas veces se les dificulta a las personas que tienen problemas con el consumo de sustancias, debido a que la adicción mantiene una estrecha e histórica relación con la impulsividad (Becoña et al., 2010). Esto podría explicar la debilidad en la asociación encontrada entre el riesgo de recaída y las dos dimensiones del mindfulness previamente mencionadas. Por otro lado, los componentes

descripción y actuar con consciencia son facetas que suponen un papel 'activo' y emocionalmente focalizado, lo que colaboraría en la disminución del riesgo de recaída al centrarse en las reacciones internas asociadas al craving. A pesar de estas diferencias encontradas en la intensidad de las correlaciones es importante reafirmar la importancia de todas las facetas para la explicación del constructo, tal como lo plantearon Baer et al. (2006).

En el análisis comparativo del mindfulness por edad, no se encontraron diferencias significativas. Este resultado refleja similitud con los datos hallados por Loret de Mola (2009) en una muestra de meditadores y no meditadores, donde realizó un control de la experiencia en meditación de los participantes y encontró que no existen diferencias en mindfulness para la variable edad.

Por otro lado, al realizar la comparación según conocimiento en mindfulness para la variable mindfulness, se encontró la existencia de diferencias significativas. Esto podría ser coherente con lo expuesto por Baer et al. (2008), quienes indicaron que aquellas personas con experiencia en mindfulness tendrían que mostrar niveles superiores a las que no cuentan con ninguna experiencia en meditación, demostrando que sí habría alguna diferencia entre estos dos grupos.

En el análisis de comparación para la variable riesgo de recaída según grupo de edad, no se obtuvieron diferencias significativas. Este hallazgo coincide con lo que obtenido por Domínguez (2021), Abramonte (2019) y Solano (2017), quienes no encontraron diferencias para la variable riesgo de recaída por grupo etario. Estos estudios también se desarrollaron con muestras de residentes con problemas de consumo de sustancias psicoactivas en lima.

Al comparar las diferencias para el riesgo de recaída según el tiempo de internamiento actual de los residentes, se obtuvo que no existen diferencias significativas. Este resultado podría deberse a que los participantes se encuentran en proceso de tratamiento y la

consideración de riesgo de recaída se encuentra latente. Independientemente de la fase de tratamiento, siempre está presente el riesgo. Incluso, agregando a ello, Becoña et al. (2010) refieren que cuando el paciente se encuentra en un estadio de mantenimiento suelen experimentar no solo el miedo a una recaída, sino también al cambio en sí mismo, ya que puede creer que la modificación de sus hábitos puede conducirlo a una recaída.

En el análisis descriptivo sobre los niveles de mindfulness, se encontró que el nivel medio (38.4%) de mindfulness prevaleció en el total de residentes evaluados, sin embargo, los niveles bajo y alto no mostraron resultados muy distantes. Al respecto, Baer et al. (2008) señalan que las personas que cuentan con experiencia en mindfulness deberían presentar niveles mayores que los que no tienen experiencia en meditación. Al ser una muestra, en su mayoría (68.9%), sin experiencia teórica o práctica en mindfulness se consideraría esperable la relativa concentración de los datos en el nivel promedio.

Para la variable riesgo de recaída, se aprecia que los niveles muy bajo, promedio y alto presentaron un predominio relativo en la muestra de estudio, ya que los porcentajes por cada nivel no fueron muy distantes. En otras investigaciones se ha observado que la prevalencia se encuentra entre los niveles promedio (Abramonte, 2019; Solano, 2017 y Valles, 2016) y muy bajo (Domínguez, 2021), teniendo una distribución de los datos más lejana, de esta manera el riesgo de recaída suele presentarse como una situación no constante.

Con respecto a los resultados sociodemográficos se encontró que los jóvenes, entre 18 a 29 años, fueron el grupo que presentó mayor frecuencia en la muestra de estudio, situación que suele repetirse en otras investigaciones en Lima como las de Domínguez (2021), Abramonte (2019) y Solano (2017), además, es importante considerar que en un estudio epidemiológico realizado por Zavaleta et al. (2017) encontraron que la edad promedio de inicio en el consumo de drogas sociales e ilegales es de 18 años. Comprendiendo que el proceso iniciaría a esa edad, no sorprendería que el desarrollo de la adicción pueda presentarse pocos

años después en el intervalo encontrado. Por otro lado, el estado civil que prevaleció fue el grupo de solteros, lo cual coincide con lo encontrado por el Observatorio Peruano de Drogas (OPD, 2009) donde se muestra que la mayoría de personas que buscaron tratamiento por abuso de sustancias psicoactivas fueron solteros. En relación al grado de instrucción, la secundaria completa e incompleta alcanzaron mayor porcentaje, siendo datos similares a los hallados en otros estudios (Domínguez, 2021; Solano, 2017 y OPD, 2009).

Sobre la actividad que estaban realizando antes de su internamiento actual, primó el trabajo, seguido de las actividades ilícitas. De igual manera, la OPD (2009) manifiesta que los trabajos eventuales se estiman como uno de los más frecuentes en este tipo de poblaciones. Además, las actividades ilícitas suelen estar presente con el problema de consumo de sustancias psicoactivas, como factor de riesgo (Becoña et al., 2010) y/o como consecuencia del consumo de drogas, pues impacta en la generación de conductas antisociales (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2015).

Para la prevalencia de las drogas de inicio, se halló que el alcohol, la marihuana y el tabaco fueron las sustancias con las que iniciaron el consumo experimental. Mientras que, como droga adictiva o problema, se encontró que la marihuana, la pasta básica de cocaína, el alcohol y el clorhidrato de cocaína fueron las drogas de mayor incidencia por las que necesitaron tratamiento. Este mismo patrón encontraron Domínguez (2021) y Abramonte (2019) en sus respectivas investigaciones. Además, estos resultados son apoyados por el informe de CEDRO, donde hallaron que el alcohol, la marihuana, la PBC y la cocaína son las drogas más consumidas a nivel nacional (Zavaleta et al., 2017).

Agregando a esto, el presente estudio mostró datos importantes para futuras investigaciones, por ejemplo, más de la mitad de la muestra presentaron un tiempo de consumo de la droga problema superior a los 4 años y el 88.1% de la muestra total intentó abandonar dicho consumo sin éxito, mientras que su tiempo máximo de abstinencia fueron de 0 a 2 meses

para el 38.4%, pero hubo un porcentaje considerable (18.2%) que estuvo más de dos años sin consumir. En función a los tratamientos previos que han presentado, un alto porcentaje (69.8%) de participantes pasaron por algún tipo de intervención. Al analizar la modalidad, se encontró que más de la mitad de la muestra ha pasado por un tratamiento de internamiento. En un estudio desarrollado en el 2007, la OPD (2009) halló que el tratamiento residencial fue el más recomendado por pacientes con problemas de sustancias ilegales, mientras que para las drogas legales fue la modalidad ambulatoria.

