



Mindfulness & Adicciones



Efecto de la intervención prevención de recaídas basada en Mindfulness (Atención Plena) sobre el consumo de drogas en adolescentes con trastorno por consumo de sustancias participantes en un programa terapéutico de adicciones, Manizales, Colombia:

Ensayo clínico controlado y aleatorizado

Institución financiadora

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación

Instituciones ejecutoras

*Universidad de Caldas
Clínica San Juan de Dios*

Equipo investigador

*Óscar Mauricio Castaño Ramírez
Consuelo Vélez Álvarez
Diana Paola Betancurth Loaiza
Gladys Rocío Cubides Becerra*

Equipo coordinador

Natalia Sánchez Palacio

Equipo científico

*Valentina Grand Jaramillo
Laura Catalina Londoño Velásquez*

Título: Efecto de la intervención prevención de recaídas basada en Mindfulness (Atención Plena) sobre el consumo de drogas en adolescentes con trastorno por consumo de sustancias participantes en un programa terapéutico de adicciones, Manizales, Colombia: ensayo clínico controlado y aleatorizado

Primera edición:

Manizales, Diciembre de 2024

ISBN: 978-958-759-620-5

Editorial:

Editorial Universidad de Caldas

Diseño y diagramación:

Telesalud - Universidad de Caldas

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción parcial o total de la obra- Incluso el diseño tipográfico y de portada - sea cual fuere el medio, electrónico o mecánico, sin el consentimiento previo de los titulares de los derechos

CONTENIDO

Introducción	6
Objetivos	7
Contexto nacional e internacional	8
Marco conceptual	9
Metodología	10
Resultados	16
Apropiación social del conocimiento	37
Limitaciones	45
Conclusiones	43
Recomendaciones generales	48
Referencias bibliográficas	49

INTRODUCCIÓN

El TCS es un importante problema de salud pública asociado con considerables costos sociales y económicos en todo el mundo. De acuerdo al informe mundial sobre drogas, el número de personas que consumen sustancias incrementó en un 20% en 10 años, representando por lo menos una cifra de 292 millones de personas más alrededor del mundo. Además, aproximadamente el 40-60% de las personas recaen durante el primer año después del tratamiento (UNODC, 2024). Desde esta perspectiva, los TCS ocupan el puesto 18 entre las 25 causas de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) entre personas de 10 a 24 años (Degenhardt et al., 2017; GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators, 2020).

En adolescentes, esta problemática se presenta con regularidad. Según el Informe Mundial sobre las Drogas de año 2023 de la UNODC, alrededor del 13% de los adolescentes a nivel global reportaron haber consumido alguna droga ilícita en ese año, adicionalmente, se encontró que el 25% y el 35% de los adolescentes refirieron haber consumido cannabis al menos una vez en su vida. Así mismo, la prevalencia e uso de drogas se ha aumentando progresivamente en los últimos años al igual que la aparición de nuevas sustancias (ODC, 2017). En base a lo cual la política nacional de drogas en Colombia menciona la necesidad de establecer programas de intervención integrales (Minjusticia, 2017).

Se ha desarrollado un interés creciente en la MBI como terapias en el tratamiento de los TCS, centradas en el desarrollo de habilidades cognitivas para modificar conductas desadaptativas asociadas con el consumo, a través de una atención consciente al momento presente y la aceptación de la experiencia. Al respecto, se ha encontrado evidencia científica entre poblaciones de adolescentes que respalda la efectividad de estas intervenciones en el tratamiento de trastornos mentales como la ansiedad, la depresión, el dolor crónico y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (Lin et al., 2019). Sin embargo, no se conoce con precisión la eficacia de este tipo de intervención en TCS en población adolescente.

Con el objetivo de conocer el efecto del Mindfulness la población descrita, se desarrolló un protocolo de intervención de 12 sesiones, las cuales fueron aplicadas a un grupo de adolescentes (12 a 19 años) que se encontraban en tratamiento por TCS en dispositivos intrahospitalarios, residenciales o ambulatorios, en la Clínica San Juan de Dios de Manizales en un periodo comprendido entre el año 2022-2023.

Con todo lo anterior, se presenta este documento de divulgación como producto de una investigación cuantitativa de tipo experimental titulada "Efecto de la intervención prevención de recaídas basada en Mindfulness (Atención Plena) sobre el consumo de drogas en adolescentes con trastorno por consumo de sustancias participantes en un programa terapéutico de adicciones, Manizales, Colombia: ensayo clínico controlado y aleatorizado, del Ministerio de ciencia, tecnología e innovación.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el efecto de la intervención prevención de recaídas basada en Mindfulness (atención plena) sobre el consumo de drogas en adolescentes con trastorno por consumo de sustancias participantes en un programa terapéutico de adicciones en Manizales, Colombia.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar la población participante según variables sociodemográficas, biológicas y clínicas.

Establecer el patrón de consumo y severidad del TCS tanto en el grupo experimental como el grupo control.

Comparar el comportamiento de las variables clínicas y biológicas pre y post intervención en ambos grupos.

Comparar el nivel de consumo de drogas previo y posterior a la intervención en el grupo experimental con el grupo control.

CONTEXTO NACIONAL E INTERNACIONAL

**Año
2000**

En el documento final de la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas que abarca el Problema Mundial de las Drogas, se hace énfasis en la necesidad de generar fuentes de información confiables para desarrollar planes de acción estratégicos efectivos contra las drogas (CICAD, 2019).

El OID de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas comienza una investigación en las Américas enfocada a establecer particularidades regionales y nacionales, que permite disponer de información basada en la evidencia, para que puedan establecerse políticas públicas, desde los puntos críticos que son variables en las regiones y países (CICAD, 2019).

**Año
2016**

Estudios epidemiológicos reportan que alrededor de 269 millones de personas consumieron drogas, siendo significativamente mayor el consumo entre adolescentes y adultos jóvenes proporcionalmente con otros grupos etarios (UNODC, 2020)

**Año
2018**

En el informe del Observatorio Interamericano sobre Drogas [OID] de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas se alienta a los gobiernos a fomentar la investigación científica respecto a las drogas, mediante instituciones académicas y de investigación (CICAD, 2019)

**Año
2019**

El Informe Mundial de Drogas emitido por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], reportó que en el mes de junio de ese año, 35,6 millones de personas padecían trastornos por consumo de sustancias en todo el mundo. En este contexto, la ONU planteó para el año 2020: "Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol"

**Año
2020**

Actualidad

La prevalencia de uso de drogas se ha aumentando progresivamente en los últimos años al igual que la aparición de nuevas sustancias (ODC, 2017). En base a lo cual la política nacional de drogas en Colombia menciona la necesidad de establecer programas de intervención integrales (Minjusticia, 2017; Minsalud, 2019).

MARCO CONCEPTUAL

Patrón de consumo: hace referencia a las circunstancias que median la relación entre el individuo y la droga, y que provoca daños a la salud física o psicológica. De acuerdo a las estrategias de orientación del Ministerio de Salud y el glosario de términos de alcohol y drogas (OMS, 1994), dependiendo de la frecuencia, el patrón de consumo puede ser:

- **Habitual:** se consume una vez a la semana.
- **Intensificado:** consume más de una vez a la semana.
- **Masivo:** cuando se consume todos los días.

De igual manera, de acuerdo con lo establecido por la OMS (1994) el consumo puede clasificarse en :

Recreativo: es un consumo asociado a los tiempos de ocio, entre amigos y en diferentes contextos, que puede trascender a un consumo problemático. Implica que no tiene dependencia ni otros problemas relacionados con el consumo.

1

Uso nocivo o perjudicial: es un patrón de consumo en el que se presenta el uso recurrente a pesar de problemas legales, sociales o interpersonales que resulten como consecuencia del consumo, o el consumo en situaciones en las que es físicamente peligroso. El consumo se considera no dependiente y entra en la categoría de abuso de sustancias.

2

Uso problemático: es un patrón de uso que puede incluir el abuso y la dependencia, tiene impacto significativo y negativo sobre la salud, las relaciones sociales y familiares y sobre la estabilidad académica, laboral y económica.

