



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRIA EN  
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**

**Efectos de un programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre  
la ansiedad en pacientes de una institución Pública de salud en la  
ciudad de Nuevo Chimbote, 2018.**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

MAESTRO EN INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

**AUTOR:**

Bach. Geldres Gallardo, Luis Felipe (ORCID: 0000-0002-4635-8556)

**ASESORA:**

Dra. Lescano López, Galia Susana (ORCID: 0000-0001-7101-0589)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Modelos de intervención Psicológica

CHIMBOTE – PERÚ

2019

## DEDICATORIA

A todos las personas residentes del mundo, principalmente a todos aquellos quienes padecen la estigmatización causada por algún trastorno de índole mental, por su férrea fortaleza, por el compromiso decisivo con que asumen la postura de hacer frente no solo a la patología que los aqueja, sino también al díscolo ruido de la voz de quienes prorrumpen en adjetivos y desenes sobre ellos, por su capacidad resolutive para hacer de esta vida un lugar digno de vivirse, a ellos mi corazón y mi aprecio.

A mi madre, mujer que tatuó sobre mi alma con su ejemplo y fortaleza el verdadero sentido del amor.

A Nadia Elizabeth, mi hija, quien alumbra con su vida, mi trayecto.

A Pily, compañera inseparable, cómplice perfecta y complemento de mi vida.

A la memoria de mis amados abuelos, quienes brillan desde el firmamento y conversan conmigo en mis sueños, recordándome su amor y valentía.

A mi hermano Carlos Yampier, por la vastedad de su cultura.

A mi familia toda, por su aprecio, cariño y el sentido de unidad a prueba de fuego.

Luis Felipe Geldres Gallardo

## **AGRADECIMIENTO**

A todos quienes han confiado y confían en mí, a todos ellos mi corazón y mi cariño.

El Autor

## Índice

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	li
Agradecimiento	lii
Índice de contenidos	lv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	Vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	10
III. MÉTODO	33
3.1 Diseño de investigación	33
3.2 Variables y operacionalización	33
3.3 Población y muestra	39
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	40
3.5 Análisis de datos	45
3.6 Aspectos éticos	45
IV. RESULTADOS	47
V. DISCUSIÓN	58
VI. CONCLUSIONES	61
VII. RECOMENDACIONES	62
REFERENCIAS	
ANEXOS	64

## Índice de tablas

		Pág.
Tabla 1	Distribución de la población de estudio	39
Tabla 2	Resultados de la Validez del instrumento	42
Tabla 3	Fiabilidad a través del Alfa de Cronbach del instrumento EAA	43
Tabla 4	Estadísticos descriptivos de la variable ansiedad	44
Tabla 5	Estadísticos descriptivos de las dimensiones	44
Tabla 6	Baremos de las dimensiones del instrumento	44
Tabla 7	Niveles de ansiedad antes y después de aplicar el programa de tratamiento	47
Tabla 8	Resultados de la prueba de normalidad	49
Tabla 9	Comparaciones en ansiedad en el grupo experimental antes y después de aplicar el programa.	50
Tabla 10	Comparaciones de la dimensión afectiva antes y después de aplicar el programa	51
Tabla 11	Comparaciones de la dimensión somática antes y después de aplicar el instrumento	52

## Índice de Gráficos y Figuras

		Pág.
Figura 1	Comparaciones en ansiedad en el grupo experimental antes y después de aplicar el programa de mindfulness.	48
Figura 2	Comparaciones en a dimensión afectica en el grupo experimental antes y después de aplicar el programa de mindfulness.	49
Figura 3	Comparaciones en la dimensión somática del grupo experimental antes y después de aplicar el programa de mindfulness.	50

## RESUMEN

El principal propósito de esta investigación fue establecer el efecto de un programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad en pacientes de una institución de salud de la ciudad de Chimbote, 2018. El diseño de la investigación utilizado en este estudio fue el pre experimental de un solo grupo. La población asignada para el mismo fue de 56 pacientes atendido en la institución especializado de salud Santa Clara de la ciudad de Chimbote; la muestra seleccionada fue de 25 pacientes de ambos sexos con diagnóstico de ansiedad en sus distintas variedades. El instrumento de recolección de datos utilizado fue la escala de autoedición de la ansiedad de Zung.

**Palabras clave:** Mindfulness, ansiedad, programa terapéutico.

## **ABSTRACT**

The main purpose of this research was to establish the effect of a psychotherapeutic program of Mindfulness on anxiety in patients of a health institution of the city of Chimbote, 2018. The design of the research used in this study was the pre-experimental of a single group. The population assigned for the same was 56 patients attended in the specialized health institution Santa Clara of the city of Chimbote; the sample selected was 25 patients of both sexes with diagnosis of anxiety in its different varieties. The data collection instrument used was the self-measurement scale of Zung anxiety

**Keywords:** Mindfulness, anxiety, therapeutic program.



## I. INTRODUCCIÓN

El presente capítulo se describe la realidad actual y situacional según información confiable de los diferentes organismos de salud nacionales e internacionales, sobre las afectaciones propias de los trastornos de ansiedad, se desarrollara una análisis sobre el malestar clínicamente significativo que estos causan en la salud mental y física de los individuos que los padecen, así mismo, se hace hincapié en la necesidad de crear programas de tratamiento cada vez más efectivos, como una aproximación filantrópica a la ayuda, para todos aquellos aquejados por este síndrome, cuyas causas son multifactoriales y variopintas.

La realidad dibuja una problemática continua y con varios intentos de aproximarse a ella. Existe un alarmante crecimiento de los índices de los trastornos mentales. Entre los años de 1990 y 2013, el porcentaje de individuos que padecían ansiedad y/o depresión ha crecido aproximadamente en un 50%, según información proporcionada por los centros especializados en el tema. Así mismo cerca de un 10% de la población a nivel mundial se encuentra afectada y actualmente los trastornos mentales vienen representando el 30% de la estadística mundial sobre las enfermedades no mortales. Las emergencias humanitarias y las situaciones de conflicto aumentan de forma proporcional la necesidad de aumentar las posibilidades de tratamiento. La OMS considera también que durante las situaciones de emergencia 1 de cada 5 personas es afectada por los trastornos depresivo y ansioso. (OMS, 2017)

Según la organización mundial de la salud (OMS), más de 260 millones de personas a nivel mundial en la actualidad sufre de algún tipo de trastorno de ansiedad, lo cual lo constituye como uno de los fenómenos patológicos más constantes y de mayor demanda en los establecimientos de salud en todos los países del orbe, generando con ello toda una condición dramática de

sensaciones internas, propiciadas por las intensas cargas sintomáticas que conforman los patrones naturales de esta patología.

Según una estimación presupuestal desarrollada por la OMS en el año 2017, se calcula que los trastornos de ansiedad junto al otro gran flagelo patológico actual, como es la depresión, generan un gasto a la economía mundial que asciende a US\$ 1 billón en pérdida de productividad anualmente.

En Perú según estimaciones oficiales con base en los datos estadísticos que nos ofrece el ministerio de salud, el 7% de la población nacional sufre un trastorno de ansiedad, siendo una de las zonas de mayor prevalencia Lima metropolitana; así mismo respecto a la ciudad capital se reporta que el 10.5% de las personas adulta en la mencionada ciudad han presentado algún problema relacionada con la ansiedad por lo menos alguna vez durante su vida, según resultados de estudios desarrollados por el equipo de investigaciones del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”.

En Perú la relevancia de la carga respecto de los trastornos mentales no es diferente a la del resto del mundo, es así que los indicadores porcentuales en el territorio nacional indican que las regiones con mayor número de casos con respecto a la salud mental son Puno, Tacna, Puerto Maldonado, Ayacucho y Lima, esto de acuerdo a la investigación acerca de “La salud mental en el Perú” realizada por el equipo de profesionales liderados por el Dr. Javier Saavedra, director ejecutivo de la Oficina de apoyo a la investigación y docencia especializada en el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Esta exploración pormenorizada indica de forma veraz el profundo problema de salud mental por la que atraviesa el Perú siendo más frecuente las patologías relacionadas a la dependencia de sustancias como el alcohol, seguida por la depresión clínica y los trastornos de ansiedad.

En el plano local de la ciudad chimbotana, la realidad no es más halagadora, siendo la ansiedad uno de los trastornos más frecuentes en los

diversos establecimientos de salud, tal es el caso de los hospitales de mayor complejidad hasta los establecimientos básicos de atención, constituyéndose este trastorno en uno de los más frecuentes en las consultas.

No cabe duda del interés creciente que se ha formado en torno al estudio profundo de la ansiedad debido principalmente al avance en el campo de las neurociencias que ponen en relieve las bases neuroquímicas de la ansiedad, Así mismo posibilita ello la aparición de medios diagnósticos más precisos y fiables teniendo como base unitaria el desarrollo científico y la experimentación, así como herramientas terapéuticas psicológicas y farmacológicas, que han demostrado a través de la validación experimental, una gran efectividad en el tratamiento de los trastornos ansiógenos. A todo esto se suma, un aporte especialmente relevante en el plano actual del tema y es se trata la alta frecuencia en la aparición de estos trastornos, así como de otras alteraciones psicológicas que se relacionan con la sintomatología de ansiedad. (Gonzales, 2015)

Sin embargo resulta difícil establecer un concepto único sobre la ansiedad debido principalmente al papel que juegan en ello las concepciones diversas que se tiene desde diferentes miradas de la ciencia misma, siendo uno de los casos el de la psiquiatría y la psicología, esta última con su particular estilo inconsensado, guiado por la diversidad de escuelas y aproximaciones psicoterapéuticas, cada una de ellas representadas por diversidad de autores que hacen gala de su capacidad teórica conceptualizadora y emiten definiciones cada una de ellas desde su primaria posición doctrinal y pragmática.

Según la definición conceptual que brinda el Diccionario de la Real Academia Española, el término ansiedad encuentra sus raíces en el latín *anxieta*, que hace referencia un estado particularmente importante de inquietud, exasperación emotiva, malestar, inquietud nerviosa o zozobra en el ánimo, suponiendo con ello una de las sensaciones que aparece en el ser humano con mayor frecuencia, lo que la convierte en una emoción altamente displacentera y de elevada repercusión en el mundo interno subjetivo del

individuo, el cual se manifiesta en la tensión emocional, de la mano de sensaciones somáticas. En este sentido los investigadores Johnson y Melamed (1979) nos indican que la ansiedad presenta una diferenciación respecto del miedo, la ansiedad se trata de la manifestación de una respuesta más difusa, menos localizada, acontecido sin motivo ni causa aparente ni objetiva, descrita con mayor nitidez como aprensión y angustia para quien la sufre

Desde la ciencia psicológica referida a la personalidad se entiende a la ansiedad en los términos de rasgo y estado. A partir de la concepción particular de rasgo se define a la ansiedad como una forma personal y subjetiva de responder ansiosamente a las situaciones, interpretadas estas como amenazantes por el observador, así mismo se recalca que esta respuesta es propia de una personalidad neurótica, mediada también por factores biológicos y experiencias personales que generan un aprendizaje, así mismo la ansiedad entendida como estado para estos autores es una fase pasajera y cambiante respecto a su intensidad y duración, la cual el individuo vive como patológica en un determinado y particular momento, caracterizada esta por tensión subjetiva.

Todo lo anteriormente mencionado da cuenta de una realidad cada vez más agobiante y difícil, para el mundo, en tal sentido se hace necesario desarrollar no solo programas de prevención principalmente, lo que constituye la piedra angular del trabajo de los estados, sino también de forma urgente, estrategias de abordaje terapéuticas de índole farmacológica y psicoterapéutica, como una forma de paliar la sintomatología y la crisis personal que padecen a causa de la ansiedad, millones de personas en el mundo como se ha señalado.