VI. CONCLUSIONES

Los datos encontrados en la presente investigación permitieron obtener las siguientes conclusiones:

- El grupo etario predominante fueron los jóvenes, constituyendo más de la mitad (58.5%) de la muestra de estudio, seguido de los adultos con un 38,4%. Además, el 89.3% de participantes se encontraba con un estado civil de soltero o conviviente, mientras que los casados fueron el 5%.
- En relación al grado de instrucción, la secundaria completa alcanzó el mayor porcentaje con un 34.6% en la muestra estudiada, seguida de la secundaria incompleta (27%).
- Sobre la actividad que estaban realizando antes de su internamiento actual, primó solo el trabajo con un 54.1%, luego las actividades ilícitas con un 15.1%.
- El 49.1% de los participantes se encontraban entre los 3 primeros meses de su tratamiento de internamiento actual y el 10.1% llevaban más de un año de internamiento.
- Con respecto a las drogas de inicio se señala que el 61.6% consumió alcohol como droga de inicio, el 32.1% usó la marihuana como primera sustancia psicoactiva, mientras que 20.8% consumió el tabaco como primera droga en su vida.
- Como droga adictiva se encontró que la marihuana prevalecía con un 32.7%, seguida de la pasta básica de cocaína con un 28.3% y el alcohol con un 20.8%. Asimismo, se halló que más de la mitad (57.9%) de los participantes llevaban más de 4 años de consumo de la droga adictiva.
- El 88.1% de la muestra total intentó abandonar el consumo sin éxito.
- El 69.8% tuvo tratamiento previo en adicciones, siendo el internamiento la modalidad que prevaleció en la muestra de estudio. Además, el 45.3% de la muestra total se encontraba en su primer tratamiento internamiento.

- El tiempo máximo en abstinencia que predominó fue de 0 a 2 meses en el 38.4% de residentes, mientras que un 18.2% alcanzaron más de 2 años de abstinencia como máximo.
- El 68.9% desconocía a nivel teórico o práctico el mindfulness o algún tipo de actividad de meditación similar.
- El nivel medio de mindfulness predominó en la muestra de estudio con un 38.4%, seguido de un 31.4% del nivel bajo y un 30.2% para el nivel alto.
- Se encontró que el 20.8% de residentes mostraron un nivel muy bajo de riesgo de recaída, siendo el grupo predominante, además, los niveles alto y muy alto mostraron un 20.1% y 19.5% respectivamente.
- Existen diferencias significativas para la variable mindfulness según conocimiento de mindfulness o algún tipo de meditación en la muestra analizada. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las demás variables de control.
- Existe relación inversa y estadísticamente significativa, de nivel moderado ($Rho = -.524$; $p < 0.05$) entre las variables mindfulness y el riesgo de recaída en residentes de comunidades terapéuticas de Lima metropolitana, lo cual indica que a medida que aumenten los niveles de mindfulness, el riesgo de recaída disminuye.
- La dimensión observación es la única dimensión del mindfulness que no presentó correlación estadísticamente significativa ($p > 0.05$) con el riesgo de recaída, por el contrario, las demás dimensiones sí mostraron correlación con el riesgo de recaída, siendo los niveles moderados con la dimensión descripción y actuar con consciencia, un nivel débil con la dimensión no reactividad y un nivel muy débil con la dimensión no juicio.

VII. RECOMENDACIONES

Teniendo en cuenta la importancia del presente estudio y los resultados obtenidos, se formulan algunos alcances para próximas investigaciones, así como para los profesionales e instituciones que laboran en la problemática de las adicciones.

- Para futuras investigaciones sobre variables relacionadas al presente estudio se sugiere la aplicación a un mayor número de muestra con el fin de tener mayor representatividad.
- Se recomienda realizar estudios en población de sexo femenino, considerando la posibilidad de menores a 18 años, además de una población no perteneciente a Lima Metropolitana.
- Realizar un estudio de adaptación psicométrica del cuestionario FFMQ para la población de adicciones, evidenciando diferentes tipos de validez.
- Desarrollar un estudio con análisis comparativo considerando otras variables sociodemográficas.
- Las comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana podrían elaborar estrategias de intervención complementarias con un enfoque de conciencia plena o mindfulness, sobre todo, para aquellos residentes que se encuentren en una fase de reinserción social, a fin de incrementar este recurso terapéutico y fortalecer la prevención de recaídas.
- Continuar con las investigaciones en el ámbito de las adicciones, debido a que es una de las mayores problemáticas a nivel nacional.

VIII. REFERENCIAS

- Abramonte, K. (2019). *Motivación al cambio y riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de cinco comunidades terapéuticas de lima sur*. [Tesis para obtener el título de Licenciado en Psicología, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/843>
- Alvarado-García, P. A., Soto-Vásquez, M. R. y Rosales-Cerquin, R. L. (2019). Atención plena y bienestar psicológico: un estudio controlado y aleatorizado. *Medicina Naturista*, 13(2), 22-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6985218>
- Álvarez, A. (2011). El proceso de recaída en el alcoholismo. *Revista del hospital psiquiátrico de La Habana*, 8(2). <http://www.revistahph.sld.cu/hph0211/hph12211.html>
- Álvarez, C. (2008). Teoría transteórica de cambio de conducta: herramienta importante en la adopción de estilos de vida activos. *MHSalud*, 5(1), 1-12. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2370/237017527003>
- Álvarez, J. (2017). *Mindfulness en estudiantes universitarios y su relación con estrés, ansiedad, depresión, resiliencia y satisfacción con la vida*. (Memoria para optar al grado de doctora en Psicología). Universidad de Huelva, España. <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/14785/Mindfulness.pdf?sequence=2>
- Ambrosio, J. (2020). *Estudios de Cambio y estrategias de afrontamiento en residentes dependientes a SPA Internados en Comunidades Terapéuticas de Lima Norte*. [Tesis Licenciatura, Universidad Privada del Norte]. Repositorio Universidad Privada del Norte. <https://repositorio.upn.edu.pe/handle/11537/24030>

- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation. Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 66 (2), 97–106. <https://doi.org/10.1159/000289116>.
- Anicama, J., Mayorga, E. y Henostroza, C. (2001). Calidad de vida y recaídas en adictos a sustancias psicoactivas de Lima Metropolitana. *Psicoactiva*, 19(0), 7-27.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E. L., Button, D., Krietemeyer, J. K., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. (2008). Construct validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15. <https://doi.org/329-342>. 10.1177/1073191107313003
- Bardach, A., Caporale, J., Alcaraz, A., Augustovski, F., Huayanay-Falconí, L., Loza-Munarriz, C., Hernández-Vásquez, A. y Pichon-Riviere, A. (2016). Carga de enfermedad por Tabaquismo e impacto potencial del incremento de precios de cigarrillos en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(4), 651-661. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2548>
- Barinaga, M. (2003). Buddhism and neuroscience: Studying the Well-Trained Mind. *Science*, 302(5642), 44–46. <http://dx.doi.org/10.1126 / science.302.5642.44>
- Becoña, E. et al. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogral.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Plan Nacional sobre drogas.