3

Trastorno por Consumo de Sustancias (TCS): conjunto de síntomas somáticos, cognitivos y comportamentales que llevan a un individuo al uso problemático de una sustancia a pesar de conocer las consecuencias (SAMHSA, 2018). A los TCS más graves se les llama adicciones, éstas afectan la salud física, las relaciones con la familia y amigos, las actividades diarias como el trabajo o el estudio o implican problemas económicos o de orden judicial. Se considera que todo consumo de sustancias lícitas o ilícitas en mujeres embarazadas o en periodo de lactancia, así como en niñas, niños y adolescentes, son problemáticos (Johnston et al.,2020)

La adolescencia y el uso de sustancias: en la adolescencia, la vulnerabilidad a los TCS es dada por la inmadurez cerebral de comprender conceptos complejos, de relacionar una conducta y sus consecuencias o de percibir el grado de control que se puede tener respecto a la toma de decisiones relacionadas con la salud (Kassani et al.,2015),sin embargo, también influyen los factores de riesgo o protectores con los que cuente el adolescente. Los factores protectores son características o atributos individuales, familiares o sociales, que reducen la posibilidad de uso, abuso o dependencia de las sustancias psicoactivas, en contraposición, los factores de riesgo posibilitan o aumentan el consumo (Johnston et al.,2020)

Recaída: procesos esperados en la recuperación de los TCS (McHugh et al.,2010). La recaída es un evento discreto que gradual e insidiosamente lleva de vuelta al consumo de la sustancia con la misma intensidad que en los niveles anteriores al tratamiento (McHugh et al.,2010). Existen varios tipos de recaída: emocional, que se caracteriza por la negación y el autocuidado deficiente; mental, la resistencia cognitiva a la recaída disminuye y aumenta la necesidad de escapar; física, se da cuando una persona comienza a consumir nuevamente, con un inicio insidioso hasta el regreso al consumo incontrolado (McHugh et al.,2010).

Prevención de recaídas: es un enfoque donde se reconoce la recaída como un proceso gradual con distintas etapas y cuyo objetivo es ayudar a las personas a reconocer los primeros signos de advertencia de una recaída y desarrollar habilidades de afrontamiento para prevenirla al principio del proceso, cuando las posibilidades de éxito son mayores (McHugh et al.,2010).

Intervenciones Basadas en Atención Plena (IBAP): el Mindfulness o Atención Plena proviene del budismo; es un conocimiento ancestral llevado a la práctica que procura la aceptación del pensamiento y la toma de conciencia sobre las experiencias, a partir de lo cual, facilita el distanciamiento de las conductas desadaptativas y de los pensamientos distorsionados (Mckay,2021). Las IBAP conforman un programa que integra prácticas de meditación de “consciencia plena” con la tradicional terapia cognitivo-conductual para la prevención de recaídas en consumo de sustancias psicoactivas (Grant et al.,2017).

SAMHSA. Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias

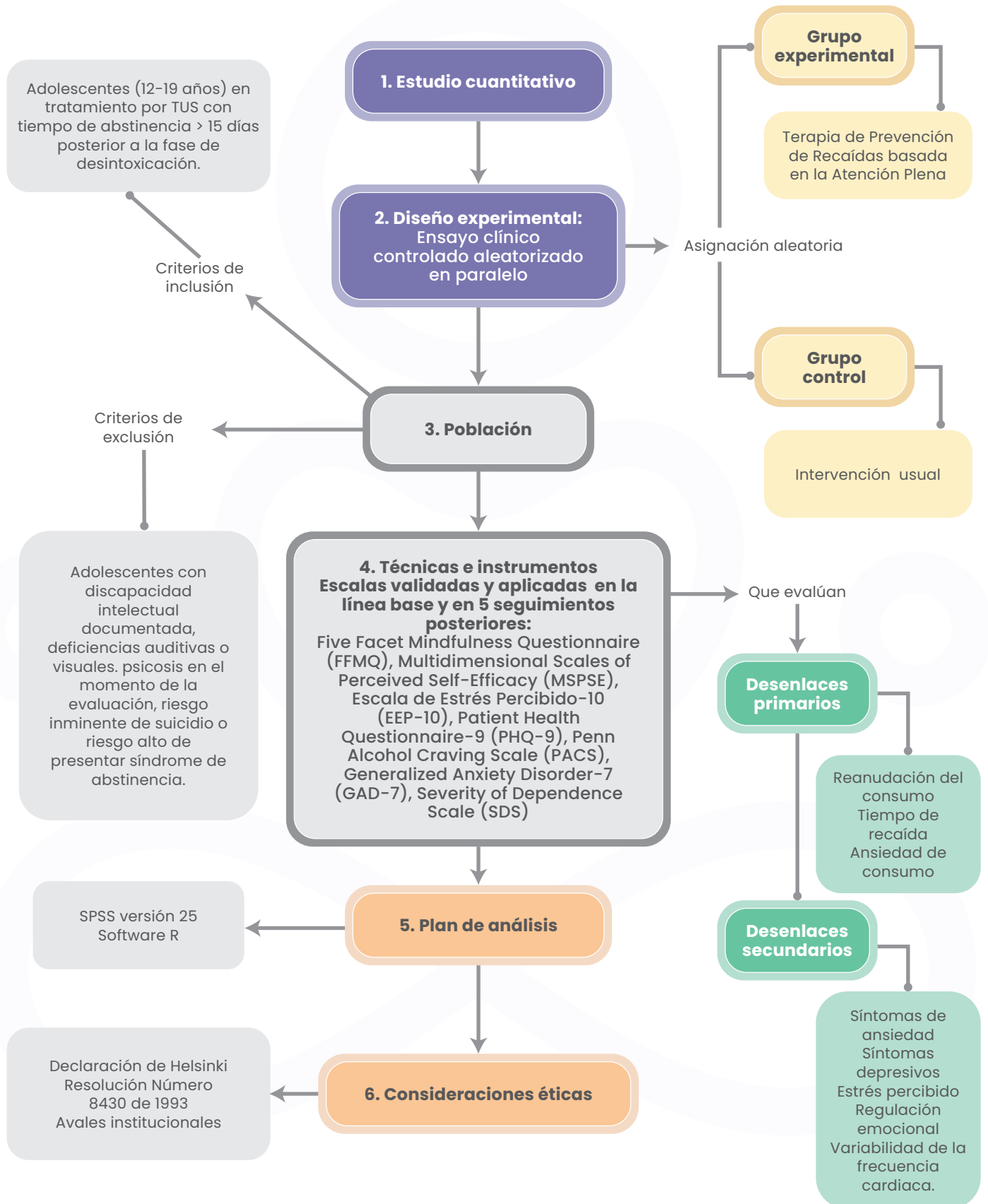
METODOLOGÍA – CONTEXTO DEL ESTUDIO



Intervenciones a cargo de: médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, artistas plásticos y educadores físicos, a determinado grupo de pacientes adolescentes de un programa terapéutico de adicciones en la Clínica San Juan de Dios de la ciudad de Manizales.

Se tuvo la coordinación y apoyo logístico de los grupos de investigación Salud Mental y Comportamiento Humano, Promoción de la salud y Prevención de la Enfermedad de la Universidad de Caldas.

METODOLOGÍA



METODOLOGÍA - PROCEDIMIENTO POR FASES

Fase 1

Adaptación, traducción y validación de los instrumentos a la población adolescente colombiana para aquellos instrumentos que no tengan validación formal en dicha población.

Intervención en Prevención de Recaídas Basada en Atención Plena (PRBAP) a la población adolescente a cargo de un instructor en Mindfulness certificado en terapia cognitiva en atención plena y reducción del estrés basada en atención plena para adolescentes.

1

Fase 2

2

Prueba piloto y aplicación de la intervención después de la aleatorización y estratificación. Esta fase también incluye la evaluación de las variables de desenlace en línea base.

Fase 3

Seguimiento de las variables de desenlace: evaluaciones de las variables de psicológicas, psicofisiológicas de interés al primer, tercer, sexto y doceavo mes después de la intervención en ambos grupos.

3

Fase 4

4

Análisis estadísticos, preparación de informes y publicación de resultados.

METODOLOGÍA – TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

MINI-KIDS

Breve entrevista diagnóstica estandarizada para diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales edición [DSM-IV] (APA, 2000) y la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados [CIE-10] (OMS, 2004) adaptada a trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes.

MINI-KIDS es una extensión de la versión para adultos del Mini-International Neuropsychiatric (Sheehan, 1998).

Intervención psicoterapéutica: Prevención de Recaídas Basada en Atención Plena (PRBAP).

Los participantes del grupo experimental recibieron doce sesiones de PRBAP, una por semana, grupales y de dos horas de duración.