En tal sentido posibilitar un programa de tratamiento que cumpla con los requisitos importantes de abordar de forma eficiente los diversos trastornos de ansiedad se hace importante y necesario, constituyendo así un reto creciente para los profesionales involucrados a la salud mental, desde las diferentes perspectivas psicológicas o técnicas, Por ello se propone desarrollar un marco

de abordaje psicoterapéutico basado en el conocimiento teórico y práctico del Mindfulness, que corresponde a una traducción inglesa de la palabra “sati” en lengua “Pali”, vocablo que significa conciencia, recuerdo, atención, también llamada conciencia plena (Siegel, 2005).

Podemos definir también al Mindfulness como la condición de autorregulación de la atención, que manteniendo una experiencia directa e inmediata, permita un mayor análisis de los acontecimientos internos de la mente en el momento actual, presente, del aquí y ahora, adoptando una orientación particularmente importante hacia la propia experiencia subjetiva, cuya característica fundamental está dada por la curiosidad, apertura y aceptación (Bishop et al, 2004).

El objetivo principal, del programa psicoterapéutico basado en el Mindfulness como tratamiento de la ansiedad es brindar a las personas la posibilidad de mejora utilizando para ello conocimientos orientales milenarios como la meditación, el yoga, la toma de conciencia del cuerpo, y el abrirse a los estímulos sensoriales a través de la respiración.

Es importante manifestar que en la actualidad la utilización del Mindfulness como medio terapéutico se viene desarrollando de una forma bastante extendida, es así que es conocido su uso en intervenciones para diversidad de cuadros patológicos tales como dolor crónico. Kabat- Zinn (1982) desarrolló un informe acerca del programa de reducción de estrés y el dolor basado en el Mindfulness, donde un 65% de los participantes manifestó una reducción del dolor.

En esa línea en el estudio desarrollado por Sephton et al. (2007) donde investigó a cerca de 91 mujeres que fueran diagnosticadas de fibromialgia, se demostró con rigor científico que en el grupo de intervención de meditación Mindfulness se experimentó un importante decrecimiento en los niveles de depresión en comparación con el grupo control, lo que demuestra su eficacia y efectividad en el tratamiento de esta dolencia.

Sagula y Rice (2004) también ahondaron en los efectos del Mindfulness en relación al proceso de dolor ante la pérdida de un ser querido, se comparó dos grupos, correspondientes a uno de tipo experimental y a otro denominado grupo control demostrándose que el grupo experimental avanzó más de prisa en las fases primarias del duelo a diferencia del grupo de control.

Por todo lo expuesto es que propongo el programa de intervención psicoterapéutico con base en el Mindfulness para la ansiedad en pacientes de una institución de salud pública de la ciudad de Nuevo Chimbote, buscando de esta manera contribuir al escenario universal del tratamiento y abordaje de esta patología tan extendida y lamentablemente presente en el escenario clínico del mundo, brindando a los profesionales especialmente dedicados a la salud mental, una herramienta de abordaje clínico, sistematizado y orientado a garantizar el restablecimiento de la homeostasis físico-mental.

Por lo anteriormente manifestado me formulo el siguiente cuestionamiento ¿Cuáles son los efectos de un programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad en pacientes de una de salud en la ciudad de Chimbote – 2018?

Variados son los motivos por las razones por las cuales opte por desarrollar la presente investigación, todas ellas sin duda me han movilizad o en una perenne dirección de compromiso y responsabilidad en la búsqueda ética y objetiva de información y nutrición cultural, dada cuenta que el escenario del proyecto de tesis se configura en el halo natural de una investigación seria y madura.

El observar de forma directa en el ámbito profesional, la necesidad de contribuir al abordaje de procedimientos técnico terapéuticos, para hacer frente a las patologías que a diario llegan a las consultas de los especialistas de la atención en salud mental a nivel mundial, fue una resonancia efectiva la cual impulso el siempre presente deseo de contribución y filantropía por el ser humano,

Siendo la ansiedad una patología frecuente y que presenta en su contexto y desarrollo una multivariedad sintomática y causal, me hizo reflexionar profundamente sobre la búsqueda de terapias poco conocidas pero altamente efectivas en la “batalla” por enfrentar esta condición patológica y patologizante.

El valor teórico que presenta esta investigación está inmerso, en el aval que otorgarán los resultados al enriquecimiento de la teoría psicológica del mindfulness, como una forma científica de su aplicación, brindara así mismo la puerta de acceso necesario a otros investigadores del tema, para que tomen como punto de partida esta investigación, favoreciendo en su aporte en líneas generales a la psicología misma, en su amplitud y búsqueda de respaldo empírico para su acepciones y postulados.

Así mismo esta investigación presenta un importante valor metodológico, dado el hecho que los resultados del programa sobre el cual se trabajará, nos permitirá dar validez a un instrumento psicoterapéutico de abordaje y tratamiento del problema de ansiedad, me refiero al programa psicoterapéutico de mindfulness, el empleo de sus estrategias de abordaje podrán ser empleadas y sistematizadas por entidades de salud, las cuales podrían acoger esta práctica, de forma regular en su trabajo diario, así como cualquier profesional del ámbito de la salud mental.

De igual manera esta investigación se justifica por el motivo de contar con un importante valor práctico, pues de los resultados de este, se permitirá dar respuesta a la búsqueda hasta ahora diversa, sobre formas cada vez más eficaces de abordar el problema de la ansiedad.

Por último considero que esta investigación sin duda posee un valor de importancia social, ya que vista desde una perspectiva sociológica, busca la mejora de una parte grande de la población aquejada por la sintomatología ansiosa, procurando de esta forma, la mejora en los estándares de calidad de vida de la población afectada.

De allí que el objetivo general planteado sea el Evaluar los efectos del programa psicoterapéutico de Mindfulness en la ansiedad de pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.

Desprendiéndose de este los siguientes objetivos específicos:

- Comparar los niveles de ansiedad en el grupo experimental pre y post aplicación del programa de Mindfulness en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.
- Comparar los niveles de la dimensión psicosomática ansiedad del grupo experimental pre y post aplicación del programa de Mindfulness en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.
- Comparar los niveles de la dimensión afectiva del grupo experimental pre y post aplicación del programa de Mindfulness en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.
- Comparar la dimensión afectiva en el grupo experimental, pre y post aplicación del programa de Mindfulness en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.
- Comparar la dimensión somática en el grupo experimental pre y post aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018

Así mismo, se propone las siguientes hipótesis cero e hipótesis general:

H<sub>0</sub>: El programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad, disminuye considerablemente los niveles de ansiedad en pacientes de una institución de salud en la ciudad de nuevo Chimbote-2018.



H<sub>g</sub>: El programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad, disminuye considerablemente los niveles de ansiedad en pacientes de una institución de salud en la ciudad de nuevo Chimbote-2018.

Siendo las Hipótesis específicas las siguientes:

H<sub>0</sub>: No existen diferencias significativas en la dimensión afectiva del grupo experimental pre y post aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de un hospital de la ciudad de Chimbote – 2018.

H<sub>1</sub>: Existen diferencias significativas en la dimensión afectiva en el grupo experimental pre y post la aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de un hospital de la ciudad de Chimbote – 2018.

H<sub>0</sub>: No existen diferencias significativas en la dimensión somática del grupo experimental pre y post aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.

H<sub>2</sub>: Existen diferencias significativas en el ámbito somático del grupo experimental pre y post aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.

## II. Marco Teórico

Antes de ahondar en las características de experiencia que en esta investigación se describe y analiza, es necesario ahondar en los trabajos que, en un plano similar, se han realizado. En el plano internacional uno de los trabajos resaltantes es el de Rivera (2013) en Chile, desarrolló una investigación denominada Efecto de un programa de entrenamiento en Mindfulness en el desarrollo de habilidades psicoterapéuticas, investigación que fue de tipo descriptivo y analítico relacional, el objetivo de la investigación fue buscar generar conocimiento sobre la variable del mindfulness, el grupo sobre el cual se desarrolló el entrenamiento terapéutico estuvo constituido por siete psicólogos voluntarios, al finalizar el estudio se pudo concluir que el proceso de entrenamiento de mindfulness dotó de mejor capacidad terapéutica a los psicólogos.

Gil (2016) en España, presentó una investigación doctoral denominada Aplicación de la terapia cognitiva basada en Mindfulness y compasión a personas en duelo. El estudio citado lo conformaron 74 personas que manifestaban sentimientos de vacío y duelo frente a la pérdida de un ser querido. Este utilizó un diseño de tipo factorial mixto no equilibrado, siendo el primer factor de dos grupos independientes y el segundo factor de medidas repetidas con dos niveles (pretest y posttest). Como conclusión la investigación demuestra que existe una reducción altamente significativa en la sensación del dolor ocasionado por el duelo, lo cual es un indicativo de que el tratamiento propuesto es eficiente para el tratamiento del duelo psicológico.

Parra (2011) en España, presentó y desarrolló la tesis doctoral denominada Eficacia de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (Mindfulness) en pacientes con fibromialgia. El objetivo del estudio fue validar la eficacia del uso de la TCBCP (La Terapia Cognitiva con base en la Conciencia Plena) para mejora y recuperación del dolor crónico, fibromialgia, ansiedad, angustia, depresión y la calidad de vida en los pacientes. Al finalizar

el estudio mencionado se concluye que la aplicación del programa logra beneficios psicológicos importantes en la mejora del manejo del dolor.

Cebolla (2009) en España desarrolló la investigación denominada “Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión”, con un diseño cuasi experimental teniendo dos grupos (pre y post) durante tres meses. El grupo de tratamiento fue iniciado en un programa de ocho semanas de psicoterapia cognitiva conductual, el cual concluye que hay diferencias importantes en la mejoría sintomatológica de la ansiedad y depresión entre los dos grupos de participantes del estudio.

Arraya (2016) en Chile, en su investigación con el fin de optar el grado de doctor, bajo el título de “Medida, efectos y significados asociados a un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión, en mujeres con síntomas de ansiedad, que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial”, contempló un diseño de tipo cuasi experimental, de comparación de tres grupos, con mediciones tomadas previa y posterior a la intervención, en la que las participantes habían sido asignadas a uno de estos al momento de ingresar al programa de trastornos emocionales. Al final del estudio los participantes de dicho taller desarrollaron un profundo cambio en su manera de entenderse a sí mismos y la forma de entender el mundo en que vivían. En esa línea, se pudo observar el desarrollo de un aprendizaje reconocible en al menos 2 niveles lógicos diferentes, 1. Aprendizajes acerca de la experiencia propia y 2. Aprendizajes sobre cómo las participantes se han relacionado con esas experiencias, incluyendo en éstas la dimensión de la relación con ellas mismas.

Val (2016) en España, propuso una tesis para el grado de Doctor denominada Eficacia de técnicas anti-estrés basadas en Mindfulness, Programación Neurolingüística e Hipnosis Clínica en pacientes diagnosticados de cáncer de mama en tratamiento oncológico adyuvante, la muestra de participantes se obtuvo a partir de la consulta de Oncología Radioterápica que es la encargada de realizar la visita a los pacientes

pendientes en el inicio del tratamiento adyuvante después de la cirugía, se concluye que después de la intervención anti-estrés propuesta en esta Tesis con base en las estrategias de Mindfulness, Programación neurolingüística e Hipnosis Clínica y refuerzo posterior en casa mediante audio se evidenció una disminución de un 83,3% en los casos de ansiedad en el grupo de intervención en contraposición a un 11,1% respecto al grupo control.