- Blanco, T. y Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2),147-157. <http://dx.doi.org/10.22544/rcps.v34i02.07>
- Brito, G. (2011). Programa de reducción del estrés basado en la atención plena (mindfulness): sistematización de una experiencia de su aplicación en un hospital público semi-rural del sur de Chile. *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*, 10(1), 222-242. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v10n1/art12.pdf>
- Bowen, S., & Enkema, M. (2014). Relationship between dispositional mindfulness and substance use: Findings from a clinical sample. *Addictive behaviors*, 39(3), 532-537. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.10.026>
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., Larimer, M. E., Blume, A. W., & Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of addictive behaviors*, 20(3), 343. <https://doi.org/10.1037/0893-164X.20.3.343>
- Brown, K. W., & Ryan, R. N. (2003). The Benefits of Being Present: Mindfulness and Its Role in Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Brown, K., Ryan, R., & Creswell, J. (2007a). Addressing Fundamental Questions About Mindfulness. *Psychological Inquiry*, 18, 272-281. <https://doi.org/10.1080/10478400701598298>
- Cabrera A. y Gustavo A. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2),129-138. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=120/12018210>

Calderón, S. (2022). *Propuesta de mindfulness basada en el modelo cognitivo conductual para mejorar la inteligencia emocional en estudiantes de una universidad privada de Trujillo*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología, Universidad Privada del Norte]. Repositorio de la Universidad Privada del Norte. <https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/31018/Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Cernetic, M. (2016). The relationship between anxiety and mindfulness: The role of mindfulness facets, implicit anxiety, and the problem of measuring anxiety by self-report. *PSIHOLOGIJA*, 49(2), 169–183. <https://doi.org/10.2298/PSI1602169C>

Christopher, M. S., Neuser, N. J., Michael, P. G. y Baitmangalkar, A. (2012). Explorando las propiedades psicométricas del Cuestionario de atención plena de cinco facetas. *Mindfulness*, 3(2), 124–131. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0086-x>

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2° ed.). LEA.

Colegio de Psicólogos del Perú (2017). Código de Ética y Deontología. Adaptado al Estatuto Nacional y la Ley 30702 del 21 de diciembre de 2017. Aprobado por resolución N° 190-2018-CDN-C. PsP. del 16.07.2018. Concejo Directivo Nacional. http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf

Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida Sin Drogas (DEVIDA, 2017). Estrategia Nacional de Lucha contra las Drogas 2017-2021. Editorial Super Grafica EIRL. https://www.devida.gob.pe/documents/20182/314196/Estrategia_FINAL_castellano2.pdf

Cortazar, N. y Calvete, E. (2021). Asociaciones longitudinales entre el rasgo de mindfulness y conductas adictivas en adolescentes. *Adicciones*, 20(10). <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1598>

- Coy, P. J. y Morales, T. (2019). *Calidad de vida y atención plena en adulto mayor con dolor crónico*. Universidad Santo Tomás, Colombia. <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/16459>
- Cueva, G. (2012). Violencia y Adicciones: Problemas de salud pública. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(1), 99-103. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/315/2544>
- De Souza, J., Henriques, T., De Lima, V., De Souza, L., Santos, M. y Robbe, A. C. (2022). Relationship between levels of mindfulness and substance use pattern. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 71(1). <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000337>
- Delgado, L. C. (2009). *Correlatos psicofisiológicos de mindfulness y la preocupación. Eficacia de un entrenamiento en habilidades mindfulness*. [Tesis Doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio de la Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/2177>
- Dominguez, D. A. (2021). Trastornos de personalidad, estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de lima metropolitana. (Tesis para optar el título profesional en Psicología). Universidad Privada del Norte. Recuperado de https://repositorio.upn.edu.pe/bitstream/handle/11537/26441/T055_46878472_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Di Pierdomenico, E., Kadziolka, M., & Miller, C. (2017). Mindfulness Correlates with Stress and Coping in University Students. *Canadian Journal of Higher Education*, 47(2), 121-134. <https://doi.org/10.47678/cjhe.v47i2.187383>
- Dimidjan, S., & Linehan, M. (2003). Defining an Agenda for Future Research on the Clinical Application of Mindfulness Practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166 - 171. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/clipsy.bpg019>

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A.-G. (2009). Statistical power analyses using G*Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior Research Methods*, *41*, 1149-1160.
https://www.psychologie.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Mathematisch-Naturwissenschaftliche_Fakultaet/Psychologie/AAP/gpower/GPower3-BRM-Paper.pdf
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, *29*(1), 12-20.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a03v29n1.pdf>
- Franco, C. (2009). Reducción de los niveles de estrés y ansiedad en médicos de Atención Primaria mediante la aplicación de un programa de entrenamiento en conciencia plena (mindfulness). *Atención primaria*, *42*(11), 564-570.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.10.020>
- Garavito, P. (2017). *Mindfulness y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de lima metropolitana*. [Tesis para optar el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8965>
- García, A. y Navarro, V. (2016). *Terapia Dialéctica Comportamental*. Editorial Síntesis.
- González, I., Tumuluru, S., González-Torres, M. A. y Gaviria, M. (2015). Cocaína: una revisión de la adicción y el tratamiento. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, *35*(127), 555-571. <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v35n127/original7.pdf>

- González, A. L. y Villanueva, S. (2020). *Adaptación psicométrica del cuestionario de conciencia plena en estudiantes de una universidad privada*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Psicología, Universidad Ricardo Palma]. Repositorio de la Universidad Ricardo Palma. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3450>
- Grandi, F., Burgueño, L. y Iruetia, M. J. (2018). Eficacia del programa de reducción del estrés basado en mindfulness para cuidadores familiares con demencia. Revisión sistemática de estudios clínicos aleatorizados. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 54(2), 109-115. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.09.004>
- Graña, J. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Editorial Debate.
- Grigorian, H. L., Brem, M. J., Shorey, R. C., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2020). Mindfulness and early maladaptive schemas among men in treatment for substance use disorder. *Mindfulness*, 11, 1690-1698. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01384-9>
- Gunaratana, B. H. (2012). *El libro del Mindfulness* (D. González y F. Mora, Trad.; 1.ª ed.). Kairós. (Trabajo original publicado en 2002).
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación* (4ª. ed.). McGraw-Hill.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ta. Edición). McGraw-Hill.
- Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA, 2010). *Principios de tratamiento para la drogadicción. Una Guía basada en las investigaciones* (2ª ed.). <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podatsp.pdf>
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness para principiantes*. (D. González, Trad.; 1.ª ed.). Kairós. (Trabajo original publicado en 2012).