El PRBAP, como protocolo de tratamiento estandarizado, fue manualizado (Kabat-Zinn, 2013) y traducido al castellano (Chawla et al., 2013). Cada una, consistió en un plan de tratamiento estructurado que incluía: entrenamiento en habilidades cognitivas, prácticas de meditación [30-45 minutos] e intercambio de experiencias.

Escalas de evaluación de desenlaces primarios y secundarios.

Al ingreso de los adolescentes (línea base), al egreso del programa y en seguimientos posteriores al egreso (a los 1, 3, 6 y 12 meses), se aplicaron 7 escalas a la población objeto del estudio, las cuales permiten medir y evaluar sus condiciones psiquiátricas en el desarrollo del mismo. Todas las escalas se encuentran validadas y son aptas para usar en las condiciones en las que se desarrolló este proyecto.

Para conocer las escalas utilizadas, puede escanear el siguiente código QR.



METODOLOGÍA – TRABAJO DE CAMPO

Al ingreso de los adolescentes al programa, se realizó el sorteo de grupos (control y experimental). A cada adolescente se le tomó peso, talla, frecuencia cardiaca, saturación de oxígeno, temperatura corporal y Holter de 25 minutos, adicionalmente, se aplicaron las 7 escalas descritas en las “Técnicas e instrumentos” (línea base). El proceso se repitió en el egreso de cada joven y se le informó a su acudiente sobre los encuentros siguientes al mes, 3, 6 y 12 meses, donde se realizaron los mismos procedimientos. Para los primeros dos seguimientos (1 y 3 meses) se realizó el **Timeline Followback**, en el que se registró el consumo de sustancias del mes 1 y 2 posterior al egreso (caídas, recaídas o rehabilitación).

De los 102 participantes valorados en línea base el 25,4% (n=26) no culminaron el protocolo de 12 semanas, 17 grupo experimental y 9 grupo control, por tanto, se finaliza la fase de intervención con **76 participantes**, contando con **35 en el grupo experimental y 41 en el grupo control**. De ellos, los siguientes asistieron a los seguimientos descritos:

Tabla 1. Participantes valorados por seguimiento

Seguimiento	Participantes valorados			% del total
	Total	Grupo experimental	Grupo control	
1 mes	75	34	41	98,7%
3 meses	70	31	39	92,1%
6 meses	69	30	39	90,7%
12 meses	64	28	36	84,2%



RESULTADOS





CARACTERIZACIÓN
de la población participante según variables
SOCIODEMOGRÁFICAS,
BIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

MUESTRA INICIAL

102 adolescentes

Tabla 2. Edad de los participantes

Edad	
Criterio	Años
Media	15,3
Mínimo	12
Máximo	17

Tabla 3. Estado civil de los participantes

Estado civil	
Soltero	99,02%
Comprometido	0,98%

Tabla 4. Situación escolar de los participantes

Educación	
Escolarizado	79,41%
Desescolarizado	20,59%

Tabla 5. Régimen en el sistema de salud

Régimen de salud	
Contributivo	79,41%
Subsidiado	20,59%
Beneficiario	14,71%

Tabla 6. Procedencia de los participantes

Procedencia		
MUNICIPIO	Rural	Urbano
Alto de la Cruz	0,98	0,00
Armenia	0,00	1,96
Bogotá	0,00	4,90
Cali	0,00	1,96
Cartago	0,00	0,98
Chinchiná	0,00	4,90
Cúcuta	0,00	0,98
Extranjero	0,00	0,98
Filadelfia	0,00	0,98
Guaricó	0,00	0,98
Ibagué	0,98	0,00
La Dorada	0,98	0,00
La unión	0,00	0,98
Manizales	1,96	52,94
Manzanares	0,00	0,98
Medellín	0,98	2,94
Nariño	0,00	0,98
Neira	0,00	0,98
Pereira	0,00	1,96
Riosucio	2,94	1,96
Salamina	0,00	0,98
Supía	0,98	0,00
Tolima	0,00	0,98
Tuluá	0,00	0,98
Villamaría	0,98	3,92

- De los 102 participantes, el 93.14% reportó consumir cannabis y el 95.79% de ese grupo, la reconoce como sustancia de impacto.
- El 10.78% solo consume cannabis y el 82,35% restante la combina con otras sustancias.
- La combinación más frecuente que se reportó fue cannabis con tabaco con un 9,80%.
- Se hizo una asignación aleatoria para conformar los grupos control (L) y experimental (X), cada uno con 51 participantes.

MUESTRA FINAL

- De la muestra inicial, se presentó una deserción en el proceso terapéutico del 38.24%, para un total de 76 adolescentes que culminaron las 12 semanas. De los 76 pacientes, se logró hacer los seguimientos periódicos (1 mes, 3, 6 y 12 meses) a 63 adolescentes.
- La sustancia más consumida fue cannabis con un 93.65%, del cual el 11,11% solo consume esa sustancia y el 82.54% la combina con otra u otras. En todos los casos de consumo de cannabis, esta se reconoció como la sustancia de impacto.





Establecimiento del
PATRÓN DE CONSUMO
y severidad del TCS tanto en el grupo
experimental como el
GRUPO CONTROL

Para el logro de este objetivo, se realizaron dos procesos de validez de contenido para las escalas: **Craving por el alcohol de PENN (PACS)** y **Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7)** en población adolescente colombiana. Para ambos, se encontraron elementos satisfactorios sobre los constructos conceptuales de cada evento estudiado para la población en cuestión. Además, se realizó una revisión sistemática para evaluar la calidad de la evidencia científica de los procesos de validación del **Cuestionario de Atención Plena de Cinco Facetas (FFMQ)**.

VALIDACIÓN DE CONTENIDO DE LA ESCALA DE CRAVING POR EL ALCOHOL DE PENN [PACS] PARA POBLACIÓN ADOLESCENTE COLOMBIANA

El valor de Alfa de Cronbach calculado para cada ítem y para la escala se ubicó muy alto con valores superiores a 0,8. Los valores de Índice de Validez de Contenido se hallaron mayores a 0,7 en cuatro de cinco de los criterios evaluados. Los resultados identificados fueron suficientes para mantener todos los ítems de la escala en la versión para Colombia.

Para conocer más sobre el artículo, visite el siguiente link:

<https://doi.org/10.62641/apep.v52i3.1623>

VALIDEZ DE CONTENIDO Y ADAPTACIÓN DE LA ESCALA PARA TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA -7 ITEM (GAD-7) PARA POBLACIÓN ADOLESCENTE

El valor de Alfa de Cronbach para la escala se ubicó en alto con valores superiores a 0,6. Los valores de Índice de Validez de Contenido se hallaron mayores a 0,8 en todos los criterios evaluados. Los resultados identificados fueron suficientes para mantener todos los ítems de la escala en la versión para Colombia.

CALIDAD DE LA EVIDENCIA CIENTÍFICA DEL CUESTIONARIO DE ATENCIÓN PLENA DE CINCO FACETAS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

La calidad metodológica de los artículos seleccionados se evaluó a través de la escala COnsensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments. Las propiedades: consistencia interna, validez de constructo, validez transcultural, validez de criterio y capacidad de respuesta, obtuvieron calificaciones suficientes de alta calidad. El Cuestionario de Atención Plena de Cinco Facetas puede ser utilizado como una herramienta válida en diferentes poblaciones.