Martín (2015), en España en su tesis desarrollada para optar por su grado de Doctor denominada: Perfil socioemocional de los que más se benefician de un programa Mindfulness, donde los fines principales de tal investigación fueron conocer acerca del perfil socioemocional de las personas que han sido beneficiadas por el programa interventivo de Mindfulness, así mismo evaluar aquella relación que existe entre las diversas variables socio afectivas y las cognitivo-emocionales, bienestar subjetivo y atención plena. Este es un estudio de naturaleza cuasi- experimental. Por ello se aplicó el programa Mindfulness-ProAp desarrollado convencionalmente para el estudio en mención. Se desarrolló para una muestra de 130 estudiantes universitarios quienes obtuvieron lineamientos de normalidad estandarizada. El estudio hace evidente que las personas que habitualmente recurren al mindfulness, llegan a desarrollar un mayor indicador de bienestar emocional, alcanzando altos niveles y estándares de tranquilidad y relajación, alejando de su vida los altos niveles de estrés.

Barajas (2013), en México, presentó el desarrollo de una tesis para el grado doctoral titulada “Evitación cognitivo conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión”, el diseño propuesto en la investigación fue de tipo correlacional, el objetivo fue comprobar si existen relaciones entre las variables mencionadas en el estudio, y la psicopatología de la depresión y la ansiedad; los participantes del estudio estuvieron conformados por los pacientes frecuentes a consulta en el servicio de psicología clínica del departamento de salud mental del hospital universitario de Guadalajara, es importante decir que se aplicó una medida de autoinforme para cada variables, entre otras, luego del análisis de los datos

e información, el estudio da cuenta que el mindfulness desempeña un papel muy importante en el trastorno, de tal forma que cuanto mayor es su presencia, los niveles de evitación cognitivo conductual, la evitación experiencial, la ansiedad y la depresión, son menores, así mismo se propone también la inclusión del programa terapéutico de mindfulness para abordar de forma regular las patologías de ansiedad y depresión.

En el ámbito nacional, un trabajo interesante es el de Garavito (2017), quien desarrolla la tesis denominada Mindfulness y ansiedad en estudiantes de una universidad privada de Lima metropolitana, se empleó el diseño de investigación correlacional, en la que la muestra del estudio estuvo integrada por estudiantes del área de letras de una universidad de Lima metropolitana, el objetivo de esta investigación fue el analizar la relación que existe entre el mindfulness y la ansiedad, los hallazgos que se obtuvieron luego de desarrollada el programa investigativo muestra que el Mindfulness se relaciona con un menor nivel de ansiedad, tanto rasgo como estado. Cabe indicar que la relación es más mayor en el caso de la ansiedad rasgo.

Trujillo (2017), desarrolla una tesis para optar su licenciatura en psicología, denominada “Efecto de un programa de mindfulness en la reducción de la ansiedad precompetitiva en deportistas de artes marciales”, en cuya investigación fue aplicada un diseño de corte cuasi experimental con un grupo control no equivalente, que tiene dos grupos, uno es el grupo experimental (GE), quienes reciben procedimiento, tratamiento o el programa, y otro denominado el grupo control (GC) pobremente tratado o con exposición reducida al programa, de cuyas unidades experimentales se evalúan con los mismos instrumentos de medida en dos ocasiones en el tiempo con el objetivo de determinar el efecto que tiene un programa de intervención basado en mindfulness, respecto a la caída en los niveles de ansiedad precompetitiva en los deportistas de artes marciales. Esta investigación concluyó con que el programa terapéutico basado en *mindfulness* demostró una cierta eficacia en la reducción de la ansiedad precompetitiva. Así, los deportistas del grupo con mayor participación en el mencionado programa mostraron cambios

resaltables en los niveles de ansiedad precompetitiva, en contraste al del grupo control.

Arrasco (2017) en el marco de su titulación como doctora, presento una tesis denominada "Aplicación y Validación del programa Mindfulness para mejorar la atención plena en estudiantes de pregrado de una universidad de Lima, 2017", la cual tuvo como objetivo principal aplicar el programa de Mindfulness con el fin de mejorar el nivel de atención plena en estudiantes de pregrado pertenecientes a una universidad de Lima. Este se trató de un estudio de tipo cuasi – experimental, con pre y post test; donde el grupo experimental se constituyó por 20 estudiantes de la escuela profesional de psicología y por 20 estudiantes parte grupo control de la misma institución.

De La Puente (2017) desarrolló una investigación titulada "Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness en la Reducción de Estrés Percibido y Depresión en Pacientes con Cáncer de Mama", la mencionada investigación tenía como objetivo verificar la eficacia en los resultados de la terapia cognitivo conductual basada en mindfulness aplicada a mujeres con diagnóstico de cáncer de mama quienes por efectos de la enfermedad, presentaban sintomatología de estrés y depresión asociada. Dichas pacientes recibían tratamiento dentro del Hospital Nacional Carlos Seguí Escobedo y en el Instituto Regional De Enfermedades Neoplásicas Del Sur Arequipa, sus edades oscilaban desde 37 a los 73 años. Para ello se utilizó el instrumento Inventario de Depresión de Beck-II (1996). Al término del programa se concluyó que el programa de tratamiento cognitivo conductual basado en el mindfulness logró reducir los niveles de estrés percibido y la sintomatología depresiva asociada a la enfermedad.

Alfaro (2016), desarrolló una investigación que versaba sobre el Mindfulness, flow y rendimiento académico en estudiantes universitarios, cuyo fin consistía en analizar la relación existente entre el flow y el rendimiento académico de una muestra poblacional de 156 personas, se utilizaron en el estudio las escalas de Mindful Attention Awareness Scale (MAAS, Brown &

Ryan, 2003) y Flow State Scale (FSS, Jackson & Marsh, 1996). Al finalizar el estudio se concluye que a mayor tiempo de la práctica de mindfulness, mayor será la capacidad de rendimiento académico. Se encontró a la vez que el flow se constituye como una variable mediadora entre el mindfulness y el rendimiento académico.

Por mencionar, en la actualidad en el plano local no se han desarrollado investigaciones que contengan la variable de mindfulness, es por ello que se precisa de trabajos sobre la materia, para cubrir esa brecha de necesidad, dada su relevancia.

En cuanto a las teorías relacionadas al tema es necesario abordar el Programa Psicoterapéutico de mindfulness para la ansiedad. Este es un programa elaborado en base a las investigaciones científicas que desarrolladas principalmente en los últimos años sobre la eficacia comprobada de esta estrategia de origen budista, entendida esta como la conciencia que surge de prestar atención intencionalmente en el momento presente y sin juzgar, a las experiencias que se despliegan en cada momento (Kabat Zinn, 2003).

Así mismo podemos entenderla también bajo una denominación terapéutica unificada en concordancia entre diversos autores como “La autorregulación y auto equilibrio de la atención, que es mantenida en cada experiencia inmediata, lo cual permite reconocer fehacientemente acontecimientos mentales en el presente” (Bishop et al., 2004)

El programa psicoterapéutico de mindfulness para la ansiedad sigue una línea teórica propuesta por las vertientes conceptuales de la terapia cognitiva e integra estrategias de trabajo y técnicas de psicoterapia tanto de la propuesta cognitiva como propias del mindfulness, logrando así una integración entre ambas.

El programa consta de una serie de sesiones de trabajo cada una de ellas con una duración de hora y media de actividades aproximadamente,

teniendo como premisa fundamental la búsqueda del equilibrio y la mejora sustancial de las personas con padecimientos ansiosos que serán las beneficiarias de este programa de psicoterapia y las cuales estarán bajo la supervisión del facilitador y director terapéutico del programa interventivo.

Esta teoría encuentra su fundamentación en la Diversidad de estudios científicos actuales, los que dan cuenta de las bases neurobiológicas que respaldan al mindfulness como regulador de diversas formas de sintomatología posiblemente patológica y su uso se ha extendido cada vez con más fuerza a incorporarlo como forma y método de tratamiento para diverso rango de enfermedades físicas y mentales.

Se ha demostrado con evidencia científica que los estados meditativos del mindfulness, sus técnicas de trabajo terapéutico reportan cambios en los estados neuronales durante el desarrollo de la práctica meditativa (Cahn y Polich, 2006).

Otro hallazgo importante respecto a la práctica del mindfulness es aquella que da cuenta experimentalmente que la meditación, realizada con frecuente posibilita un mayor nivel activación en la corteza cingulada, básicamente en la subdivisión anterior (ACC). Se sabe que la ACC juega un rol importantísimo en la integración de la atención, la motivación y el control motor (Paus, 2001).

Así mismo siguiendo la línea de investigación científica desarrollada por Lutz et al. (2004) realiza una comparación en los monjes budistas tibetanos, donde indica que la relación existente en las ondas gamma, en comparación con la actividad oscilatoria lenta, era inicialmente más elevada en estos durante el reposo. Diferencia que iba aumentando en forma brusca cuando los monjes comenzaron a practicar la meditación de amor incondicional. De ahí que los autores concluyeron que estos datos permiten avalar la posibilidad de que la meditación puede promover cambios a mediano y a largo plazo en el funcionamiento del esquema neuronal.



Por tal motivo la documentación científica sobre el mindfulness valida el desarrollo esquematizado de la propuesta aquí desarrollada, habida cuenta que lo único que se intenta con esta propuesta metodológica del programa es desarrollar un marco referencial técnico para el abordaje de los trastornos ansiosos dado que estos son una de las patologías más pronunciadas en cada una de las esferas de la vida y de las que genera mayor sufrimiento en las personas; es por ello que los profesionales en la salud mental tenemos la necesidad de crear estrategias cada vez más eficaces que palien el trastorno de la ansiedad. Es por este motivo que las aproximaciones programáticas desde los enfoques de los cuales dispongamos se hacen altamente necesarias y con un alto rango de efectividad para el tratamiento y abordaje de la ansiedad.

Se estima que aproximadamente el 7% de la población peruana sufre de algún trastorno de ansiedad, lo que agrava la situación dado el alto número de pacientes lo cual representa una gran carga de flujo para los establecimientos de salud en el país, donde muchas veces no se dispone de una política eficiente en la atención de esas patologías clínicas acrecentando en muchos casos la dificultad.

El programa tiene como fin el establecer estrategias de abordaje y tratamiento para la ansiedad, propuesta que viene dada desde la teoría cognitiva y la del propio mindfulness, logrando así una armónica integración de ambas propuestas, la cual dicho sea de paso, está siendo incorporada a una multivariedad de propuestas psicoterapéuticas, con lo que se busca dar mayor eficacia a los tratamientos ya existentes, con una nueva visión y temática de intervención.

El programa permitirá generar en los asistentes un espacio de integración, desarrollo y crecimiento emocional, lo cual de la mano con el aprendizaje de técnicas terapéuticas favorecerá la disminución y mejora de las sensaciones y sintomatología ansiosa, propiciando así una mejora

importante y un menor grado de sufrimiento y angustia en los asistentes a causa del malestar clínicamente significativo de las patologías de la ansiedad.

El rol y la postura del terapeuta durante las sesiones de trabajo no es un rol pasivo, su postura es una postura dinámica y dinamizadora de la participación activas de los concurrentes, logrando captar así, la atención, la inoculación de las actividades y la motivación, para el desarrollo de todo aquello que se propone dentro de las actividades del programa.

El objetivo general que pretende esta teoría es desarrollar y potenciar en los asistentes, capacidades de afrontamiento ante la sintomatología de ansiedad, teniendo como base y fundamento el aprendizaje de estrategias y técnicas, orientadas directamente para la consecución de dicho fin.

En tal sentido, el programa psicoterapéutico de mindfulness para la ansiedad está propuesto, pensado y dirigido como una metodología que buscara la mejora de la sintomatología de ansiedad y cuyo núcleo de beneficiarios está formado por los pacientes que asisten a la atención psiquiátrica del hospital Eleazar Guzmán Barrón del distrito de Nuevo Chimbote, y que han sido diagnosticados, con alguno de los trastornos de ansiedad o presentan rasgos evidentes de ella.