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delta Publishing.
- Laca, F. A., Mejía, J. C., Rodríguez, E. y Carrillo, E. (2017). Avances en Psicología del Bienestar Subjetivo: Relación entre el Mindfulness y la Satisfacción con la Vida. *UARICHA Revista de Psicología*, 14(32), 78-86.
- Linehan, M. (2020). *Manual de entrenamiento en habilidades DBT para el/la terapeuta*. (Primera edición en castellano). Revisión y traducción a cargo de Pablo Gagliesi. Editorial Tres Olas.
- Loret de Mola, A. M. (2009). *Confiabilidad y validez de constructo del FFMQ en un grupo de meditadores y no meditadores*. [Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/413>
- Malpica-Castillo, A., Ticse, R., Salazar-Quíñonez, M., Cheng-Zárate, L., Valenzuela-Granados, V. y Huerta-Mercado, J. (2013). Mortalidad y readmisión en pacientes cirróticos hospitalizados en un hospital general de Lima. *Revista de Gastroenterología*, 33(4), 301-315. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v33n4/a03v33n4.pdf>
- Mañas, I., Franco, C. y Faisey, M. (2009). Mindfulness y psicología: Fundamentos y términos de la psicología budista. Web de Medicina y Psicología. <http://cms.ual.es/idc/groups/public/@vic/@vestudiantes/documents/documento/gm6.pdf>
- Mavrou, J. (2012). *Los factores de protección, de riesgo y la prevención de recaídas en población drogodependiente: Análisis socioeducativo del programa de comunidad de Proyecto Hombre en Granada y del Programa Pyksida en Nicosia*. [Tesis para obtener

- el grado de Doctor en Pedagogía, Universidad de Granada]. Repositorio de la Universidad de Granada. <http://hdl.handle.net/10481/23278>
- Mayor, L. (1995). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología de la PUCP*, 8(2), 131-142.
- Meda, R. M., Herrero, M., Blanco-Donoso, L. M., Moreno-Jiménez, B. y Palomera, A. (2015). Propiedades psicométricas del “Cuestionario De Cinco Facetas De La Conciencia Plena” (Five Facet Mindfulness Questionnaire, FFMQ-M) en México. *Behavioral Psychology*, 23(3), 467-487. <https://psycnet.apa.org/record/2016-62714-004>
- McWhirter, P., Florenzano, R. y Paz, M. (2002). El modelo transteórico y su aplicación al tratamiento de adolescentes con problemas de abuso de drogas. *Adolescencia latinoamericana*, 3(2). <http://bibliodrogas.cl/biblioteca/documentos/R2091.pdf>
- Melero, A. R. y Yela, J. R. (2014). Análisis de la investigación sobre Mindfulness entre 2008-2012: una aproximación a través del análisis bibliométrico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 4(1), 63-72. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3498/349851787008>
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional. Preparar el cambio de conductas adictivas*. Ediciones PAIDÓS.
- Miller, W. y Heather, N. (1986). *Treating Addictive Behaviors. Processes of Change*. Plenum Press.
- Moñivas, A., García-Diez, G. y García-De-Silva, R. (2012). Mindfulness (Atención plena): Concepto y teoría. *Portularia*, 7, 83-89. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=1610/161024437009>
- Montoya, J. A., Araya, G. A. y Salazar, W. (2007). Efecto agudo del yoga y de la danza aeróbica sobre el estado de ánimo y el funcionamiento cognitivo en hombres y mujeres. *Revista*

de ciencia del ejercicio y la salud, 5(1), 41-46.
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/pem/article/view/359/340>

Moscoso, M. (2018). Mindfulness, autorregulación emocional y reducción de estrés: ¿ciencia o ficción? *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 10(2), 101-121.

Munoz-Martinez, A. M., Monroy-Cifuentes, A. L. y Torres-Sánchez, L. M. (2017). Mindfulness: ¿proceso, habilidad o estrategia? Un análisis desde el análisis del comportamiento y del contextualismo funcional. *Psicología USP*, 28(2), 298-303.
<https://doi.org/10.1590/0103-656420160038>

Musayón-Oblitas, Y. y Melendez-De la Cruz, R. (2016). Muerte prematura por consumo de alcohol: estudio en base a datos de mortalidad del Perú. *Revista Enfermería Herediana*, 9(2), 73-83. <https://faenf.cayetano.edu.pe/images/2017/revistavol9/2.pdf>

Nizama-Valladolid, M., Adrianzen, C., Nieto, I. y Sanez, Y. (1995). Comunidad terapéutica en adicciones. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 58, 112-122.

Núñez, O., Ramírez-Vélez, R. y Correa-Bautista, J. E. (2019). Etapas de cambio comportamental frente al consumo de sustancias psicoactivas en escolares de 9 a 17 años de Bogotá D.C., Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 67(1), 29-35.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v67n1/0120-0011-rfmun-67-01-29.pdf>

Observatorio Peruano de Drogas (OPD, 2009). *Análisis de resultados de la red de información de demanda de tratamiento por abuso o dependencia de sustancias psicoactivas 2005 – 2007*. RIDET. Comisión Nacional para el Desarrollo y Vida sin Drogas (DEVIDA).
<https://www.gob.pe/institucion/devida/informes-publicaciones/3057396-analisis-de-resultados-de-la-red-de-informacion-de-demanda-de-tratamiento-por-abuso-o-dependencia-de-sustancias-psicoactivas-2005-2007>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2015). *Problemáticas de las drogas. Orientaciones generales. Prevención del uso indebido de drogas*. Bolivia - 2015. Unión Europea

https://www.unodc.org/documents/bolivia/Prev_Problematica_de_las_drogas.pdf

Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2002). *Abuso de drogas: Tratamiento y rehabilitación. Guía práctica de planificación y aplicación. Manual sobre tratamiento del abuso de drogas*. Naciones Unidas.

https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf

Organización de los Estados Americanos (OEA, 2013). *El problema de drogas en las Américas: Estudios. Drogas y Salud Pública*.

http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informedrogas2013/drugspublichealth_esp.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018). *Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos*. Washington, D.C.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34944/9789275319925_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Parra, M., Montañes, J., Montañes, M. y Bartolomé, R. (2012). Conociendo Mindfulness. *ENSAYOS. Revista de la Facultad de Educación de Albacete*, 27, 29-46.

Parmentier, F. B. R., García-Toro, M., García-Campayo, J., Yañez, A., Andrés, P. y Gili, M. (2019). Mindfulness and Symptoms of Depression and Anxiety in the General Population: The Mediating Roles of Worry, Rumination, Reappraisal and Suppression. *Frontiers in Psychology*, 10(506), 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00506>

Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Fernández, L. C., Bermejo, M. P., Villa, R. S. y Gradolí, V. T. (2008). *Guía Clínica de Intervención Psicológicas en Adicciones*. Socidrogalcohol.

- Pereiro, C. (2010). *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. Sociedad científica española de estudios sobre Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías.
- Pérez, M. A. y Botella, L. (2006). Conciencia plena (mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 2(17), 66-67.
http://media.wix.com/ugd/62e7a6_ac8ecb857a5ed9b244f31570a218bd1a.pdf
- Porter, B. y Andrade, M. (2013). *La vida es ahora. Los beneficios del Mindfulness en el día a día* (1ª ed.). El Mercurio Aguilar.
- Puerta, J. V. y Padilla, D. E. (2011). Terapia cognitiva-conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Duazary*, 8(2), 251-257.
<https://www.redalyc.org/pdf/5121/512156315016.pdf>
- Ramírez, A., Martínez, J. y Veasco, D. (2017). *Psicoeducación y mindfulness para la disminución de la sobrecarga en cuidadores informales de niños con cáncer*. Universidad de La Sabana, Colombia.
<https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/30811>
- Regadera, B. (2016). La recaída en el consumo de alcohol y sustancias: un tratamiento alternativo desde la perspectiva de mindfulness. *Infonova*, (27), 37-53.
- Rojas, M. (2006). *Conceptos básicos y profundización del consejo psicológico y psicoterapia motivacional en drogodependencias. Un enfoque cognitivo-conductual y humanista (Tomo I)*. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica – CONCYTEC.
- Rollnick S. y Miller, W. (1996). ¿Qué es la entrevista motivacional? *Revista de Toxicomanías*, 6, 3-7. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5526628>
- Roselló, J., Zayas, G. y Lora V. (2016). Impacto de un adiestramiento en meditación en consciencia plena (Mindfulness) en medidas de ansiedad, depresión, ira y estrés y