Tabla 7. Patrón de consumo alcohol

Patrón de consumo alcohol							
Grupo	Diario	Interdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Experimental	No consumo
X	0,00	0,00	0,04	0,03	0,06	0,06	0,31
L	0,00	0,00	0,04	0,02	0,04	0,09	0,31

Tabla 8. Patrón de consumo MDMA

Patrón de consumo MDMA							
Grupo	Diario	Interdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Experimental	No consumo
X	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,03	0,45
L	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,49

Tabla 9. Patrón de consumo cannabis

Patrón de consumo cannabis						
Grupo	Diario	Experimental	Interdiario	Mensual	Quincenal	Semanal
X	0,34	0,01	0,08	0,01	0,02	0,04
L	0,30	0,00	0,13	0,01	0,03	0,03

Tabla 10. Patrón de consumo bazuco

Patrón de consumo bazuco							
Grupo	Diario	Interdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Experimental	No consumo
X	0,01	0,00	0,00	0,00	0,01	0,02	0,46
L	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,49

Tabla 11. Patrón de consumo vapeador

Patrón de consumo vapeador							
Grupo	Diario	Interdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Experimental	No consumo
X	0,02	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02	0,43
L	0,03	0,01	0,01	0,00	0,00	0,00	0,45

Tabla 12. Patrón de consumo Tussi

Patrón de consumo Tussi							
Grupo	Diario	Interdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Experimental	No consumo
X	0,04	0,02	0,06	0,03	0,07	0,06	0,23
L	0,01	0,00	0,04	0,02	0,06	0,11	0,26

Tabla 13. Patrón de consumo inhalantes

Patrón de consumo inhalantes							
Grupo	Diario	Interdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Experimental	No consumo
X	0,02	0,03	0,01	0,01	0,01	0,06	0,36
L	0,02	0,00	0,02	0,00	0,01	0,03	0,42

Tabla 14. Patrón de consumo benzodiacepinas

Patrón de consumo benzodiacepinas							
Grupo	Diario	Interdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Experimental	No consumo
X	0,02	0,00	0,02	0,00	0,03	0,04	0,36
L	0,02	0,00	0,01	0,00	0,03	0,04	0,40

Tabla 15. Patrón de consumo cocaína

Patrón de consumo cocaína							
Grupo	Diario	Interdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Experimental	No consumo
X	0,01	0,02	0,02	0,00	0,01	0,05	0,39
L	0,00	0,00	0,04	0,01	0,00	0,03	0,42

Tabla 16. Patrón de consumo tabaco

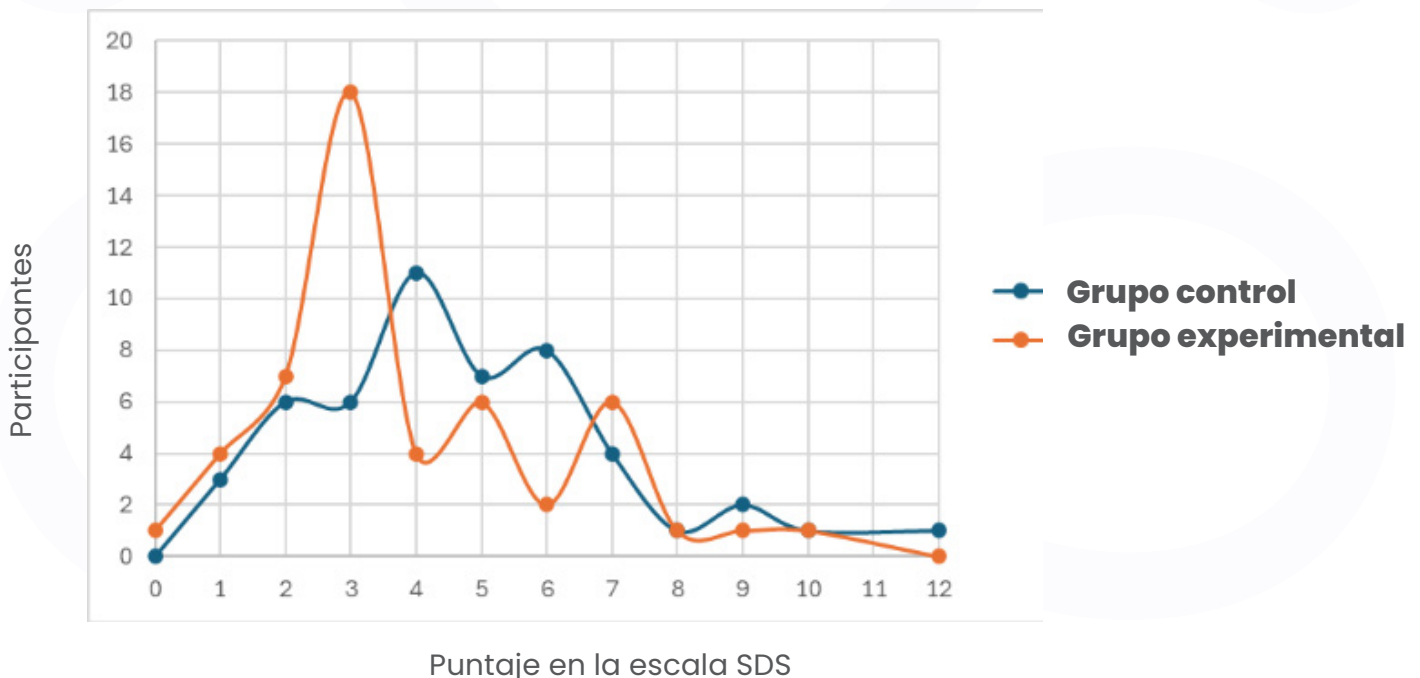
Patrón de consumo tabaco							
Grupo	Diario	Interdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Experimental	No consumo
X	0,13	0,03	0,04	0,00	0,01	0,05	0,25
L	0,10	0,01	0,03	0,00	0,02	0,02	0,32

Tabla 17. Patrón de consumo LSD

Patrón de consumo LSD							
Grupo	Diario	Interdiario	Semanal	Quincenal	Mensual	Experimental	No consumo
X	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,02	0,45
L	0,00	0,00	0,01	0,00	0,01	0,00	0,48

- Se identifica que la sustancia con mayor consumo diario fue Cannabis con un 30% en el grupo L y 34% en el grupo X, para un total de 64%.
- La sustancia que se reportó con menor consumo fue el bazuco, con un 46% de pacientes en el grupo X que no la consumen y 49% en el grupo L, para un total de 95% de pacientes que no la consumen.
- Respecto al patrón de consumo de sustancias, no fue posible hacer pruebas de independencia para comparar los grupos L y X, porque en todos los cruces hubo al menos una casilla con valores de cero (0).
- Respecto al nivel de severidad del consumo de sustancias, en las mediciones pretest con la escala SDS se identificaron 36 pacientes con dependencia en el grupo L y 21 en el grupo X, para un total de 57 pacientes que representan el 55.88% de la muestra obtenida en este estudio.
- El puntaje con mayor porcentaje de respuesta en el grupo L fue 4 (22%), mientras que en el grupo X fue 3 (35%).

Gráfico 1. Distribución de puntajes (SDS)





Comparación del

COMPORTAMIENTO

de las variables clínicas y biológicas

PRE Y POST INTERVENCIÓN

en ambos grupos.

Variables clínicas

Cuestionario FFMQ: se evaluaron las cinco facetas de forma independiente:

Tabla 18. Descripción de la faceta “observar”

FFMQ - Observar										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	15	15,29	4,71	7	25	15	15,32	4,77	6	25
Posttest	17	17,34	4,48	6	25	19	18,14	4,44	8	25
Seguimiento 1 mes	15	15,63	4,17	6	25	17,5	17,25	4,64	9	25
Seguimiento 3 meses	13	14,51	5,08	5	25	16,5	16,36	4,12	11	25
Seguimiento 6 meses	13	14,14	5,12	5	25	16,5	15,93	4,92	6	25
Seguimiento 12 meses	11	11,37	6,00	5	2	16	15,07	5,90	5	25

Tabla 19. Descripción de la faceta “actuar con conciencia”

FFMQ - Actuar con conciencia										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	13	14,06	5,54	5	23	13	14,36	5,71	7	25
Posttest	16	15,66	4,42	9	24	14,5	14,79	4,3	8	21
Seguimiento 1 mes	18	17,14	3,80	6	23	17,5	17,57	3,96	9	25
Seguimiento 3 meses	18	16,63	5,00	5	23	18,5	18,18	4,12	6	25
Seguimiento 6 meses	18	17,00	4,34	6	25	19	18,64	4,72	10	25
Seguimiento 12 meses	20	18,23	5,15	6	25	20	18,79	5,86	5	25

Tabla 20. Descripción de la faceta “no reactividad”

FFMQ - No reactividad										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	15	15,37	4,10	5	23	17	16,89	4,46	8	25
Posttest	17	16,37	3,85	6	24	18	18,00	3,33	11	25
Seguimiento 1 mes	15	15,91	4,08	8	25	16,5	16,86	3,71	9	25
Seguimiento 3 meses	15	14,86	3,93	8	23	17	17,14	3,51	8	23
Seguimiento 6 meses	15	15,80	3,82	11	25	17,5	17,18	3,30	11	25
Seguimiento 12 meses	17	16,91	3,67	11	25	19,5	18,82	3,38	12	25

Se identifica un incremento en las habilidades de conciencia plena entrenadas en el grupo X, a excepción de la habilidad “No juzgar la experiencia interna” porque en esta se encontró una disminución.