El programa psicoterapéutico de mindfulness para la ansiedad está basado en la propuesta metodológica y técnica que desarrolla la psicoterapia cognitiva de Aaron Beck como matriz central, así mismo se abre y da paso a otros autores y teóricos de la complementariedad psicoterapéutica, quienes han posibilitado el acercamiento de esta desde la práctica y la teoría del mindfulness dentro de su abanico de técnicas, para lograr así una mayor efectividad y mejor abordaje de los diversos cuadros patológicos, especialmente los cuadros ansiosos y depresivos. El modelo de la terapia cognitiva para los trastornos ansiosos propuestas por Aaron Beck desarrollada en los años sesenta es probablemente el método de mayor entendimiento, comprensión y análisis sobre esta patología, entendida esta

como una consecución de procesamiento de información la cual se constituye en procesos cognitivos automáticos y controlados por otro, al mismo tiempo que consideran el papel crucial jugado por la anticipación en el proceso y desarrollo de la ansiedad (Beck y Clark.1997). Por ello allí radica en núcleo formal sobre el cual se abordará el programa que aquí se estipula, partiendo de las premisas conceptuales formuladas como ya dijimos por la terapia cognitiva y tomando también ejes importantes de trabajo en el mindfulness, de quien se tomó sus estrategias terapéuticas no sólo por la terapia cognitiva sino también por fuentes psicoterapéuticas como por ejemplo la terapia de aceptación y compromiso o la de tipo dialéctico conductual, principalmente.

La metodología con la que se desarrollará el trabajo y será la que acompañe a este desde su inicio hasta su finalización será la utilización del método activo participativo. Dada cuenta que no solo se trata de que el participante a dicho programa sea un actor pasivo del mismo, sino que se involucre activamente en el desarrollo temático y realización de estrategias que allí se impartirán, motivado por el facilitador, quien tiene una tendrá un rol también protagónico, pues es el eje motivador y pieza fundamental en el trabajo terapéutico de los asistentes, es por ello que las características propias de guía, deberá estar acorde a las peculiaridades básicas que modelan este trabajo, así por ejemplo a mencionar algunas de ellas: Sentido de empatía, capacidad de comunicación, comprensión del grupo humano, experiencia en el abordaje de estrategias de psicoterapia, capacidad resolutoria de problemas, entre otras.

Las técnicas con las que se desarrollará el marco propuesto en el programa, son aquellas estrategias terapéuticas dadas por la psicoterapia cognitiva conductual y el mindfulness, de eficacia probada en el tratamiento de patologías diversas y cuyo propósito en este caso particular será el manejo de la sintomatología ansiosa, mencionaremos algunas de ellas, con su consiguiente definición operacional, lo cual brindara un conocimiento más elaborado de estas estrategias técnicas de psicoterapia. Es importante

destacar que se utilizaran tres tipos de técnicas, las conductuales, las cognitivas y las técnicas del mindfulness.

Se denominan Técnicas de Conductuales a un grupo de procedimientos técnicos derivados de las teorías del condicionamiento clásico, del condicionamiento operante, el aprendizaje social de Bandura y una historia larga de observaciones en laboratorio y experimentación, tiene como fin el modificar patrones de conducta desadaptativos que interfieren con la vida de la persona, con el objetivo de instaurar nuevos aprendizajes más funcionales acorde al momento presente del individuo.

Del mismo modo podemos decir las técnicas de conductuales son procedimientos que se desarrollaron a partir de la experimentación empírica tanto de la psicología experimental, como por otras ramas científicas del saber humano (Fisiología, neurofisiología), lo que contribuyó a la mejoría en cuanto a tener explicaciones certeras y científicas de las causas, mantenimiento y perpetuación de conductas anormales. Así mismo aplicar todos los conocimientos adquiridos en pro del tratamiento prevención de estas anomalías, haciendo uso de programas interventivos sobre la base de los descubrimientos (Yates. 1979).

Dentro de estas técnicas a utilizar en el programa de tratamiento tenemos: La desensibilización sistemática, técnicas de relajación, técnicas de autocontrol, exposición gradual a lo temido.

En segundo lugar tenemos a las Técnicas Cognitivas, las cuales son el conjunto de estrategias terapéuticas con base en el modelo cognitivo de los trastornos clínicos propuestos por autores tales como Beck Ellis, Meichenbaum entre otros, las cuales están orientadas a modificar patrones de pensamientos disfuncionales y desadaptativos, con el fin de corregirlos, para lograr una nueva visión, valoración y adaptación a determinados acontecimientos vitales que podrían ser el origen del malestar clínicamente significativo (Labrador, 2008).

Así mismo es importante destacar que dentro del programa psicoterapéutico de mindfulness para la ansiedad, se han considerado estrategias cognitivas puntuales, tales como: La reestructuración cognitiva, técnicas de autoinstrucciones, visualizaciones mentales, parada de pensamiento, entre otras.

Finalmente encontramos a la denominada Técnica de Mindfulness, etiqueta con la que se nombra al uso de estrategias de terapia desarrolladas a partir de la práctica del mindfulness, la cual se basa en sus raíces originarias en la práctica del budismo que es una doctrina filosófica espiritual, derivada del brahmanismo oriental, nacido en la India por Buda Siddhartha Gautama. En la actualidad se utiliza el término de mindfulness tanto en la psicología como en la medicina, para referirnos a las estrategias de intervención provenientes de esta filosofía religiosa espiritual, cabe precisar que el término en la traducción española se cita como “atención plena” o “conciencia plena” (Mañas, 2009).

Dentro de las técnicas que se asumen en su desarrollo práctico en este programa psicoterapéutico están las siguientes: La meditación, Atención focalizada en el presente, observación detenida y atención del cuerpo, reducción del estrés con base en el mindfulness.

Ahora bien, el programa de psicoterapéutico de mindfulness para la ansiedad está constituido por un total de ocho sesiones, basadas en la propuesta terapéutica de Alonso (2014), quien desarrolla un programa de tratamiento con base en el MBCT (Terapia cognitiva basada en el mindfulness) combinando las estrategias dadas por Barlow y Craske (1993) para el abordaje y las técnicas propias del mindfulness, cada una de las sesiones propuestas tendrá una duración aproximada de 1 ½ horas, distribuido de la siguiente manera:

- Sesión uno : Integración del grupo y psicoeducación sobre la ansiedad.
- Sesión dos : Pensamientos y ansiedad.

- Sesión tres : Reestructuración cognitiva.
- Sesión cuatro : Piloto automático.
- Sesión cinco : Mindfulness en la respiración.
- Sesión seis : Imaginación guiada.
- Sesión siete : Enfrentarse para dejar pasar.
- Sesión ocho : Repasamos lo aprendido.

Este I programa tendrá una duración de 8 sesiones, abarcando los meses de noviembre y diciembre.

Antes de avanzar en nuevos planteamientos es necesario definir el concepto de la llamada ansiedad. Conceptualizar de forma unánime el significado de ansiedad es una tarea harto complicada, dado el hecho del término está dentro de parámetros teóricos diversos, donde la variedad y conglomeración de escuelas principalmente psicológicas, presenta y expone una particular forma de entenderla y definirla, siguiendo patrones teóricos particularizados, sin embargo podemos esbozar un primer acercamiento conceptual del término, y de forma muy genérica entendemos por ansiedad a un proceso complejo de sensaciones tanto físicas como psicológicas totalmente interrelacionadas , las cuales activan condiciones somáticas y alteraciones fisiológicas. Así mismo existe una condición de alteración emocional, fundamentalmente se incrementa el miedo, aprehensión, preocupación, acompañada por pensamientos recurrentes sobre el futuro de una forma valorativa pesimista y preocupante (Alonso. 2014)

El estudio de la ansiedad tiene sus orígenes desde tiempos muy remotos de la humanidad, posiblemente bajo otro tipo de denominaciones, por ello enzarzarnos en una descripción de tales procesos históricos de la patología a estudiar, sería recorrer un interminable estudio que generaría la descontextualización del sentido primario de esta investigación. Por ello nos remitiremos muy sucintamente porque lo considero importante, a definir bajo

diversidad de acepciones que ha significado ansiedad a través del tiempo y como ha ido cambiando la significación del tema.

La ansiedad, al igual que el temor, es uno de los fenómenos de índole universal sobre la cual ha generado reflexiones profundas a lo largo de historia de la humanidad dado por diversas personalidades del saber científico en todos los tiempos, Sin embargo esta tarea ha sido una tarea principal de la psicología y la psiquiatría, también han presentado sus aportes teóricos otras ciencias y disciplinas tales como el arte, la sociología, la religión, la biología, etc, las cuales han abordado desde sus ópticas la variable de ansiedad, para posibilitar en sus dimensiones teóricas una comprensión acerca del tema.

La denominación de ansiedad tiene raíces históricas y clínicas con la angustia dado el hecho de que fue Freud el que introdujo la palabra "angst". Dicho término, que tiene una significación parecida al vocablo utilizado por los denominados filósofos existencialistas, hace referencia a la angustia desprovista de objeto, el malestar interior, y la preocupación. (Caltell y Scheier, 1958).

Sigmund Freud fue el primero en diferenciar dos términos que se complementan entre sí, miedo y ansiedad, quien refiere que el miedo es a la amenaza conocida y la ansiedad es y en la ansiedad hay una imprecisión o desconocimiento del objeto. (Freud, 1916)

Así mismo las definiciones basadas en la "reacción externa", expresadas por autores de acercamiento a la teoría conductual, identifican a la ansiedad con determinados componentes fisiológicos y motores, asimilando y emparentando ansiedad con síntomas definidos tales como tensión, irritabilidad, temblores e inquietud motora. (Watson y Rainer, 1920).

Por otro lado es importante destacar también la importante definición que da cuenta de la ansiedad como como "desorganizador de la conducta" entendida esta como un estado que de una u otra forma,

interfiere directamente en el rendimiento y funcionalidad del sujeto (May, 1968).

Por último, pero por ello no menos importante, tenemos la definición de la ansiedad, la cual incide en el hecho de que se trata de un estado de malestar y displacer, duradero, interno y subjetivo, que causa gran displacer, vivenciada a partir de una situación que se concibe como amenazante, peligrosa y difícil, mediatizada por la actividad cognitiva del sujeto, que valora y da significado a la situación (Lazarus, 1972).

Ahora, las manifestaciones ansiosas han sido desde siempre una mirada importante para las diversas escuelas de la psicología, quienes han propuesto fundamentadamente bajo sus ópticas teóricas sus aproximaciones a definirla convenientemente, es así que presento sucintamente las más importantes escuelas con sus respectivas aportaciones

Desde la perspectiva psicoanalítica se argumenta que la ansiedad es la lucha de un individuo, lucha que está originada por el conflicto surgido a partir de un impulso inaceptable, aversivo y una contrafuerza generada por el ego. En tal sentido, Freud pensó en la ansiedad como solo un estado de carácter emocional angustiante, en el que junto a ella aparece diversidad de fenómenos tales como la preocupación, sentimientos aversivos, pensamientos incómodos y alteraciones orgánicas que se agrupan a la activación autonómica. Todo ello contribuye según el psicoanálisis a formar en el ser humano el fenómeno de la ansiedad (Freud, 1916).

Frente a las posiciones teóricas dinámicas, aparece en el escenario científico un nuevo modelo de aproximación conceptual y de redefinición sobre la ansiedad. Esta teoría era el conductismo, el cual parte de la concepción ambientalista, operativa, que parte desde las bases mismas



de la experimentación para dar cuenta de sus postulados teóricos, esta orientación psicológica concibe a la ansiedad como un estímulo que genera la conducta del organismo. A partir de esta mirada se entiende a la ansiedad como una respuesta surgida como reacción ante un estímulo percibido por el individuo, mediada por las situaciones de experiencia y aprendizaje, responde a una estimulación determinada (Hull, 1952).