- consciencia plena: un estudio piloto. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 27(1), 62-78. <https://www.redalyc.org/pdf/2332/233245623005.pdf>
- Ruiz, M. A., Díaz, M. I. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Desclée De Brouwer.
- Ryan, R y Deci, E. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American Psychological Association*, 55(1), 68-78. <https://doi.org/10.1037110003-066X.55.1.68>
- Sánchez, G. y Araya-Vargas, G. (2014). Atención plena, inteligencia emocional, género, área de estudio y reporte de ejercicio en estudiantes universitarios costarricenses. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 9(1), 19-36. <https://www.redalyc.org/pdf/3111/311130199014.pdf>
- Santachita, A. y Vargas, M. (2015). Mindfulness en perspectiva. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(127), 541-553. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352015000300007>
- Schmidt, C. y Vinet, E. (2015). Atención Plena: Validación del Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ) en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia Psicológica*, 33(2), 93-101. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000200004>
- Shapiro, S., Carlson, L., Astin, J. y Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of clinical Psychology*, 62(3), 373-386. <https://doi.org/10.1002/jclp.20237>
- Shorey, R. C., Anderson, S., Lookatch, S., Moore, T. M., & Stuart, G. L. (2015). The Relation between moment-to-moment mindful attention and anxiety among young adults in substance use treatment. *Substance Abuse*, 36(3), 374-379. <https://doi.org/10.1080/08897077.2014.935841>
- Simón, V. (2006). Mindfulness y Neurobiología. *Revista de Psicoterapia*, 17(66-67), 5-30.

- Sobin, A. (2000). *Atención plena momento a momento. Meditación Vipassana. Manual ilustrado para meditar* (C. Andujo, Trad.; 1ª ed.). Yug, S.A. (Trabajo original publicado en 1989).
- Solano, C. (2017). *Estilos de afrontamiento y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas de Lima*. [Tesis para optar el Grado Académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/6629>
- Soler, J., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J., Cebolla, A., Soriano, J., Álvarez, E. y Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas españolas de Psiquiatría*, 40(1), 19-26. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/14/75/ESP/14-75-ESP-19-26-544515.pdf>
- Torres, G. A. (2010). La entrevista motivacional en adicciones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(0) 171-187. <https://www.redalyc.org/pdf/806/80619869012.pdf>
- Vallejos, M., Orbegoso, C. y Capa, W. (2007). Escala de evaluación del cambio de la universidad de Rhode Island (URICA): Validez y confiabilidad en drogodependientes. *Revista de Psicología*, 9(1), 52-59. <https://goo.gl/qefYXW>
- Valles, J (2016). Autoeficacia y riesgo de recaída en adictos residentes en comunidades terapéuticas. *Acta Psicológica Peruana*, (1), 67-82. <http://revistas.autonoma.edu.pe/index.php/ACPP/index>
- Veytia-López, M., Guadarrama, R., Márquez-Mendoza, O. y Fajardo, R. (2016). Mindfulness y síntomas de depresión en adolescentes mexicanos estudiantes de bachillerato. *Actividades en Psicología*, 30(121), 39-48. <http://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i121.24047>

Volkow, N. (2003). *Serie de Reportes de Investigación - La Comunidad Terapéutica.*

<https://taadas.s3.amazonaws.com/files/00dbab57b5b167e57db090131fd3b5fc->

<Serie%20de%20Reportes%20La%20Comunidad%20Terpeutica.pdf>

Vonderheyde, E. (2017). *The relationship between mindfulness and stress among college*

students. (Theses and Dissertations). Rowan University, United States.

https://rdw.rowan.edu/etd/2431/?utm_source=rdw.rowan.edu%2Fetd%2F2431&utm_

medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages

Witkiewitz, K. y Marlatt, G. A. (2004). Relapse preventions for alcohol and drug problems:

That was Zen, this is Tao? *American Psychologist*, 59, 224–235.

<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>

Zavaleta, A., Tapia, L., Chávez, V. y Vértiz, R. (2017). Epidemiología de drogas en población

Urbana Peruana: Encuesta en Hogares 2017. Centro de Información y Educación para

la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO).

<http://www.repositorio.cedro.org.pe/handle/CEDRO/361>

ANEXOS

Anexo A. Matriz de consistencia

Título	Problema	Objetivos	Hipótesis	Metodología	Variables	Instrumentos
Mindfulness y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.	Formulación del problema: ¿Qué relación existe entre el mindfulness y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de	Objetivo General Determinar la relación que existe entre mindfulness y el riesgo de recaídas en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.	Hipótesis General Existe relación inversa y estadísticamente significativa entre el mindfulness y el riesgo de recaídas en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.	Diseño y tipo de investigación El tipo de investigación es de descriptivo-correlacional. El diseño es no experimental de naturaleza transversal (Hernández et al., 2014).	<ul style="list-style-type: none"> • Mindfulness • Riesgo de Recaída 	Cuestionario de las cinco facetas de Mindfulness (FFMQ) Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0

Lima	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	Población y Muestra
Metropolitana?	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="667 264 987 691">• Describir las variables sociodemográficas en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. <li data-bbox="667 711 987 1137">• Identificar los niveles de mindfulness en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. <li data-bbox="667 1158 987 1364">• Identificar los niveles de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes 	<p data-bbox="1014 264 1350 691">H1: Existen diferencias estadísticamente significativas del mindfulness en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana según grupo de edad y experiencia en meditación.</p> <p data-bbox="1014 834 1350 1364">H2: Existen diferencias estadísticamente significativas en el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana según grupo de edad y</p>	<p data-bbox="1368 264 1688 914">La población estuvo conformada por 201 residentes de 5 comunidades terapéuticas. Al realizar control de calidad de los instrumentos aplicados se obtuvo como muestra final 159 residentes, de sexo masculino, cuyas edades fluctúan de los 18 a 69 años.</p> <p data-bbox="1368 946 1688 1364">Se empleó un muestreo no probabilístico de tipo intencional debido a las características de los participantes y por su accesibilidad. Para determinar el tamaño de muestra se utilizó el</p>

de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. tiempo actual de programa G Power, considerándose los siguientes parámetros:

- Analizar las diferencias significativas del mindfulness en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana según grupo de edad y experiencia en meditación. H3: Existe relación estadísticamente significativa entre las dimensiones del mindfulness y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana. un error igual a 0.05, con un nivel de confianza de 95% y un tamaño del efecto equivalente a .30 (Cohen, 1988), para una hipótesis unidireccional; se obtuvo una muestra de 115 participantes, sin embargo, finalmente se aplicó a 159.
- Analizar las diferencias significativas del riesgo de recaída en pacientes drogodependientes

de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana según grupo de edad y tiempo actual de internamiento.