Tabla 21. Descripción de la faceta “describir”

FFMQ – Describir										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	15	14,94	3,77	7	23	15,5	16,11	3,93	8	25
Posttest	16	15,74	3,72	7	25	16,5	16,50	4,08	9	23
Seguimiento 1 mes	16	16,37	3,97	10	25	17	17,75	3,97	11	25
Seguimiento 3 meses	18	16,94	3,90	8	25	19	17,79	3,74	10	24
Seguimiento 6 meses	15	15,77	4,34	6	23	18	17,96	3,79	9	25
Seguimiento 12 meses	18	17,49	4,98	7	25	21	19,00	5,22	8	25

Tabla 22. Descripción de la faceta “no juzgar la experiencia

FFMQ – No juzgar la experiencia interna										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	14	13,51	5,03	5	24	13	12,89	3,75	5	20
Posttest	14	13,83	3,92	7	23	12,5	12,79	4,67	5	20
Seguimiento 1 mes	18	17,06	2,52	11	20	17	16,46	3,53	10	22
Seguimiento 3 meses	17	16,86	3,25	10	23	18	16,29	5,01	5	23
Seguimiento 6 meses	16	16,54	3,15	9	23	16,5	15,32	3,74	7	22
Seguimiento 12 meses	16	16,20	3,47	5	21	16,5	15,89	3,57	8	22

Tabla 23. Descripción del cuestionario FFMQ

FFMQ – Conciencia plena										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	75	73,17	12,65	42	98	76,5	75,57	16,49	45	106
Posttest	80	78,94	11,66	61	102	81,5	80,21	14,89	46	101
Seguimiento 1 mes	81	82,11	12,43	57	117	86	85,89	11,12	64	105
Seguimiento 3 meses	80	79,80	14,34	47	113	85	85,75	10,47	69	107
Seguimiento 6 meses	77	73,26	13,01	44	106	84,5	85,04	10,65	58	105
Seguimiento 12 meses	85	80,20	15,2	43	108	89	87,57	15,81	49	116

Tabla 24. Descripción de la Escala de Severidad de la Dependencia (SDS)

Escala de Severidad de la Dependencia (SDS)										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	4	4,46	2,01	1	10	3,5	4,11	1,95	1	8
Posttest	4	4,26	1,85	0	8	4	4,57	2,04	2	8
Seguimiento 1 mes	3	3,71	2,81	0	12	4	3,71	2,24	0	7
Seguimiento 3 meses	4	4,71	3,23	0	13	4	5,25	3,80	0	15
Seguimiento 6 meses	3	4,03	3,27	0	12	4	4,04	2,60	0	9
Seguimiento 12 meses	3	3,71	3,30	0	11	3,5	4,14	3,01	0	10

Tabla 25. Descripción de la Escala de Autoeficacia percibida (MSPSE 1)

Escala de Autoeficacia percibida (MSPSE 1)										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	15	14,71	5,90	4	35	15	15,61	7,25	5	35
Posttest	12	12,77	4,38	2	20	11,5	12,00	4,06	4	19
Seguimiento 1 mes	13	13,23	3,88	6	23	12	11,18	4,68	0	19
Seguimiento 3 meses	16	16,46	7,73	2	40	13,5	14,04	6,56	3	32
Seguimiento 6 meses	13	14,17	5,73	3	29	12	11,71	5,35	0	26
Seguimiento 12 meses	13	11,37	6,86	0	27	11	10,79	8,35	0	39

Tabla 26. Descripción de la Escala de Eficacia social percibida (MSPSE 2)

Escala de Eficacia social percibida (MSPSE 2)										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	52	51,37	6,93	31	60	49	48,39	8,62	24	60
Posttest	53	51,66	6,53	38	60	51,5	51,93	5,75	37	60
Seguimiento 1 mes	52	50,97	6,94	37	60	50	50,71	7,03	34	60
Seguimiento 3 meses	49	48,86	8,30	30	60	52	52,04	6,13	41	60
Seguimiento 6 meses	52	49,71	9,42	17	60	53	52,21	5,93	40	60
Seguimiento 12 meses	54	54,29	9,97	38	96	55	52,96	6,99	36	60

Tabla 27. Descripción de la Escala de ansiedad por el alcohol (PACS)

Escala de ansiedad por el alcohol (PACS)										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	0	2,40	3,87	0	16	2	2,79	3,18	0	11
Posttest	4	4,17	3,49	0	15	2	4,11	4,63	0	15
Seguimiento 1 mes	6	7,74	7,92	0	35	5,5	5,79	5,89	0	27
Seguimiento 3 meses	7	12,17	11,43	0	39	9	9,89	9,05	0	30
Seguimiento 6 meses	6	8,91	9,45	0	36	7	8,71	8,81	0	33
Seguimiento 12 meses	7	10,97	12,45	0	42	7	13,89	15,76	0	54

Tabla 28. Descripción de la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)

Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	4	4,60	4,66	0	19	3,5	3,89	3,89	0	12
Posttest	4	3,83	2,38	0	11	3,5	3,82	3,82	0	16
Seguimiento 1 mes	3	3,43	2,94	0	9	0,5	1,93	1,93	0	10
Seguimiento 3 meses	4	5,17	4,40	0	18	4	6,18	6,18	0	21
Seguimiento 6 meses	4	4,97	4,91	0	19	3	3,996	3,96	0	16
Seguimiento 12 meses	3	3,60	4,05	0	13	1,5	3,21	3,21	0	16

Tabla 29. Descripción del Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9)

Escala de Salud del Paciente (PHQ-9)										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	9	7,83	4,62	0	17	6	7,36	5,14	10	21
Posttest	5	5,17	3,11	0	12	4	5,11	4,51	0	19
Seguimiento 1 mes	4	5,34	3,99	0	15	3	3,82	3,93	0	11
Seguimiento 3 meses	6	6,91	4,88	1	24	5	7,04	6,56	0	27
Seguimiento 6 meses	5	6,29	4,15	1	19	4,5	4,68	3,88	0	17
Seguimiento 12 meses	4	5,57	5,69	0	26	5,5	6,64	5,95	0	23

Los estadísticos descriptivos evidencian diferencias leves entre los grupos L y X en el pretest, posttest y los 4 seguimientos. La escala PACS muestra algunos incrementos en ambos grupos a medida que pasa el tiempo.

Comparación entre los bloques de los grupos L y X

- En el cuestionario FFMQ, las habilidades “Observar”, “Describir”, “No reactividad” y “Conciencia plena” que fueron entrenadas en el grupo X, se incrementaron respecto al grupo L. La habilidad “No juzgar la experiencia interna” fue la única que disminuyó en el grupo X en comparación al grupo L y esta disminución fue estadísticamente significativa, aunque el tamaño del efecto evidencia que este cambio fue bajo.
- La habilidad “No reactividad” fue la que tuvo el mayor cambio entre los grupos, con un tamaño del efecto alto que indica que en el grupo X esta fue la habilidad que más de desarrolló.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos L y X, en las escalas SDS, PACS, PHQ9 y MSPE.

Variables biológicas

No se encontraron diferencias estadísticas significativas entre los grupos L y X, esto significa que ninguno de los tratamientos generó cambios relevantes en estas variables entre el pretest y posttest. Los cambios identificados con los estadísticos descriptivos entre las medidas pueden explicarse más a efectos aleatorios que a los tratamientos aplicados a los pacientes.

Tabla 30. Variables biológicas de los participantes pre y pos intervención

	Variables biológicas									
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
pNN50*										
Pretest	19	21,34	17,37	1	66	7	15,57	16,62	1	61
Posttest	6,5	10,00	8,13	1	32	7	13,21	14,13	1	59
rMSSD*										
Pretest	34	38,93	19,34	9	95	24	32,09	17,05	13	85
Posttest	27	28,59	9,43	12	49	27	30,37	15,47	11	86
SDNN*										
Pretest	52	53,44	15,84	14	87	49	50,46	14,67	28	83
Posttest	46	46,15	11,53	21	73	49	49,43	14,11	25	84
SDANN*										
Pretest	11	13,24	7,59	2	33	10	12,20	8,86	2	49
Posttest	10	11,71	7,33	2	36	13	14,71	8,99	2	16
SDNN24*										
Pretest	55	56,10	16,22	15	93	47	52,91	16,32	30	97
Posttest	48	49,12	12,75	24	78	52	52,34	14,58	26	88

*Variables del Holter de 25 minutos.