Desde este enfoque teórico cognitivo, el individuo percibe una determinada situación, hace una evaluación de ella y valoras sus posibles implicancias, de esta valoración se determina el grado de sensación que el individuo tiene en base a sus interpretaciones subjetivas de tal situación, entonces se iniciara una reacción como respuesta a la información interna e individual, teniendo diversos niveles de intensidad en tanto sea percibida como amenazante o no la valoración del sujeto, desde esta posición se asume a la ansiedad como una reacción generada a partir de interpretaciones individuales y diversas del sujeto con su medio circundante . (Beck (1976)

Por otro lado, el modelo cognitivo de la ansiedad se centra en la forma en el que las personas interpretamos la realidad, situación que seguidamente desencadena una serie de respuestas previamente aprendidas por los esquemas instaurados en nuestra temprana infancia, generando entre tanto ciertas respuestas adaptativas e inadaptativas, conllevando con ellas respuestas a tres niveles que son físico, cognitivo y conductual, cumpliendo con la máxima terapéutica cognitiva de “Así como piensas, te sientes” (Beck, 1985)

Adicional a todo lo mencionado es necesario comprender la situación provocadora Pensamiento y la valoración ansiosa Sentimiento de ansiedad. Desde la visión cognitiva de la ansiedad fundamentada sobre el concepto de la vulnerabilidad y defendida por autores como Beck, Emery y Greenberg (1985), consideran la esta cualidad como una impresión que tiene un individuo de sí mismo con respecto a objetos de

peligro externos e internos, de los que se hallan carentes de control y defensas naturales para hacerles frente, generando así un impacto psicológico de falta de control y seguridad. Es importante señalar que en los cuadros psicopatológicos, la sensación de esta vulnerabilidad se acrecienta y extralimita por el efecto de determinados patrones disfuncionales del área cognitiva e interpretativa dada por el propio sujeto (pp. 67-68).

Para este fenómeno, el aumento en las sensaciones de vulnerabilidad se extralimita a niveles mayores, poco racionales, lo que hace del individuo un ser cuya característica principal es el sufrimiento por temores subjetivos e inventados por las cogniciones de las personas. Esta primera valoración sobre la amenaza direcciona a una mirada equivocada que sobrestima y exagera exacerbadamente la probabilidad de que se produzca el daño y la gravedad percibida del mismo. (Rachman, 2004).

En esa línea teórica Beck y Greenberg (1988) indican que la percepción de peligro provoca un “sistema de alarma” el cual lleva a procesos físicos, cognitivos y emocionales, con el fin de proteger del peligro manifestados por las interpretaciones cognitivas que hace el sujeto, a fin de protegerse de los posibles daños.

Analícemos brevemente los principios básicos del modelo cognitivo de la ansiedad, la cual se ha visto ampliado y mejorado por diversas propuestas que desde la misma teoría han desarrollado otros autores lo cual enriquece en gran medida la posibilidad de conceptualizar acertadamente la ansiedad (Beck et al., 1985, 2005).

Una de las primeras son las valoraciones exageradas de la amenaza. El fenómeno se distingue por una atención elevada, focalizada y más o menos estable y altamente selectiva, hacia aquello que se considera riesgoso y amenazante, esto se percibe como si fuera a tener

gran efecto en la vida de la persona, causando estragos para el bienestar y equilibrio.

Por otro lado está la mayor indefensión, la cual se posibilita una obnubilación de los naturales recursos que permiten el afrontamiento que posee todo ser humano, generando con ello una infravaloración de la particular capacidad para poder enfrentar a la “potencial” amenaza percibida.

Así también encontramos el procesamiento inhibido de la información concerniente a la seguridad. Los niveles de ansiedad son caracterizados por un análisis restringido de las señales de seguridad y sobre la información que transmiten el decrecimiento de la probabilidad o la gravedad de la amenaza o de algún daño percibido o latente. Así mismo deterioro en el pensamiento constructivo, analítico o reflexivo.

En los estados de esta la dirección del pensamiento y el razonamiento lógico más constructivo es muy complicada dado el estado de impacto y subjetiva sensación de daño o malestar del individuo.

Encontramos también el procesamiento automático y estratégico. Nuestro fenómeno mezcla una serie de procesos de orden automático, los que son responsables directos de las características peculiares de la ansiedad y su incremento.

Existente también los Procesos auto-perpetuantes provocados por el fenómeno. La ansiedad lleva a un ciclo permanente del aumento de la atención selectiva y elaborada focalizada y centralizada la propia persona, sobre aquellas posibles señales y sintomatología de ansiedad, lo cual contribuye a la intensificación de la propia angustia del individuo.

Otro de los conceptos que es necesario comprender es el de la Primacía cognitiva. La valoración cognitiva inicial sobre la amenaza y la

valoración posterior de la vulnerabilidad individual son posibles de ser generalizadas de forma tal que una amplia gama de situaciones particulares o por estímulos adicionales pueden ser distorsionados e interpretados como amenazantes y muchas respuestas defensivas fisiológicas y/o conductuales sean inapropiadamente movilizadas para enfrentar la amenaza.

Encontramos también la vulnerabilidad cognitiva hacia la ansiedad. Este es el crecimiento en la sensación de vulnerabilidad percibida por el individuo, caracterizado por las creencias profundas sostenidas y mantenidas (Esquemas), sobre la noción de vulnerabilidad e indefensión personal de amenaza, real o imaginada.

En cuanto a las situaciones, sucesos y estímulos activadores. Las situaciones particulares que ocurren en un momento determinado, son importantes ya que ellas podrían ser las desencadenantes del factor ansioso en la persona. De acuerdo con las clases de situaciones presentadas, pueden provocar diversos niveles de ansiedad, se convierten así en condiciones estimuladoras o activadoras de la sensación ansiosa. Aunque estas diversas situaciones que generan ansiedad son singularmente subjetivas y diversas inclusive dentro de la patología específica de ansiedad, una señal activará el recorrido y respuesta de la ansiedad sólo si ésta es percibida como peligrosa para los intereses vitales (Beck et al., 1985, 2005).

Fundamental resulta aclarar a que se refiere con esquemas cognitivos. Este tipo de concepto es clave para todos los modelos cognitivos, ya que su entendimiento posibilitara la comprensión global de la terapia cognitiva y su manejo para poder tratar sintomatología clínica patológica.

Para Beck (1979), los esquemas cognitivos son patrones estables de pensamiento, los cuales constituyen la base regular de las

interpretaciones de la realidad adyacente. Los individuos utilizan estos esquemas la generar codificaciones particulares de la realidad, según su visión del m mundo interno a las cuales les atribuyen significado. Los esquemas fueron también conceptualizados como estructuras más o menos estables que escogen y simplifican los datos que ingresan.

Los esquemas son adaptativos y van tomando forma mediante los aspectos socializantes que el individuo realiza con el medio en el cual se desenvuelve así van construyendo las pautas propias de los mismos. Inicialmente estos esquemas tuvieron un fuerte sentido adaptativo posibilitando la conquista de la supervivencia en el sentido psicológica y/o físico del ser humano, pero en determinados casos las condiciones que se utilizaron para sobrevivir en una época fueron utilizadas de forma automatista, inflexible inamovible y desadaptativa en cualquier evento, lo que puede llegar a generar multiplicidad de patologías psicológicas severas que ameritan atención especializada para tratarlos. (Beck, 1979).

Así también, entendemos por síntomas cognitivos a los pensamientos y las imágenes mentales que vienen a nuestra cabeza cuando estamos atravesando por una crisis ansiosa. Son básicamente los pensamientos automáticos que típicamente nos vienen frente a una situación amenazante. Es una especie de dialogo interior que tenemos son nosotros mismos justo antes de que comiencen los síntomas de tipo fisiológico o motor (Moreno, 2012).

Estos pensamientos automáticos o también llamadas distorsiones cognitivas modifican nuestras sensaciones y determinan en gran medida nuestra manera de sentir y actuar. Estas distorsiones cognitivas son: Interferencia arbitraria, exageración, minimización, abstracción selectiva, generalización excesiva, personalización, pensamiento dicotómico, entre las más conocidas (Beck, 1979).

Ahora bien, en qué consiste la terapia cognitiva basada en Mindfulness. Según Segal (2006). Se lo considera una combinación, por un lado, de terapia cognitiva (TCC) y por el otro en reducción la utilización de estrategias netamente del mindfulness (TCBM) (Siegel et al., 2011)

Nace principalmente para poder abordar la patología de la depresión crónica, con el fin de posibilitar en el paciente un recuperación más efectiva y perenne en el tiempo, evitando así las recaídas, para lo cual hace uso de estrategias destinadas no a impedir los bajones emocionales, sino más bien a reducir la probabilidad de que los ciclos casi obsesivos de pensamientos generadores del malestar que dicho sea de paso son los que mantienen el engranaje ansioso. (Teasdale 1999)

La terapia cognitiva ha tratado tradicionalmente y de forma directiva con los contenidos de los pensamientos y ha hecho una separación y/o división entre los racionales y los irracionales, contribuyendo a las personas a identificarlos y modificarlos, por ello el trabajo posterior en el proceso de cambio, se enfoca en la vinculación que establecen los pacientes con las emociones y cogniciones, constituyendo con el trabajo terapéutico, el bloqueo de los procesos rumiadores. (Teasdale, 1999)

Al contrario de las psicoterapias cognitivas clásicas, centradas en concentrar el “contenido” de aquellos pensamientos de los clientes, TCBM (terapia cognitiva con base en mindfulness) se centra en trabajar con los pacientes de forma denodada en generar cambios en la manera en que las personas tienden a relacionarse con sus pensamientos y creencias particulares, se focaliza en enseñar al pacientes a que dejen de considerar por todos los medios posibles a los pensamientos necesariamente como hechos objetivos, para así facilitar el “descentramiento” de la atención a los mismos. De este modo los

pacientes se hacen menos evitativos y reactivos a su propia experiencia emocional. (Morgan, 2005; Williams et al. 2007).

Hay una variedad bastante extendida de estrategias y técnicas en el mantenimiento del cambio, sin embargo Teasdale (1999), propone la práctica del mindfulness, ya que significa procesar de forma diferente el contenido de los pensamientos, sin cambiarlos necesariamente sino más bien siendo seres observadores de ellos, sin darle objetividad, o interpretación, dejando a la conciencia plena, de mirar con profundidad tales cogniciones.

Una de las principales características que comparten todos los trastornos de este tipo es la conocida atención focalizada que prestamos a los estímulos amenazantes, lo cual constituye en núcleo principal del trastorno, ello genera y potencia una hipersensibilidad a dichos estímulos amenazadores, aparecidos en el mundo interno o externo del sujeto.

Las personas con trastornos de pánico por ejemplo atienden de forma intencionada y casi automática a estímulos fisiológicos conectados con amenazas y muestran una elevada hipervigilancia frente a las sensaciones físicas.

Los individuos que padecen un cuadro de fobia social, presentan un sesgo frente al reconocimiento de las expresiones faciales de otras personas que aparentemente demuestran crítica, censura o evaluaciones negativas, centradas excesivamente en sí mismos.

Es por ello que debido a la inflexible muestra de rigidez de la atención, focalizada en la sintomatología sensible la persona desatiende otros estímulos y su angustia y miedo llega a niveles altos, es aquí donde el mindfulness puede ayudarles a poder expandir su perspectiva, atención y conciencia en forma tal que puedan de forma constante

incorporar las variables percibidas de su medio interno y externo, sean estas amenazadores o no.

Finalmente, la característica más importante sobre la cual trabaja esta terapia en la patología ansiogena junto al mindfulness buscando cambios en la perspectiva individual de las personas aquejadas por este trastorno, se enfoca en:

- Evitación conductual o experiencial.
- Rigidez cognitiva.
- Repertorio rígido de respuestas conductuales.



### III. MÉTODO

#### 3.1 Diseño de investigación

La presente tesis es de tipo de experimental

El diseño utilizado para abordar las variables y manipulación de las mismas fue el pre experimental de un único grupo experimental con pre y posttest, al que se le aplicó la medición con test antes y después de aplicaren el programa de tratamiento. (Hernández, Fernández y Baptista 2010).