- Analizar la relación entre las dimensiones del mindfulness y el riesgo de recaída en pacientes drogodependientes de comunidades terapéuticas de Lima Metropolitana.

Anexo B. Consentimiento informado

- **TÍTULO:** ‘Mindfulness y Riesgo de Recaída en pacientes drogodependientes de Comunidades Terapéuticas de Lima Metropolitana’.
- **NOMBRE DEL INVESTIGADOR:** Jhon Steven Gómez Ayca

Estimado participante:

La presente investigación tiene como objetivo determinar la asociación entre el mindfulness y el riesgo de recaída en una población de personas con adicción a sustancias psicoactivas que se encuentran en un tratamiento de internamiento de Lima Metropolitana.

La participación de este estudio es voluntaria y de carácter anónima. Esta investigación cuenta con un conjunto de preguntas que le tomará 20 minutos de su tiempo aproximadamente. La información que se recolecte será confidencial y empleada únicamente para fines académicos. Puede realizar cualquier pregunta o consulta durante su participación.

Si decide participar, le solicitamos completar la sección destinada a su consentimiento. De antemano, agradecemos su participación y la información valiosa que nos brindará.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

‘He sido informado sobre que la información que yo provea en esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizado para ningún propósito ajeno a los fines académicos; además, ante cualquier duda sobre el proyecto, puedo hacer preguntas en cualquier momento de mi participación, sin que esto represente algún riesgo para mi persona’.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación: Sí _____ No _____

Firma del evaluado

Anexo C. Encuesta sociodemográfica

Nombre de la Comunidad Terapéutica: _____ Edad: _____

Tiempo de internamiento actual (en meses): _____

Estado Civil:	Grado de instrucción:	Ocupación antes del internamiento actual:
(1) Soltero	(1) Primaria incompleta	(1) Estudio
(2) Casado	(2) Primaria completa	(2) Trabajo
(3) Viudo	(3) Secundaria incompleta	(3) Ninguna actividad
(4) Divorciado	(4) Secundaria completa	(4) Actividades ilícitas
(5) Conviviente	(5) Técnico incompleto	
	(6) Técnico completo	
	(7) Superior incompleto	
	(8) Superior completo	

Droga de inicio: _____

Droga(s) adictiva(s): _____

Drogas consumidas (en general):

(1) Alcohol	(6) Crack	(11) Alprazolam
(2) Tabaco	(7) TUSI	(12) LSD
(3) Marihuana	(8) 'Mixtos'	(13) Heroína
(4) PBC	(9) 'Bembos'	(14) Ketamina
(5) Cocaína	(10) Clonazepam	(15) Otras: _____

Tiempo de consumo (en general): _____

Tiempo de consumo (droga adictiva): 1 año () 2 años () 3 años () 4 años () Más de 4 años ()

¿Ha intentado abandonar el consumo?: Sí () No ()

¿Tuvo tratamiento previo en adicciones?: Sí () No () Internamiento () Ambulatorio ()

Total de internamientos: 1 () 2 () 3 () 4 () Más de 4 veces ()

Tiempo máximo en abstinencia: _____

¿Tiene conocimiento o ha practicado alguna vez 'mindfulness', 'atención plena' o algún tipo de meditación? Sí () No ()

Anexo D. Ficha técnica del cuestionario de las cinco facetas de mindfulness

Ficha técnica:

- Nombre Original: Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ).
- Nombre traducido: Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness.
- Autores: Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer y Toney.
- Año: 2006.
- Procedencia: Estados Unidos.
- Adaptación: Gonzáles y Villanueva (2020)
- Administración: Individual y colectiva.
- Duración: 15 minutos aprox.
- Objetivo: medir el nivel de conciencia plena.

Descripción del instrumento:

El Cuestionario de las Cinco Facetas de Mindfulness fue creada por Baer et al. (2006). Consta de 39 ítems y tiene como propósito evaluar el mindfulness a través de 5 dimensiones.

El cuestionario tiene un formato Likert de 5 puntos; a partir del 1 'Nunca o muy rara vez es cierto', hasta el 5 'Muy a menudo o siempre es cierto'.

- Procedimiento

Tanto en la evaluación individual como en la colectiva se explica a los examinados el motivo de aplicar la prueba y de lo importante que será la sinceridad. Se le entrega el protocolo de la escala y enseguida se explica la forma de responder.

- Norma de Aplicación:

El tiempo de aplicación es de 15 minutos aproximadamente, la consigna que se da al sujeto es la de valorar el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las frases, respondiendo en función de cómo se siente ahora mismo y no en función de cómo se sintió en el pasado o de cómo le gustaría sentirse.

Se le indica al examinado que encontrará en la prueba varias frases referidas a su propia conducta. Se le puede decir:

‘A continuación, tienes una recopilación de afirmaciones sobre tu experiencia diaria. Utilizando la escala de 1 - 5, por favor indica con qué frecuencia o con qué poca frecuencia tienes habitualmente cada experiencia. Por favor contesta de acuerdo a lo que realmente refleje tu experiencia, más que lo que tú pienses que debería ser tu experiencia.’

- Puntaje y Calificación:

El puntaje por cada factor resulta de la suma de los puntajes obtenidos de cada ítem correspondiente a dicho factor, teniendo en cuenta los ítems inversos. Para el puntaje total, se suman los puntajes de los 5 factores. Para el factor ‘Ausencia de reactividad’, el rango va desde 7 (puntaje mínimo) hasta 35 (puntaje máximo), mientras que para los demás factores el intervalo es de 8 hasta 40. El cuestionario puede obtener una puntuación máxima de 195 y un mínimo de 39.

El cuestionario está conformado por las siguientes dimensiones:

- Observación: hace referencia a notar los estímulos que experimenta el sujeto a nivel perceptivo, por ejemplo, pensamientos, emociones y/o sensaciones físicas.

Ítems directos: 1, 6, 11, 15, 20, 26, 31 y 36.

Ítems indirectos: -

- Describir: se refiere a nombrar textualmente la experiencia de conciencia plena, implica la habilidad de mencionar palabras adecuadas para referirse al contenido atención que observa la persona.

Ítems directos: 2, 7, 27, 32 y 37.

Ítems inversos: 12, 16 y 22.

- Actuar con conciencia: significa actuar con conciencia en la actividad experimentada.

Ítems directos: 23.

Ítems inversos: 5, 8, 13, 18, 28, 34 y 38.

- No enjuiciamiento: se refiere a mostrar una postura imparcial a los pensamientos, emociones y/o sensaciones que se está experimentando en el momento presente.

Ítems directos: -

Ítems inversos: 3, 10, 14, 17, 25, 30, 35 y 39

- No reactividad: es la predisposición o no restringir el surgimiento de los pensamientos, emociones y/o sensaciones que se pueda experimentar.

Ítems directos: 4, 9, 19, 21, 24, 29 y 33.