Tabla 31. Continuación variables biológicas de los participantes pre y posintervención

Variables biológicas										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Presión arterial diastólica										
Pretest	60	61,74	6,20	53	79	67	66,06	8,79	52	85
Posttest	63	62,31	8,08	43	78	61	61,94	6,40	51	74
Presión arterial sistólica										
Pretest	108	110,26	11,92	89	148	111	113,66	9,18	99	134
Posttest	112	112,92	9,65	91	138	107	111,49	11,97	94	143
Saturación parcial de oxígeno										
Pretest	95	95,18	0,88	93	97	95	95,20	1,26	90	97
Posttest	95	84,82	0,79	93	97	95	95,09	0,95	92	96
Frecuencia cardíaca										
Pretest	76	76,56	10,31	56	102	82	81,51	9,40	57	100
Posttest	80	80,79	9,93	60	102	80	82,00	10,98	61	110
Frecuencia cardíaca mínima										
Pretest	77	78,83	11,79	57	106	88	85,09	9,28	63	101
Posttest	86	85,93	7,56	64	101	85	85,14	10,24	69	111
Frecuencia cardíaca máxima										
Pretest	78	80,63	11,90	59	106	88	85,37	9,24	63	101
Posttest	86	86,15	7,52	65	101	86	85,86	10,44	69	111



Comparación del nivel de
CONSUMO DE DROGAS
previo y posterior a la intervención en el
GRUPO EXPERIMENTAL
con el grupo control.

Para el logro de este objetivo se realizó una revisión sistemática para analizar la evidencia científica actual sobre la eficacia de las intervenciones basadas en Mindfulness en el tratamiento de los TUS entre los adolescentes con el objetivo de proporcionar un marco para la presente y futuras investigaciones.

**EFFICACY OF MINDFULNESS-BASED INTERVENTIONS IN
THE TREATMENT OF ADOLESCENTS WITH SUBSTANCE USE
DISORDERS: A SYSTEMATIC REVIEW**

En esta revisión se encontró que las intervenciones basadas en Mindfulness pueden ser eficaces en el tratamiento de afecciones clínicas asociadas a los TUS en adolescentes, como en ciertas funciones cognitivas.

Sin embargo, no hubo evidencia concluyente sobre su impacto en la reducción de la frecuencia de consumo y la prevención de recaídas.

Lo anterior motiva el desarrollo de estudios clínicos como el presentado en esta cartilla ya que este tipo de investigaciones sugieren un alto nivel de evidencia para demostrar la eficacia o no del Mindfulness en la abstinencia y los problemas relacionados con las sustancias en adolescentes.

Tabla 32. Comparación del nivel de dependencia pre vs. pos intervención

Escala de Severidad de la dependencia (SDS)										
	Grupo L					Grupo X				
	Mediana	Media	DE	Min	Max	Mediana	Media	DE	Min	Max
Pretest	4	4,46	2	1	10	3,5	4,11	2	1	8
Posttest	4	4,26	1,9	0	8	4	4,57	2	2	8

Al comparar las puntuaciones que indican los niveles de severidad de dependencia en el consumo de sustancias psicoactivas, entre el pretest y posttest en ambos grupos no se identifican cambios importantes entre las medidas, adicionalmente, la prueba de Friedman confirma que estas leves diferencias no son estadísticamente significativas

Tabla 33. Tabla cruzada de recaídas entre 1 y 2 meses

		2 meses		
		%Caída	%Recaída	%Rehabilitado
1 mes	%Caída	9,21	15,79	3,95
	%Recaída	2,63	15,79	0,00
	%Rehabilitado	15,79	13,16	23,68

Tabla 34. Tablas cruzadas de recaídas entre 1 y 2 meses por grupo

Grupo L		2 mes		Grupo x		2 mes	
		%Caída	%Recaída			%Caída	%Recaída
1 mes	%Caída	21,05	52,63	1 mes	%Caída	21,43	14,29
	%Recaída	0,00	26,32		%Recaída	14,29	50,00

La prueba de McNemar arrojó que hay diferencias estadísticamente significativas entre el mes 1 y el mes 2 de seguimiento, lo que se refleja en un aumento considerable de recaídas (de 18.42% a 44.74%) y disminución en la rehabilitación (52.63% a 27.63%) en el segundo mes. las diferencias encontradas con la prueba de McNemar entre los seguimientos, son producto del aumento de recaídas en el segundo mes de seguimiento del grupo L (control), porque pasó de un 26.32% a 78.95%.

OTROS RESULTADOS

Durante el desarrollo del proyecto, se realizó un estudio para establecer las condiciones de salud mental en adolescentes de la ciudad de Manizales, Colombia, con la finalidad de identificar factores de riesgo comunes en esta población, encontrando que:

- El género femenino se configura en un factor de riesgo para presentar altos niveles de estrés percibido, episodios depresivos y ansiedad, no obstante, ser mujer es un factor protector ante la dependencia al consumo de sustancias psicoactivas.

1

- Los adolescentes desescolarizados tienen mayor de riesgo para tener dependencia y abuso de sustancias psicoactivas.

2

- En este ciclo de vida se tiene especial predisposición a factores como estrés, ansiedad y depresión, y en menor frecuencia, al consumo de sustancias como alcohol y sustancias psicoactivas.

3

Para conocer más sobre el artículo, visite el siguiente link: <https://doi.org/10.1111/jcap.12479>

**APROPIACIÓN
SOCIAL DEL
CONOCIMIENTO**

I CONGRESO EN MINDFULNESS Y ADICCIONES

Evento llevado a cabo el 25 de mayo de 2023 en la Facultad de Ciencias para la Salud y certificado por la Universidad de Caldas, el cual tuvo por objeto establecer un espacio para compartir referentes teóricos, experiencias en investigación y proyectos alrededor de la Atención Plena y el manejo de adicciones.

Se realizó un “curso pre-congreso” donde se certificaron diferentes profesionales de algunas entidades de salud mental del departamento de Caldas.

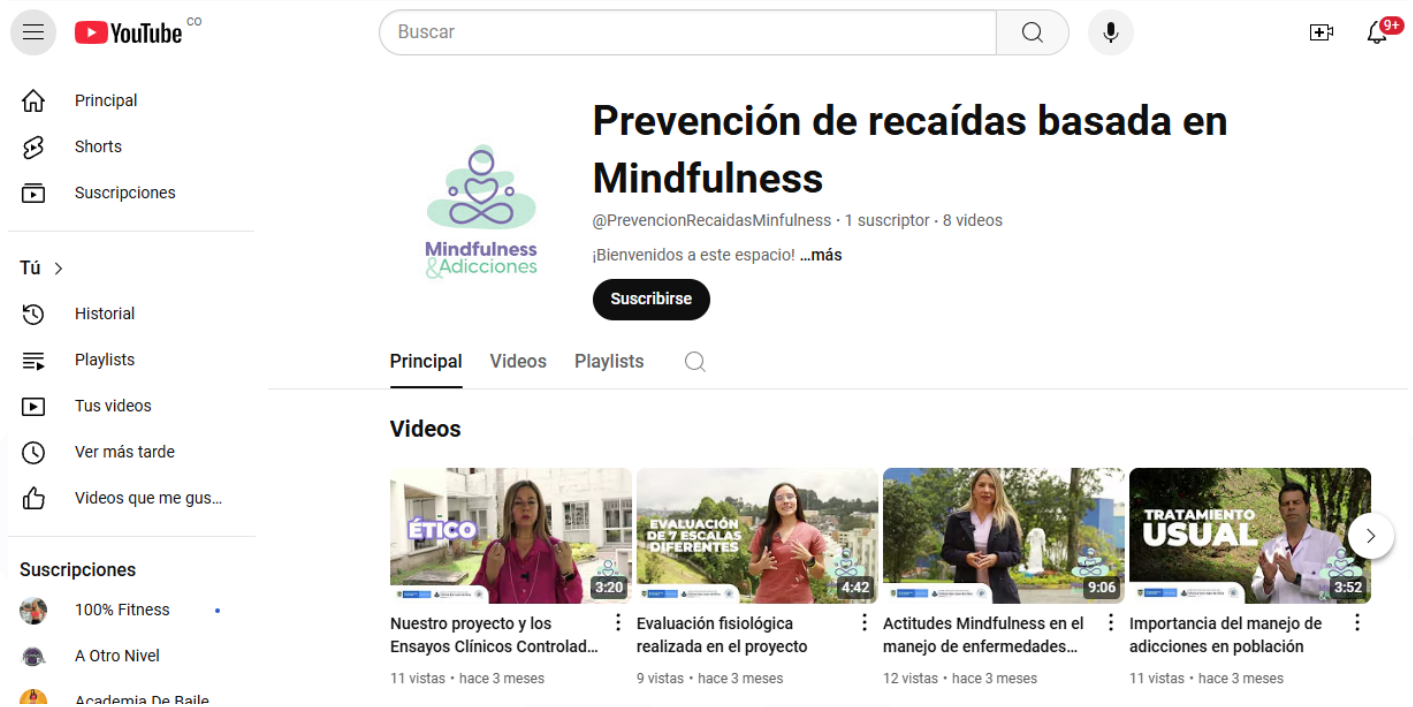


CANAL DE YOUTUBE

Un canal dedicado a la apropiación social del conocimiento del proyecto de investigación, donde encontrarán 9 videos, cada uno con miradas diferentes de las personas involucradas en la ejecución de este trabajo. Con ellos, esperamos servir de guía e inspiración a los profesionales que trabajan con personas con Trastornos por Consumo de Sustancias.