El esquema que responde a este diseño es:

<b>G: O1 X O2</b>
-------------------

#### Dónde:

**G.E.:** Grupo experimental

**O<sub>1</sub>** : Resultados del Pre Test.

**O<sub>2</sub>** : Resultados del Post Test.

**X** : Variable Experimental (“Programa psicoterapéutico de Mindfulness”)

#### 3.2 Variables y operacionalización:

##### 3.2.1 Variable independiente:

Programa psicoterapéutico de Mindfulness.

##### **Definición conceptual:**

El programa de tratamiento de Mindfulness se basa en los conocimientos profundos sobre las tradiciones, orientales principalmente, partiendo de la base en la concepción de la conciencia plena y la atención direccionada en el presente. Es una forma de equilibrio de la atención, sostenida en la experiencia del aquí y ahora, lo cual permite así un mayor nivel de gestión de

las actividades de los procesos mentales del momento presente y que toma una particular orientación hacia la experiencia propia, que se caracteriza por el deseo de apertura, curiosidad específica y una condición plena y mantenida de aceptación incondicional. (Bishop, 2004)

**Definición operacional:**

Procedimiento psicoterapéutico desarrollado en ocho sesiones de dos horas de duración cada una de ellas, en las que se desarrollaran estrategias destinadas al logro del control de los síntomas de ansiedad, para lo cual se proponen técnicas de relajación, meditación y atención plena,

**3.2.2 Variable independiente:**

**Ansiedad**

**Definición conceptual:**

Es una emoción que se orienta al futuro, la cual se caracteriza por percepciones de falta de control e impredecibilidad con respecto a hechos y situaciones potencialmente aversivas, con cambios importantes en la focalización de la atención, direccionada hacia el núcleo del problema lo cual es considerado por el individuo una condición potencialmente peligrosa, incluso para su propia vida” (Barlow. 2002)

**Definición operacional:**

Consiste en el resultado obtenido posterior a la aplicación y calificación respectiva de la escala de Automedición de la ansiedad en Zung (EAA)

**3.2.3 Matriz de operacionalización de variables:**

## MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Escala de medición
<p><b>Programa psicoterapéutico de mindfulness para la ansiedad</b></p>	<p>El programa de tratamiento de Mindfulness se basa en los conocimientos profundos sobre las tradiciones, orientales principalmente, partiendo de la base en la concepción de la plena conciencia y la atención focalizada en el presente. "Consiste en una</p>	<p>Procedimiento psicoterapéutico desarrollado en ocho sesiones de dos horas de duración cada una de ellas, en las que se desarrollaran estrategias destinadas al logro del control de los síntomas de ansiedad, para lo cual se proponen técnicas de relajación, meditación y atención plena,</p>	<p>Grupo experimental</p>	<p>10 sesiones de tratamiento</p>	<p>Su aplicación</p>

	<p>autorregulación de la atención, mantenida en la experiencia inmediata, que permite así un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente y adopta una orientación particular hacia la propia experiencia". (Bishop, 2004)</p>				
<b>Ansiedad</b>	Es una emoción que se orienta al	Es el resultado obtenido, después de			Inventario autoaplicado para

	<p>futuro, la cual se caracteriza por percepciones de falta de control e impredecibilidad con respecto a hechos y situaciones potencialmente aversivas, con cambios importantes en la focalización de la atención, direccionada hacia el núcleo del problema lo cual es considerado por el individuo una condición potencialmente</p>	<p>la aplicación y calificación respectiva de la escala de automedición de la ansiedad en Zung (EAA)</p>	<p>Dimensión 1</p> <p><b>Afectiva</b></p>	<p><b>1; 2; 3; 4; 5</b></p>	<p>la ansiedad de Zung</p>
			<p>Dimensión 2</p> <p><b>Somática</b></p>	<p><b>6; 7; 8; 9; 10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17; 18; 19; 20</b></p>	

	peligrosa, incluso para su propia vida” (Barlow. 2002)				
--	--	--	--	--	--

### 3.3 Población y muestra

#### 3.3.1 Población:

Ella está conformada por 25 pacientes adultos de entre 18 y 55 años, asistentes regulares a sus atenciones de terapia individual en el servicio de salud mental de un hospital de la ciudad de nuevo Chimbote.

Tabla 1

*Distribución de la población que participa en el estudio*

	18-30	31-40	41-50	50+	Total
Mujeres	3	3	6	1	13
Hombres	6	2	4		12
Total	9	5	10		25

#### 3.3.2 Muestra:

##### Marco muestral

La muestra del presente estudio fue constituida por un número de 16 personas, todos ellos parte de la población inicial, quienes alcanzaron indicadores relevantes en la sintomatología de ansiedad a través de la aplicación del inventario de ansiedad de Zung.

##### Tipo de muestreo

El utilizado para esta investigación fue de tipo no probabilístico por conveniencia, de acuerdo a las características clínicas observadas por el examinador, a quienes se aplicó el inventario de ansiedad de Zung, antes y después del programa de tiramiento.

##### Criterios de inclusión y exclusión:

**Inclusión:**

- \_ Pacientes con diagnóstico clínico de ansiedad.
- \_ Pacientes cuyo estado cognitivo no este alterado a un nivel que impida el desarrollo de actividades psicoterapéuticas.
- \_ Pacientes en edades comprendida entre 18 y 55 años.

**Exclusión:**

- \_ Pacientes con cualquier otro tipo de diagnóstico clínico diferente al de ansiedad.
- \_ Pacientes con alteraciones psiquiátricas severas.
- \_ Pacientes con deterioro neurocognitiva.
- \_ Pacientes ajenos a la institución hospitalaria donde se desarrolló el programa de tratamiento.

**3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad**

**Técnica:**

Para la recolección de datos se usó la técnica de la entrevista, la que estuvo guiada por la valoración clínica del entrevistador, quien, haciendo uso de sus conocimientos profesionales y técnicos en psicopatología, selecciono y descarto a los pacientes, según su sintomatología clínica y tipo de diagnóstico.

**Instrumento:**

En cuanto a la recolección de datos sobre la ansiedad se aplicó la escala de automedición de la ansiedad de Zung (EAA)

**Ficha Técnica**

La usada fue la Escala de Autovaloración de la Ansiedad de William Zung y Zung, conocido también como Escala de Ansiedad de Zung; la misma que establece como criterio un marco referencial de las conductas



ansiógenas, con base en un cuestionario constituido por 20 frases o, en su caso, relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de ansiedad como signo resaltable en relación a trastornos emocionales.

La Escala de Ansiedad de Zung presenta un cuestionario compuesto por 20 frases, informes o relatos. En ellas, cada una se refiere a un síntoma o signo que caracteriza a la patología ansiosa.

La aplicación puede aplicarse de modo individual o colectivo.

#### **Forma de evaluación:**

Se le indica al sujeto de estudio, que a continuación se le brindara una hoja con veinte frases o preguntas, debe leer con atención y luego indique en el recuadro su estado con el cual se corresponda últimamente.

#### **Calificación del Instrumento**

El método de puntuación consiste en colocar la puntuación respectiva a cada respuesta acorde con una tabla anteriormente elaborada. De forma tal que se colocan los puntajes en la parte derecha para ser sumados al final, obteniendo el puntaje.

Se hace notar que la puntuación está sujeta a una escala que tiene como máximo 100.

De esta forma, con la Escala EAA, se tiene un indicador cuantitativo para calcular el estado de ansiedad en el momento de la prueba, sin tener referencia aun de la causa que lo suscita.

Por otro lado, esta Escala nos permite establecer una relación entre los síntomas de ansiedad y las frases de la EAA en la que cada una de las últimas está identificada con un síntoma reconocido. Así, se posee una lista de dichos síntomas y las frases que los manifiestan, las cuales son propias del lenguaje común y que son identificadas en las palabras del paciente. Podemos describirlas de la siguiente manera:

#### **Dimensiones de la escala:**

\_Afectiva.

\_Somática.

### Niveles de ansiedad que el instrumento considera

#### Índice estados de ansiedad (EAA)

Menos de 45 No hay ansiedad y se encuentra en los límites normales.

De 45 - 59 Mínima a Moderada presencia de Ansiedad.

De 60 - 69 Marcada a Severa presencia Ansiedad.

De 70 o más Máxima presencia de Ansiedad.

#### Validez y confiabilidad

En el estudio piloto muestral con 10 sujetos de características similares se obtuvo la validez concurrente y confiabilidad en base a la población en estudio.

Tabla 2

#### *Resultados de validez del instrumento*

		Suma_pre Test	Suma_po s Test
Suma_prete st	Correlación de Pearson	1	-,085
	Sig. (bilateral)		,753
	N	24	16
Suma_poste st	Índice de correlación de Pearson	-,085	1
	Sig. (bilateral)	,753	
	N	16	16

Para establecer la validez concurrente con el coeficiente de correlación de Pearson se tienen en cuenta que:

- Si  $r = 1$ , se establece una correlación positiva perfecta. Existe una dependencia total entre las variables de *relación de tipo directa*: aumentan proporción constante si una de ellas lo hace.
- Si  $0 < r < 1$ , se establece una correlación positiva.
- Si  $r = 0$ , no se puede establecer una relación lineal. Sin embargo, no implica necesariamente la independencia de las variables dado que puede aún existir relaciones de tipo no lineal entre ellas.
- Si  $-1 < r < 0$ , se establece una correlación de tipo negativa.
- Si  $r = -1$ , se establece una correlación de tipo negativa perfecta. Existe una total dependencia entre las dos variables de *relación de tipo inversa*: disminuyen en proporción constante si una de ellas lo hace.

Para la confiabilidad en el instrumento se aplicó el coeficiente alfa e Cronbach obteniendo los resultados que se presentan en la tabla 3.

Tabla 3

*Fiabilidad a través del Alfa de Cronbach del instrumento EAA*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,877	20

En la tabla N° 3 se observa que la fiabilidad a través del Alfa de Cronbach del instrumento EAA es de ,8770 ubicado en el nivel “excelente” con respecto a consistencia y coherencia en los resultados del inventario, es decir la aplicación repetida a los mismos sujetos si produce resultados iguales (Herrera, 1998 citado en Marroquín s.f.)

Después se creó el baremo para la variable. En la tabla N° 4 se presenta una descripción de la variable “ansiedad” de forma general donde hallamos

los valores mínimo y máximo de las puntuaciones obtenidas en la aplicación de la prueba y los centiles para crear el baremo, así mismo los niveles y rangos

Tabla 4

*Estadísticos descriptivos para la variable ansiedad*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación
Pre_ansiedad	16	45	62	55,00	5,086
N válido (por lista)	16				

Tabla 5

*Estadísticos descriptivos de los niveles de las dimensiones*

Percentiles	25	51,25
	50	56,00
	75	58,50

Tabla 6

*Baremos de las dimensiones del instrumento*

<b>Niveles y rangos Ansiedad</b>	<b>Niveles y rangos Afectivo</b>	<b>Niveles y rangos somático</b>
<b>Bajo: 45 a 55</b>	Bajo: 45 a 55	Bajo: 45 a 55
<b>Moderada:</b>	Moderada:	Moderada: 56 a

<b>56 a 59</b>	56 a 59	55
<b>Alta: 60 a 62</b>	Alta: 60 a 62	Alta: 60 a 62

---

### **3.5 Análisis de datos:**

El procesamiento y análisis de datos se ha realizado de la siguiente forma.

Al término de la aplicación del instrumento de evaluación, los resultados obtenidos fueron trasladados a una base de datos general, conforme a las variables, dimensiones e ítems de la misma.

Estos datos fueron procesados por el programa SPSS.21. Para tal fin se desarrolló el procedimiento estadístico a los resultados, los cuales correspondían a los planteamientos enunciados en los objetivos del programa en los niveles de ansiedad y sus respectivas dimensiones.