Ítems inversos: -

- Normas de interpretación

El puntaje total obtenido del cuestionario de 5 facetas del mindfulness se puede categorizar, según Baer et al. (2006), de la siguiente manera:

39 puntos – 91 puntos = Nivel Bajo

92 puntos – 143 puntos = Nivel Medio

144 puntos – 195 puntos = Nivel Alto

Anexo E. Protocolo del cuestionario de las cinco facetas de mindfulness

(FFMQ; Baer et al, 2006; versión traducida al español)

Instrucciones:

Por favor, califique cada una de las siguientes afirmaciones según la escala propuesta. Marque con una 'X' en la frecuencia que describe de la mejor manera su opinión sobre cuán cierto es cada afirmación para usted.

1 = Nunca o muy rara vez es cierto

2 = Rara vez es cierto

3 = Algunas veces es cierto

4 = A menudo es cierto

5 = Muy a menudo o siempre es cierto

1	Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento.	1	2	3	4	5
2	Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3	Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4	Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos.	1	2	3	4	5
5	Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
6	Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7	Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas.	1	2	3	4	5

8	No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna otra manera.	1	2	3	4	5
9	Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
10	Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo.	1	2	3	4	5
11	Me doy cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12	Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.	1	2	3	4	5
13	Me distraigo fácilmente.	1	2	3	4	5
14	Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de tal manera.	1	2	3	4	5
15	Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro.	1	2	3	4	5
16	Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas.	1	2	3	4	5
17	Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18	Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente.	1	2	3	4	5
19	Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me 'detengo' y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí.	1	2	3	4	5
20	Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los autos.	1	2	3	4	5
21	En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente.	1	2	3	4	5

22	Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla pues no puedo encontrar las palabras indicadas.	1	2	3	4	5
23	Parece que actúo en 'piloto automático', sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5
24	Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, recobro la calma poco después.	1	2	3	4	5
25	Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando.	1	2	3	4	5
26	Percibo los olores y aromas de las cosas.	1	2	3	4	5
27	Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras.	1	2	3	4	5
28	Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas.	1	2	3	4	5
29	Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, soy capaz de observarlas sin reaccionar.	1	2	3	4	5
30	Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
31	Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra.	1	2	3	4	5
32	Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33	Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas, puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir.	1	2	3	4	5
34	Realizo deberes o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo.	1	2	3	4	5
35	Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental.	1	2	3	4	5
36	Presto atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento.	1	2	3	4	5

37	Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado.	1	2	3	4	5
38	Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención.	1	2	3	4	5
39	Me desapruebo cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

Anexo F. Evidencias de confiabilidad y validez del cuestionario FFMQ en la muestra de estudio

Tabla

Coefficiente de confiabilidad del cuestionario FFMQ y sus dimensiones

Cuestionario FFMQ	N° Ítems	Alfa de Cronbach
Observación	8	.743
Descripción	8	.743
Actuar con consciencia	8	.623
No juicio	8	.781
No reactividad	7	.694
Escala Total	39	.749

Tabla

Correlación Ítem-test del cuestionario FFMQ

Ítem	Correlación Ítem-test	p
1. Cuando camino, me doy cuenta deliberadamente de las sensaciones de mi cuerpo en movimiento.	.301	.000
2. Soy bueno en encontrar palabras para describir mis sentimientos.	.568	.000
3. Me critico por tener emociones irracionales o inapropiadas.	.042	.603
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar ante ellos.	.393	.000
5. Cuando hago algo mi mente tiende a divagar y me distraigo fácilmente.	.397	.000
6. Cuando me baño o tomo una ducha, me mantengo alerta a las sensaciones del agua sobre mi cuerpo.	.174	.028
7. Puedo fácilmente poner en palabras mis creencias, opiniones y expectativas.	.571	.000

8. No presto atención a lo que hago por estar soñando despierto, andar preocupado, o distraído de alguna otra manera.	.471	.000
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	.325	.000
10. Me digo a mí mismo que no me debería estar sintiendo como me estoy sintiendo.	.016	.838
11. Me doy cuenta de cómo alimentos y bebidas afectan mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	.255	.001
12. Me es difícil encontrar las palabras para describir lo que estoy pensando.	.489	.000
13. Me distraigo fácilmente.	.459	.000
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos, y que no debería pensar de tal manera.	.362	.000
15. Presto atención a sensaciones, como el viento entre mi cabello o el sol sobre mi rostro.	.292	.000
16. Tengo problemas para pensar en las palabras indicadas que expresen cómo me siento con respecto a las cosas.	.497	.000
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	-.164	.039
18. Se me hace difícil mantenerme enfocado en lo que ocurre en el presente.	.530	.000
19. Cuando experimento pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me 'detengo' y soy consciente del pensamiento o la imagen sin dejar que estos se apoderen de mí.	.454	.000
20. Presto atención a sonidos, como los de las manecillas de un reloj, el cantar de los pájaros, o el pasar de los autos.	.254	.001
21. En situaciones difíciles soy capaz de hacer una pausa sin tener que reaccionar inmediatamente.	.310	.000
22. Cuando tengo una sensación en mi cuerpo, me es difícil describirla pues no puedo encontrar las palabras indicadas.	.420	.000
23. Parece que actúo en 'piloto automático', sin mayor conciencia de lo que estoy haciendo.	-.434	.000
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, recobro la calma poco después.	.243	.002

25. Me digo a mí mismo que no debería estar pensando como estoy pensando.	.177	.026
26. Percibo los olores y aromas de las cosas.	.339	.000
27. Incluso cuando me siento terriblemente alterado, soy capaz de encontrar la manera de ponerlo en palabras.	.470	.000
28. Me apresuro entre una y otra actividad sin estar muy atento a cada una de ellas.	.375	.000
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, soy capaz de observarlas sin reaccionar.	.196	.013
30. Pienso que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas, y que no debería sentir las.	.221	.000
31. Me doy cuenta de elementos visuales en el arte o en la naturaleza, como colores, formas, texturas y patrones de luz y sombra.	.531	.000
32. Mi tendencia natural es la de colocar mis experiencias en palabras.	.571	.000
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes aflictivas, puedo reconocerlas como tales y dejarlas ir.	.437	.000
34. Realizo deberes o tareas de manera automática sin estar consciente de lo que estoy haciendo.	.424	.000
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes mentales aflictivas, me juzgo a mí mismo como bueno o malo, dependiendo del tipo de pensamiento o imagen mental.	.076	.339
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan mis pensamientos y comportamiento.	.296	.000
37. Usualmente soy capaz de describir en detalle cómo me siento en un momento determinado.	.494	.000
38. Me encuentro a mí mismo haciendo cosas sin prestarles atención.	.392	.000
39. Me desapruebo cuando tengo ideas irracionales.	-.087	.276

Anexo G. Baremos para el cuestionario FFMQ en la muestra de estudio

Tabla

Prueba de Kolmogorov-Smirnov del cuestionario FFMQ

	KS	p
FFMQ	.114	.000

En la tabla se observa una significancia de .114, lo cual indica que los puntajes obtenidos del FFMQ no presentan distribución normal, por lo cual es adecuado calcular baremos percentilares.