Ver en el siguiente enlace:

<https://www.youtube.com/@PrevencionRecaidasMindfulness>



The screenshot shows the YouTube channel page for 'Prevención de recaídas basada en Mindfulness'. The channel name is prominently displayed at the top, along with the subscriber count (1 suscriptor) and video count (8 videos). Below the channel name, there is a 'Suscribirse' (Subscribe) button. The page is divided into sections: 'Principal' (Home), 'Videos', and 'Playlists'. The 'Videos' section is currently selected, showing a grid of four video thumbnails. Each thumbnail includes a title, a duration, and a view count. The videos are: 'Nuestro proyecto y los Ensayos Clínicos Controlad...' (11 views, 3:20), 'Evaluación fisiológica realizada en el proyecto' (9 views, 4:42), 'Actitudes Mindfulness en el manejo de enfermedades...' (12 views, 9:06), and 'Importancia del manejo de adicciones en población' (11 views, 3:52). The left sidebar shows the channel's navigation menu, including 'Principal', 'Shorts', 'Suscripciones', and 'Tú >' (You >), which includes 'Historial', 'Playlists', 'Tus videos', 'Ver más tarde', and 'Videos que me gus...'. The bottom of the page features a large, stylized infinity symbol graphic.

Prevención de recaídas basada en Mindfulness
@PrevencionRecaidasMindfulness · 1 suscriptor · 8 videos
¡Bienvenidos a este espacio! ...más

Suscribirse

Videos

- ÉTICO**
Nuestro proyecto y los Ensayos Clínicos Controlad...
11 vistas · hace 3 meses
- EVALUACIÓN DE 7 ESCALAS DIFERENTES**
Evaluación fisiológica realizada en el proyecto
9 vistas · hace 3 meses
- TRATAMIENTO USUAL**
Actitudes Mindfulness en el manejo de enfermedades...
12 vistas · hace 3 meses
- TRATAMIENTO USUAL**
Importancia del manejo de adicciones en población
11 vistas · hace 3 meses

Suscripciones

- 100% Fitness
- A Otro Nivel
- Academia De Baile

CONSULTORÍAS CIENTÍFICO-TECNOLÓGICAS

Se realizaron dos consultorías a tomadores de decisiones en salud mental del departamento de Caldas con los objetivos de:

1. Socializar los resultados de adaptación de las escalas utilizadas en el proyecto, que sirvan de insumo para el trabajo con esta población en los diferentes municipios de Caldas.
2. Brindar y obtener recomendaciones como insumo en la elaboración de políticas departamentales de salud mental.

Para ello, se compartió un Policy Brief (documento que sintetiza la evidencia sobre los TCS en adolescentes y su importancia política) y una cartilla con los instrumentos validados y utilizados durante el estudio.

REESCRIBIENDO FUTUROS: ENFRENTANDO EL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES



INVESTIGADORES:

Óscar Mauricio Castaño Ramírez
Investigador principal
oscar.castano@ucaldas.edu.co

Consuelo Vélez Álvarez
Coinvestigadora
consuelo.velez@ucaldas.edu.co

FECHA: octubre 2023

PROYECTO: "Efecto de la intervención prevención de recaídas basada en Mindfulness (Atención Plena) sobre el consumo de drogas en adolescentes con trastorno por consumo de sustancias participantes en un programa terapéutico de adicciones, Manizales, Colombia: ensayo clínico controlado y aleatorizado" financiado por el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Contrato 717-2021 proyecto 84524.

CÓMO CITAR: Castaño OM, Vélez C. Reescribiendo futuros: enfrentando el consumo de sustancias en adolescentes. Policy brief. Universidad de Caldas. 2023.

Para consultar el Policy Brief, ver el siguiente enlace:

<https://doi.org/10.5281/zenodo.14212312>



Dirección Territorial de Salud de Caldas



Mediccol IPS – Manizales

MANUAL: “TRATAMIENTO PARA ADOLESCENTES CON TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO”

Protocolo diseñado para la realización de intervenciones grupales basadas en la terapia ACT, con el objetivo de ofrecer una herramienta psicoterapéutica práctica para los profesionales en salud mental que trabajan con adolescentes que presentan diagnóstico por TUS. Está diseñado para la comprensión tanto de terapeutas con conocimiento en ACT como para aquellos que están comenzando en el aprendizaje e implementación de este modelo terapéutico.

CURSO VIRTUAL: “MINDFULNESS Y ADICCIONES”

Un viaje de 12 semanas, donde cada sesión será un transitar a través de la propia experiencia.

Es un curso de capacitación a la comunidad académica y asistencial sobre el programa de Prevención de Recaídas basado en Mindfulness, donde se invita a expresar los pensamientos, emociones y sensaciones que se obtendrán durante las actividades planteadas y, al finalizar, se podrán recoger las experiencias que se experimentaron y las herramientas que se adquirieron con mayor facilidad.

[Mail](#)[Línea Telefónica](#)[Tour por la página](#)[Perfil Docente](#)[Mensajes](#)

Módulo 7

Estilo de vida equilibrado y mapa de los sueños

[Soporte WhatsApp](#)[Pregúntale a tu Tutor](#)[Videotutorial](#)

CONTENIDOS ACADÉMICOS



MÓDULO 1 Conociéndonos



Ver más



MÓDULO 2 Reconectando



Ver más



MÓDULO 3 Yo pensante vs. Yo observador



Ver más



MÓDULO 4 Responder en lugar de reaccionar



Ver más



MÓDULO 5 La consciencia del engaño



Ver más



MÓDULO 6 Experiencias agradables, desagradables y neutras.



Ver más



MÓDULO 7 Estilo de vida equilibrado y mapa de los sueños



Ver más



MÓDULO 8 Círculo de la influencia: lo que puedo controlar y lo que debo aceptar



Ver más



MÓDULO 9 Sistema de pares prevención de recaídas desde la comunicación consciente



Ver más



MÓDULO 10 La familia y su poder sanador del perdón y la compasión



Ver más



MÓDULO 11 Sistema externo y retorno a la vida cotidiana



Ver más



MÓDULO 12 Depende de mí



Ver más



LIMITACIONES



- Se presentaron ciertas barreras para lograr el tamaño muestra planteado inicialmente debido a que, durante el proceso de tratamiento en el programa, 26 participantes desertaron de la institución por diferentes motivos: alta voluntaria, evasión o expulsión por mal comportamiento. Lo que conllevó a prolongar el tiempo esperado para la ejecución de las fases iniciales del estudio.

1

- Por otro lado, durante la tercera fase, se presentaron dificultades para establecer el contacto con algunos de los participantes para la toma de variables de psicológicas, y psicofisiológicas descritas (seguimientos al primer, tercer, sexto y doceavo mes), en algunos casos, debido a cambio de ciudad o país, dificultades económicas para desplazarse a la clínica o desinterés por el proceso. Además, algunas familias expresaron que el joven había presentado recaídas que desencadenaron fugas del hogar o de otras instituciones de salud mental, impidiendo su localización.

2

- La inasistencia a los seguimientos se incrementó cuando varios participantes alcanzaron la mayoría de edad, situación que los llevó a justificar su abandono en los procesos de recuperación y mostrar negativas para acudir a las valoraciones propuestas.

3



CONCLUSIONES



01

Caracterizar la población participante según variables sociodemográficas, biológicas y clínicas.