Posterior a ello se procedió a la comparación del test previo y el posterior, de forma general y luego según las dimensiones planteadas en el instrumento.

Finalmente se realizó la prueba de la hipótesis y se presentaron los resultados a través de tablas y figuras estadísticas.

### **3.6 Aspectos éticos:**

El desarrollo del presente estudio científico, tuvo como premisas fundamentales los valores éticos tales como anonimato, confidencialidad, buena praxis profesional.

Anonimato, pues se mantuvo en estricta reserva la identidad de los pacientes participantes del programa de tratamiento, no siendo esto objeto de malestar entre los participantes.

Confidencialidad, dado que los resultados hallados en el trabajo de investigación científica, fueron únicamente analizados y supervisados por el responsable del proyecto, y trabajados con rigor científico, sin exposición de los mismos de ninguna forma.

Buena praxis, dado que el programa de intervención psicoterapéutica, se direcciono cumpliendo los estándares científicos y técnicos, bajo la supervisión de profesionales capacitados.

Por ultimo debemos manifestar que se utilizó el consentimiento informado, cumpliendo de esta forma con las exigencias técnicas a las cuales están sujetas toda investigación de rigor y ética.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Descripción de resultados

#### 4.1.1 Descripción de los niveles de ansiedad previos y posteriores a la aplicación del programa.

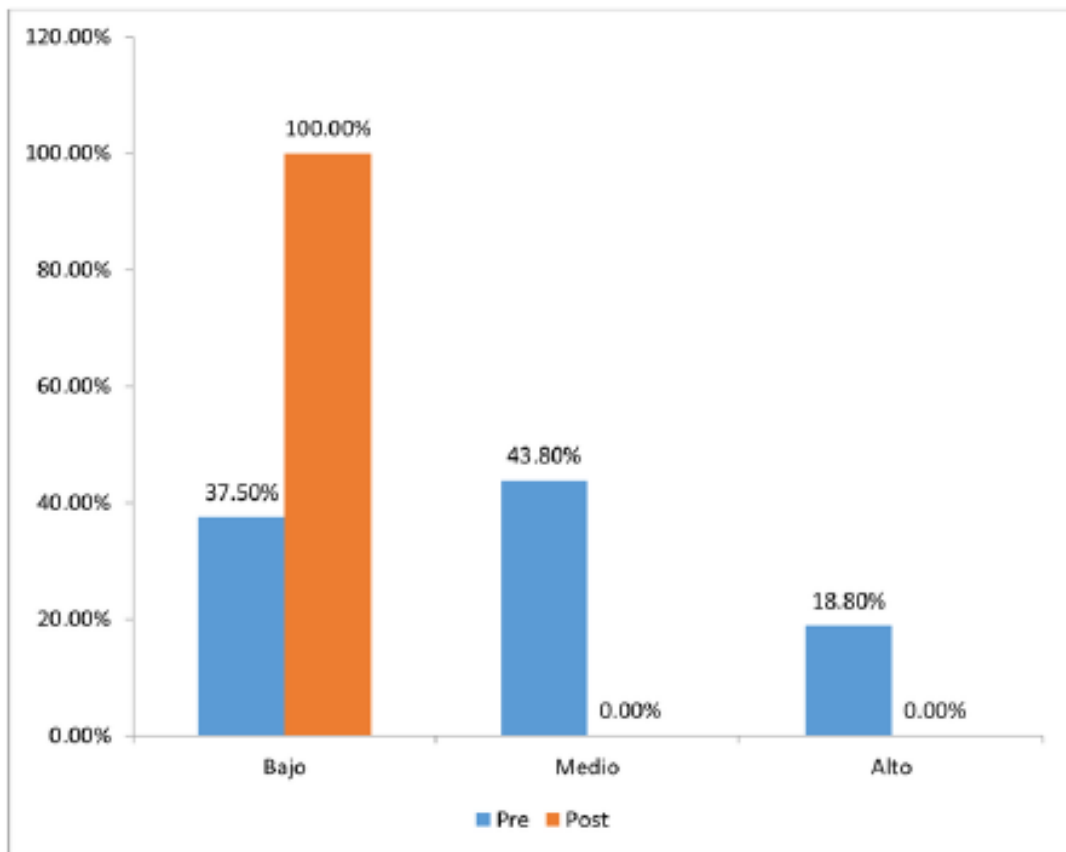
En la tabla 7 se observan los niveles de ansiedad en los pacientes asistentes al programa, el cual consigna en el nivel bajo 37,5% respecto al 100% del total de personas, el 43,8% presenta un nivel medio de ansiedad y el 18,8% evidencia un alto nivel. Para el test posterior el 100% de los pacientes muestra un nivel bajo de ansiedad, encontrándose por lo tanto 0% en los subsiguientes niveles, correspondientes a los niveles alto y medio.

Tabla 7

*Niveles de ansiedad previos y posteriores a la aplicación del programa*

Ansiedad	Pretest		Postest	
	N	%	N	%
Bajo	6	37.50%	16	100.00%
Medio	7	43.80%	0	0.00%
Alto	3	18.80%	0	0.00%
Total	16	100,0%	16	100,0%

Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes



Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes

*Figura 1.* Comparaciones en ansiedad del grupo experimental previo y posterior a la aplicación del programa mindfulness

En la tabla 8 y la figura 2 se aprecian los niveles de ansiedad en la dimensión Afectivo en los pacientes asistentes al programa, el cual consigna en el nivel bajo 12.5%, y el medio en un 87.5%. En el test posterior el 62.5% de los pacientes muestra un bajo nivel de ansiedad y un 37.5% presenta nivel medio, encontrándose por lo tanto 0% en nivel alto.

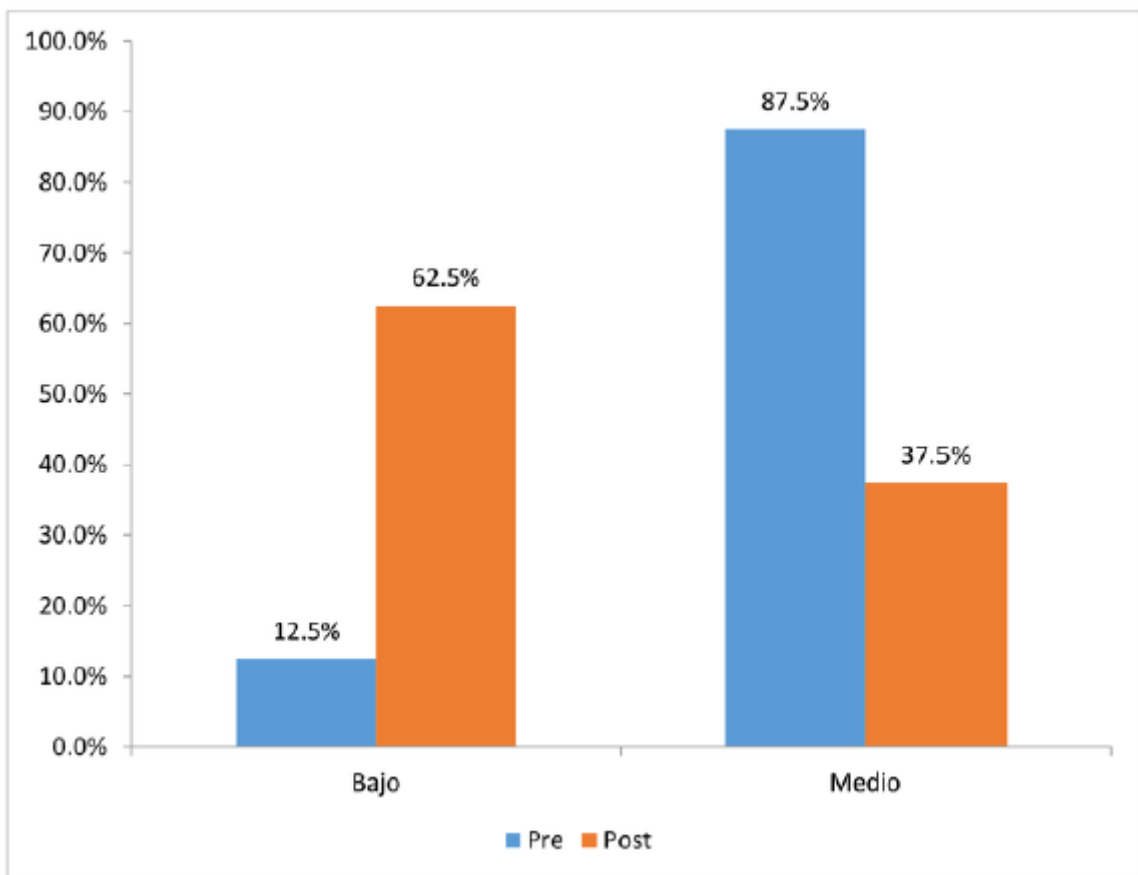


Tabla 8

Niveles de ansiedad en la dimensión afectivo, previa y posterior a la aplicación del mencionado programa

AFECTIVO	Pre test		Post test	
	N	%	N	%
Bajo	2	12.5%	10	62.5%
Medio	14	87.5%	6	37.5%
Total	16	100%	16	100%

Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes



Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes

Figura 2. Comparaciones de ansiedad en la dimensión afectivo del grupo experimental previo y posterior a la aplicación del programa mindfulness.

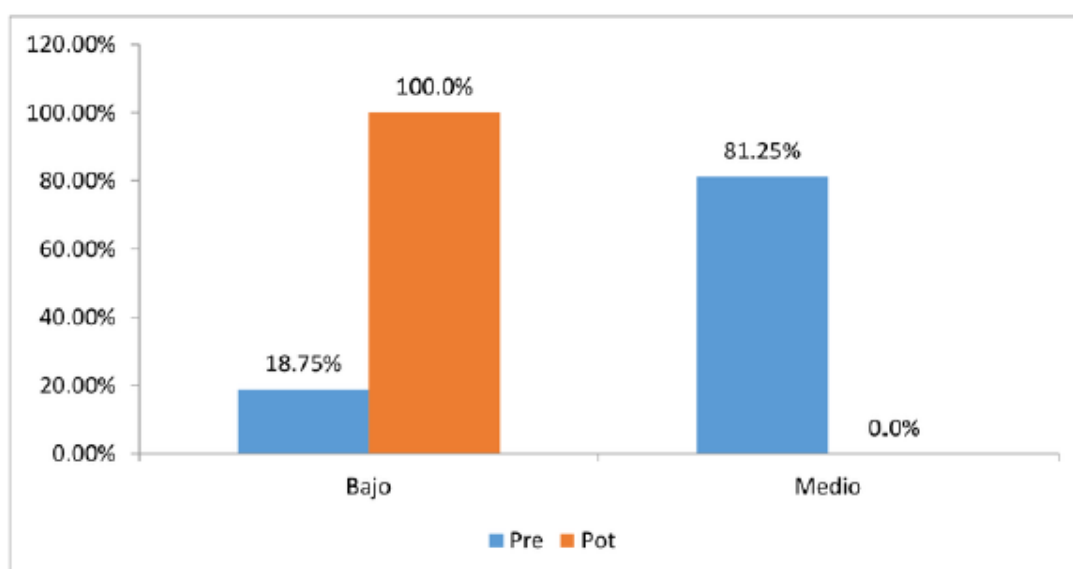
En la tabla 9 y figura 3 se observan los niveles de ansiedad en la dimensión Somático en los pacientes asistentes previo a la aplicación del programa, que consigna el nivel bajo en 18.75% y en 81.25% un nivel medio de ansiedad. En el test posterior el 100% de los pacientes muestra un nivel de ansiedad bajo, encontrándose por lo tanto en 0% los niveles medio y alto.