Baremos percentilares

Tabla

Categorías de los puntajes obtenidos en percentiles para el cuestionario FFMQ

Puntaje directo	Nivel	Rango del percentil
93 a 116	Bajo	0 a 32
117 a 130	Medio	33 a 66
131 a 163	Alto	67 a 100

Anexo H. Ficha técnica del cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0

Ficha técnica:

- Nombre Original: Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0
- Autores: T. Gorski y M. Miller.
- Año: 2000.
- Procedencia: Estados Unidos.
- Adaptación: Valles (2017).
- Administración: Individual y colectiva.
- Duración: 15 minutos aproximadamente.
- Objetivo: evaluar el nivel de riesgo de recaída en adicciones posee un paciente drogodependiente

Descripción del instrumento:

El Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0 fue desarrollada por Gorski y Miller (1986). Consta de 28 ítems distribuidos en una sola dimensión y tiene como propósito evaluar el nivel de riesgo de recaída en adicciones posee un paciente drogodependiente, en cuanto sea la puntuación, la persona reporta más señales de advertencia de una recaída.

- Procedimiento

Tanto en la evaluación individual como en la colectiva se explica a los examinados el motivo de aplicar la prueba y de lo importante que será la sinceridad. Se le entrega el protocolo de la escala y enseguida se explica la forma de responder.

- Instrucciones

Se le indica al examinado que encontrará en la prueba varias frases referidas a su propia conducta en relación al consumo de drogas. Se le puede decir: *‘Lea las siguientes afirmaciones y marque con un aspa (‘X’) un número (de 1 al 7) para indicar cuan verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente. Gracias.’*

- Puntaje y Calificación:

El rango de puntuaciones es de 28 (puntuación más baja posible) a 196 (máxima puntuación posible). La puntuación se obtiene sumando el total de respuestas marcadas, pero invirtiendo los puntajes en los ítems 8, 14, 20, 24, 26.

Anexo I. Protocolo del Cuestionario de riesgo de recaída AWARE 3.0

(T. Gorki y M. Miller, 2000)

Adaptación realizada por Valles (2017)

Instrucciones: lea las siguientes afirmaciones y marque con un aspa ('X') un número (de 1 al 7) para indicar cuan verdadero ha sido dicho enunciado para usted recientemente.

1 = Nunca

2 = Pocas veces

3 = A veces

4 = Relativamente a menudo

5 = A menudo

6 = Casi siempre

7 = Siempre

1	Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	1	2	3	4	5	6	7
2	Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	1	2	3	4	5	6	7
3	Tiendo a actuar impulsivamente.	1	2	3	4	5	6	7
4	Soy reservado y me siento solo.	1	2	3	4	5	6	7
5	Me enfoco mucho en un(as) área(as) de mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
6	Me siento triste, desanimado o deprimido	1	2	3	4	5	6	7
7	Me dedico hacerme ilusiones sobre el consumo.	1	2	3	4	5	6	7
8	Los planes que hago tienen éxito.	1	2	3	4	5	6	7

9	Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
10	Lo que suelo realizar no me sale bien.	1	2	3	4	5	6	7
11	Me siento confundido sobre volver a consumir.	1	2	3	4	5	6	7
12	Me irrito o molesto con mis amigos.	1	2	3	4	5	6	7
13	Me siento enojado o frustrado.	1	2	3	4	5	6	7
14	Tengo buenos hábitos alimenticios.	1	2	3	4	5	6	7
15	Me siento atrapado y estancado, sin salida.	1	2	3	4	5	6	7
16	Tengo dificultad para dormir	1	2	3	4	5	6	7
17	Tengo largos periodos de tristeza intensa.	1	2	3	4	5	6	7
18	Me da igual, suceda lo que suceda.	1	2	3	4	5	6	7
19	Siento que las cosas están mal, que podría consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
20	Soy capaz de pensar con claridad.	1	2	3	4	5	6	7
21	Siento lástima de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
22	Pienso reiteradamente en consumir drogas.	1	2	3	4	5	6	7
23	Miento a otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
24	Me siento seguro y lleno de esperanzas.	1	2	3	4	5	6	7
25	Me siento enojado con el mundo en general.	1	2	3	4	5	6	7
26	Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	1	2	3	4	5	6	7
27	Me temo que estoy perdiendo la razón.	1	2	3	4	5	6	7
28	Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo J. Evidencias de confiabilidad y validez del cuestionario AWARE 3.0 en la muestra de estudio

Tabla

Coefficiente de confiabilidad del cuestionario AWARE 3.0

Cuestionario AWARE	N° ítems	Coefficiente Alfa de Cronbach
Escala Total	28	.901

Tabla

Correlación Ítem-test del cuestionario AWARE 3.0

Ítem	Correlación Ítem-test	p
1. Me siento nervioso o inseguro de mis recursos para mantenerme libre de drogas.	.604	.000
2. Tengo muchos problemas en mi vida que afectan mi estado emocional.	.603	.000
3. Tiendo a actuar impulsivamente.	.626	.000
4. Soy reservado y me siento solo.	.667	.000
5. Me enfoco mucho en un(as) área(as) de mi vida.	.222	.005
6. Me siento triste, desanimado o deprimido	.708	.000
7. Me dedico hacerme ilusiones sobre el consumo.	.585	.000
8. Los planes que hago tienen éxito.	.242	.002
9. Tengo dificultad para concentrarme y prefiero imaginar cómo podrían ser las cosas.	.483	.000
10. Lo que suelo realizar no me sale bien.	.511	.000
11. Me siento confundido sobre volver a consumir.	.611	.000
12. Me irrito o molesto con mis amigos.	.585	.000
13. Me siento enojado o frustrado.	.599	.000
14. Tengo buenos hábitos alimenticios.	.294	.000

15. Me siento atrapado y estancado, sin salida.	.781	.000
16. Tengo dificultad para dormir.	.509	.000
17. Tengo largos periodos de tristeza intensa.	.600	.000
18. Me da igual, suceda lo que suceda.	.481	.000
19. Siento que las cosas están mal, que podría consumir drogas.	.616	.000
20. Soy capaz de pensar con claridad.	.392	.000
21. Siento lástima de mí mismo.	.634	.000
22. Pienso reiteradamente en consumir drogas.	.596	.000
23. Miento a otras personas.	.501	.000
24. Me siento seguro y lleno de esperanzas.	.380	.000
25. Me siento enojado con el mundo en general.	.582	.000
26. Estoy haciendo lo posible para mantenerme en abstinencia.	.296	.000
27. Me temo que estoy perdiendo la razón.	.640	.000
28. Estoy consumiendo o tengo deseos de consumir drogas sin control.	.567	.000

Anexo K. Baremos para el cuestionario AWARE 3.0 en la muestra de estudio

Tabla

Prueba de Kolmogorov-Smirnov del cuestionario riesgo de recaída AWARE 3.0

	KS	p
Escala de AWARE 3.0	.075	.030

En la tabla se observa una significancia de .030, lo cual indica que los puntajes obtenidos del cuestionario AWARE 3.0 no presentan distribución normal, por lo cual es pertinente realizar percentiles.

Baremos percentilares

Tabla

Categorías de los puntajes obtenidos en percentiles para el cuestionario riesgo de recaída 3.0

Puntaje directo	Nivel	Rango del percentil
30 a 53	Muy bajo	0 a 20
54 a 64	Bajo	21 a 40
65 a 74	Promedio	41 a 60
75 a 87	Alto	61 a 80
88 a 151	Muy alto	81 a 100