La caracterización de la población permitió identificar un perfil de alto riesgo, con un 93% de los participantes reportando consumo de cannabis, combinado frecuentemente con tabaco, y un 55% con dependencia según la escala SDS. Los factores familiares disfuncionales, como baja cohesión y comunicación ambivalente, destacan como determinantes críticos en el consumo. Estos hallazgos subrayan la importancia de enfoques biopsicosociales y sistémicos que aborden tanto los factores individuales como los contextuales.

El análisis del patrón de consumo y la severidad del TCS confirmó que el cannabis, en combinación con otras sustancias, es el patrón predominante de la muestra estudiada, principalmente el consumo diario combinado con tabaco. Las herramientas validadas, como la escala SDS, demostraron ser útiles para evaluar la dependencia, lo que refuerza su aplicabilidad en investigaciones futuras. No obstante, la intervención no logró cambios significativos en la severidad del consumo, lo que indica que las estrategias actuales deben fortalecerse para abordar tanto las conductas de consumo como sus determinantes sociales y psicológicos.

02

Establecer el patrón de consumo y severidad del TCS tanto en el grupo experimental como el grupo control.

03

Comparar el comportamiento de las variables clínicas y biológicas pre y post intervención en ambos grupos.

Respecto a las variables clínicas y biológicas, los hallazgos reflejaron un impacto positivo en habilidades psicológicas, pero no en las variables biológicas evaluadas. Las mejoras en habilidades como “No reactividad” son alentadoras, aunque la disminución en “No juzgar la experiencia interna” debe ser considerada para ajustar la metodología de la intervención de Mindfulness. Las diferencias mínimas en escalas como PACS y GAD-7 entre las medidas pre y post a las intervenciones subrayan que el efecto no fue uniforme en todas las dimensiones y esto conlleva a reflexionar sobre la necesidad de integrar enfoques biomédicos y psicológicos para maximizar los beneficios de las intervenciones. Frente a los resultados obtenidos en las variables biológicas, estos pueden ser explicados a partir de las limitaciones identificadas con el tamaño de la muestra y las condiciones pretest de este estudio. Se recomienda continuar con este tipo de investigaciones para validar si realmente es posible obtener efectos con este tipo de intervenciones en las variables analizadas.

En cuanto al efecto de la intervención, se identificaron mejoras significativas en habilidades psicológicas como la atención plena y la regulación emocional, particularmente en dimensiones como “Observar” y “No reactividad”. Sin embargo, estas mejoras no se tradujeron en una reducción significativa del consumo de sustancias entre los participantes. Respecto a la prevención de recaídas, esta intervención no mostró una disminución entre los seguimientos realizados entre uno y dos meses, pero tampoco hubo un incremento de estas como sí ocurrió en el grupo L (control). Estos resultados sugieren que el Mindfulness podría ser un complemento valioso en programas integrales de prevención de recaídas, aunque no puede considerarse suficiente como una intervención autónoma.

04

Comparar el comportamiento de las variables clínicas y biológicas pre y post intervención en ambos grupos.



RECOMENDACIONES GENERALES

Además de las vulnerabilidades sociales y económicas propias de los adolescentes participantes en el proyecto, los conflictos familiares con figuras primarias resultaron ser un factor de riesgo común. La dinámica estructura familiar predominante, estuvo caracterizada por una comunicación ambivalente, pobre o nula, abandono emocional, presencia de límites difusos y falta de cohesión familiar.

2 Se identificó que el consumo de sustancias psicoactivas, fue implementado por la mayoría, como una estrategia de afrontamiento evitativa, ante los conflictos en las relaciones parento-filiales. Esto subraya la necesidad de combinar esta estrategia con enfoques integrales que incluyan a las familias, los factores sociales y las dimensiones biológicas para lograr un impacto más significativo en esta población vulnerable y la prevención de recaídas a largo plazo.

3 Por otro lado, se recomienda la inclusión de grupos vulnerables o históricamente marginados, como personas con analfabetismo, comunidad LGTBIQ+ y personas con discapacidad física. Incorporarlos, asegura que los resultados de la investigación sean equitativos y aplicables a toda la sociedad, sin perpetuar sesgos o disparidades.

4 Por último, teniendo en cuenta el contexto nacional y local de los TUS, es importante que diferentes personas (profesionales de la salud, líderes sociales, actores del sistema educativo, entre otros), reciban herramientas de las terapias basadas en Mindfulness que permitan una interacción holística con adolescentes.

5 Se exhorta al desarrollo de proyectos de investigación que permitan una mayor integración de los Determinantes Sociales de la Salud para el tratamiento de adolescentes con TUS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vélez Álvarez, C., & Castaño Ramírez, Ó. M. (2024). Policy Brief. Reescribiendo futuros: enfrentando el consumo de sustancias en adolescentes. Zenodo. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14212312>
- Álvarez, C. V., Ramírez, O. M. C., & Palacio, N. S. (2024). Mental health conditions of Colombian adolescent population: An approach to risk. Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc, 37(4), e12479. <https://doi.org/10.1111/jcap.12479>
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV TR. Washington, DC; 2000.
- Castaño-Ramírez, O. M., Vélez-Álvarez, C., & Sanchez-Palacio, N. (2024). Validity of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) for the Adolescent Colombian Population. Actas espanolas de psiquiatria, 52(3), 221–229. <https://doi.org/10.62641/aep.v52i3.1623>
- Grant S, Colaiaco B, Motala A, Shanman R, Booth M, Sorbero M, et al. Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. J Addict Med. 2017;11[5]:386–96.
- González-Sáiz F, Salvador L. Estudio de fiabilidad y validez de la versión española de la escala Severity of Dependence Scale [SDS]. Adicciones Rev socidrogalcohol. 1998;223–32.
- Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, et al. The Severity of Dependence Scale [SDS]: psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction. 1995 May;90[5]:607–14
- Iraurgi I, Lozano O, González F, Trujols i A. Valoración psicométrica de la escala de severidad de la dependencia a partir de dos modelos de análisis. Boletín Psicol. 2008;41–57.
- Inter-American Drug Abuse Control Commission. Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. Washington, DC; 2019.
- Johnston LD, Miech RA, O'Malley PM, Bachman JG, Schulenberg JE, Patrick ME. Monitoring the Future national survey results on drug use 1975–2020: Overview, key findings on adolescent drug use. Michigan; 2020.
- Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness [Internet]. Revised and updated edition. New York: Bantam Books, 2013.; 2013. Available from: <https://search.library.wisc.edu/catalog/9910217515502121>
- Kassani A, Niazi M, Hassanzadeh J, Menati R. Survival analysis of drug abuse relapse in addiction treatment centers. Int J High Risk Behav Addict. 2015;4[3]:1–6.

- Ministerio de Justicia. Lineamientos Política Nacional de Drogas [Internet]. Bogotá, Colombia; 2017. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/pnacional/PN031152017_lineamientos_politica_nacional_drogas_2017.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social. Política integral para la prevención y atención del consumo de sustancias psicoactivas [Internet]. BOGOTÁ; 2019. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-prevencion-atencion-spa.pdf>
- McHugh RK, Hearon BA, Otto MW. Cognitive behavioral therapy for substance use disorders. *Psychiatr Clin North Am.* 2010;33[3]:511–25.
- McKay JR. Impact of Continuing Care on Recovery From Substance Use Disorder. *Alcohol Res.* 2021;41[1]:01. 6.
- Observatorio de drogas de Colombia. Reporte de Drogas de Colombia [Internet]. Bogotá, Colombia. MinSalud; 2017. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/odc-libro-blanco/reporte_drogas_colombia_2017.pdf 36.
- Observatorio de drogas de Colombia. Sistema de alertas tempranas: Aparición de nuevas sustancias psicoactivas en Colombia. Bogotá, Colombia. MinJusticia; 2017.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2023). Informe Mundial sobre las Drogas 2023.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). (2023). Informe Mundial sobre las Drogas 2024.
- Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-international neuropsychiatric interview [M.I.N.I.]: the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry.* 1998;20[22–23]:34–57
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration., Administration SA and MHS. Key substance use and mental health indicators in the United States: results from the 2017 National Survey on drug use and health. Rockville; 2018.
- United Nations. The-Sustainable-Development-Goals-Report. 2020.
- United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2020 [Internet]. Vienna; 2020. Available from: https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_1.pdf
- World Health Organization [WHO]. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Ministerio de sanidad, editor. Madrid; 1994. 66 p.
- World Health Organization. ICD-10: international statistical classification of diseases and related health problems: tenth revision. 2nd ed. Geneva, Switzerland; 2004.



Mindfulness & Adicciones