Tabla 9

Niveles de ansiedad en la dimensión afectivo previa y posterior a la aplicación del programa

SOMATICO	Pre test		Post test	
	N	%	N	%
Bajo	3	18.75%	16	100.0%
Medio	13	81.25%	0	0.0%
Total	16	100.0%	16	100.0%

Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes



Fuente: Test de ansiedad aplicado a los pacientes

*Figura 3.* Comparaciones de ansiedad en la dimensión somática del grupo experimental previo y posterior a la aplicación del programa Mindfulness

#### 4.2 Prueba de normalidad

En la tabla 10 se presentan los resultados de la prueba de normalidad, donde se observó que los puntajes obtenidos en el pre y postest demuestran una distribución de tipo normal ( $p > 0,05$ ) en sus dimensiones y en el puntaje total de ansiedad. Por lo hallado se utilizó la “T” de student para grupos relacionados.

Tabla 10

*Resultados de prueba de normalidad*

	Condición	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Afectiva	Pretest	,911	16	,120
	Postest	,933	16	,269
Somática	Pretest	,895	16	,066
	Postest	,978	16	,942
Ansiedad	Pretest	,943	16	,392
	Postest	,928	16	,225

#### 4.3 Contrastación de hipótesis

H<sub>0</sub>: El programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad, no disminuye considerablemente los niveles de ansiedad de los pacientes de una institución de salud en la ciudad de Nuevo Chimbote-2018.

H<sub>g</sub>: El programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad, si disminuye considerablemente los niveles de ansiedad de los pacientes de una institución de salud en la ciudad de Nuevo Chimbote-2018.

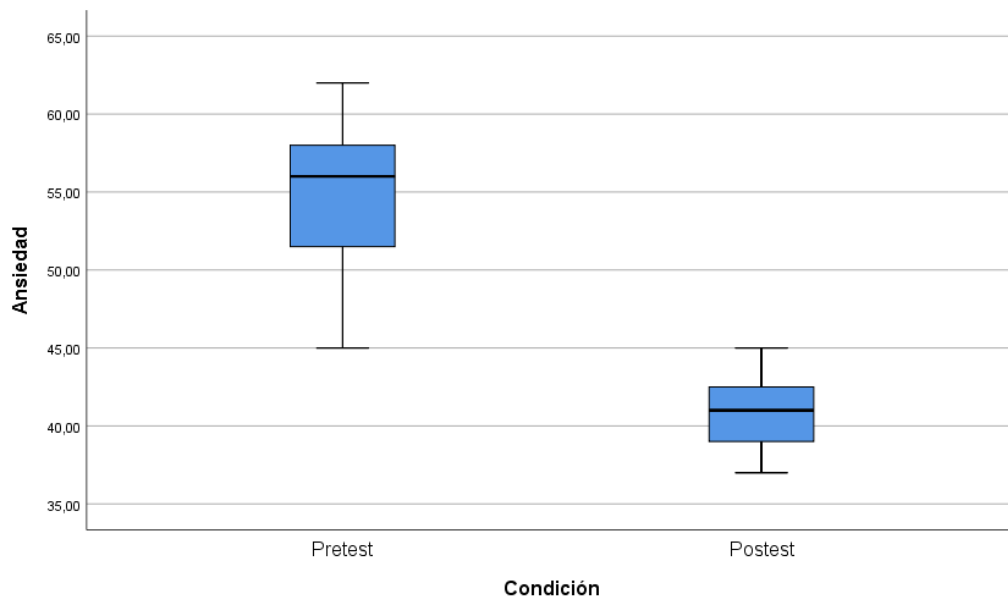
Tabla 11

*Comparaciones en ansiedad del grupo experimental previo y posterior a la aplicación del programa mindfulness.*

		Media	t	Sig.(Bilateral)
Ansiedad	Pre_ansiedad	55,00	10,300	0,000
	Pos_ansiedad	40,69		

En la Tabla 11 se muestran los resultados respecto al contraste con la hipótesis general la cual afirma que el programa de tratamiento de Mindfulness, disminuye significativamente la ansiedad, en pacientes de una institución de salud de Nuevo Chimbote.

Al realizar la comparación de los promedios de los indicadores de ansiedad del grupo experimental se aprecia un 55,00, en el pretest, cifra que supera los 40,69, del post test, luego de la aplicación del programa psicoterapéutico de mindfulness. Aplicando la “T” de student para grupos relacionados, se puede observar la existencia de diferencias altamente significativas ( $p < .000$ ) con respecto a los puntajes de ansiedad general. En conclusión, se debe de rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis general. De modo que el programa psicoterapéutico de mindfulness sí produce un decrecimiento significativo en la ansiedad en los pacientes de la institución.



*Figura 4.* Comparaciones en ansiedad del grupo experimental previo y posterior a la aplicación del programa de mindfulness

#### **Prueba de hipótesis específica 1:**

$H_0$ : No existen diferencias significativas en la dimensión afectiva en el grupo experimental previo y posterior a la aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de un hospital de la ciudad de Chimbote – 2018.

$H_1$ : Existen diferencias considerables en la dimensión afectiva en el grupo experimental previo y posterior a la aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de un hospital de la ciudad de Chimbote – 2018.

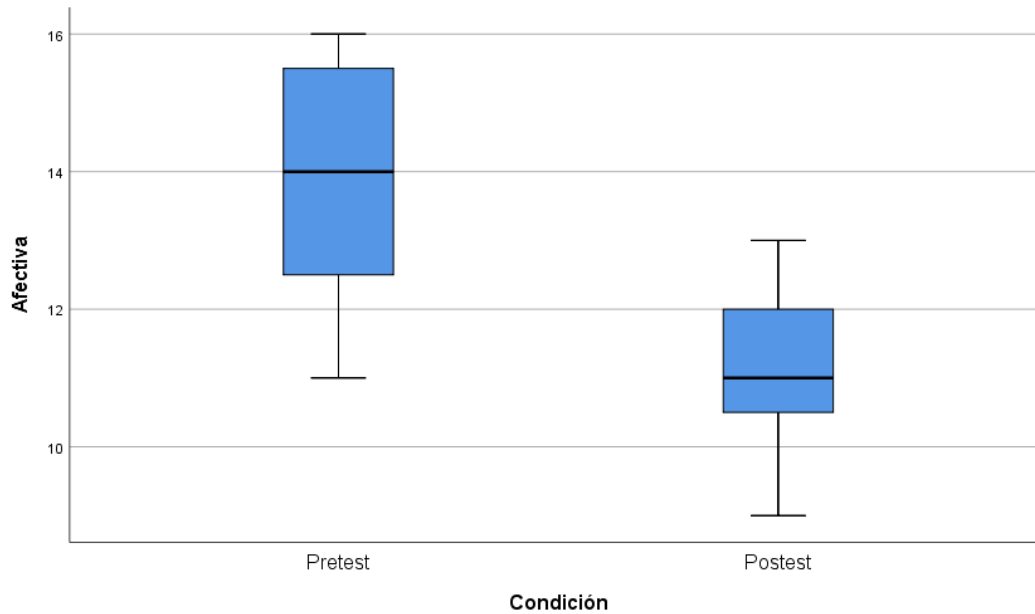
Tabla 12

*Comparaciones en la dimensión afectiva del grupo experimental previo y posterior a la aplicación del programa cognitivo – conductual*

		Media	T	Sig.(Bilateral)
Afectiva	Pre_ansiedad	13,88	4,731	0,000
	Pos_ansiedad	11,19		

En la presente Tabla se muestran los resultados permitiendo contrastar y comparar la hipótesis específica 1: Se afirma que el psicoterapéutico de mindfulness disminuye considerablemente los indicadores afectivos pacientes de una institución pública de salud de la ciudad de Nuevo Chimbote.

En la comparación de los promedios de las mediciones realizadas de la dimensión afectiva del grupo experimental, se evidencia que es de 13,88, en el test previo, superior al 11,19 posterior a la aplicación del programa psicoterapéutico de mindfulness. Aplicando la “T” de Student para grupos relacionados, arroja que sí existen diferencias altamente significativas ( $p < .000$ ), en lo relativo al puntaje correspondiente a la dimensión afectiva. En conclusión, se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica 1; es decir que el programa psicoterapéutico disminuye considerablemente la dimensión afectiva en los pacientes de una institución pública de salud de la ciudad de Nuevo Chimbote, lo cual se puede evidenciar de igual forma en la figura 2.



*Figura 5.* Comparaciones en la dimensión afectiva del grupo experimental previo y posterior a la aplicación del programa de mindfulness

### **Prueba de hipótesis específica 2:**

H<sub>0</sub>: Existen diferencias considerables en la dimensión somática del grupo experimental previa y posterior a la aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de una institución de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.

H<sub>2</sub>: Existen diferencias considerables en la dimensión somática del grupo experimental previa y posterior a la aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de una institución de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.

Tabla 13

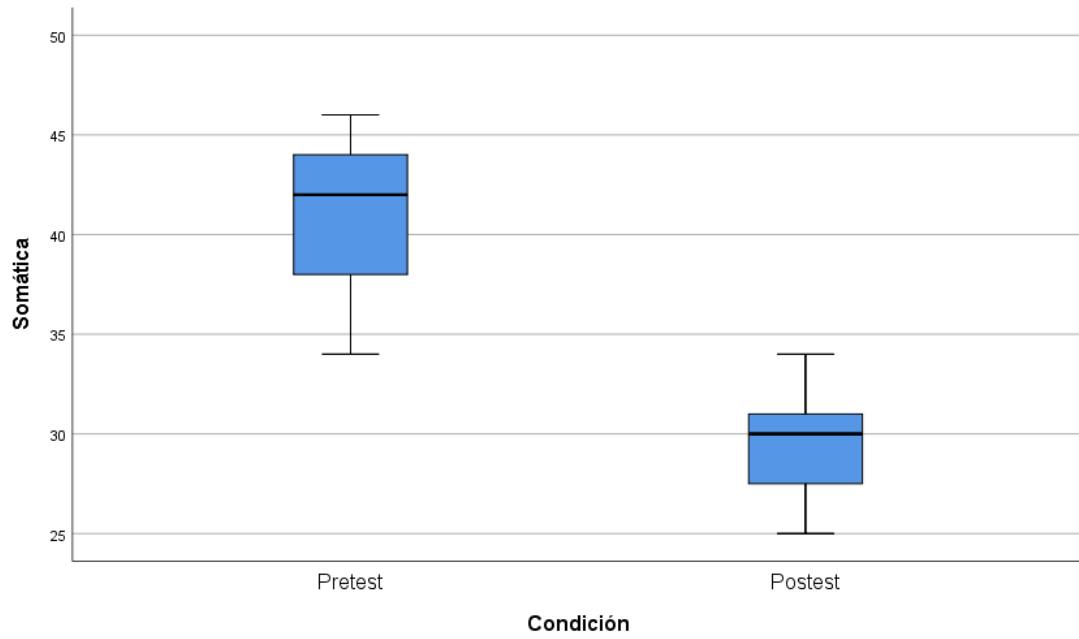
*Comparaciones en la dimensión somática del grupo experimental previa y posterior a la aplicación del programa cognitivo – conductual*

		Media	T	Sig.(Bilateral)
Somática	Pre_ansiedad	41,13	10,200	0,000
	Pos_ansiedad	29,50		

En la Tabla 13 se presentan los resultados con el fin de contrastar la hipótesis específica 2: Se afirma que el psicoterapéutico de mindfulness considerablemente significativamente los indicadores somáticos en pacientes de una institución de salud de la ciudad de Nuevo Chimbote.

En la comparación de los promedios obtenidos en las mediciones efectuadas respecto a la dimensión somática del grupo experimental, se puede constatar que el test previo obtiene 41,13, superior al 29,50 obtenido luego de la aplicación del programa psicoterapéutico de mindfulness. Aplicando la “T” de Student para grupos relacionados, se evidencia que la existencia de diferencias altamente significativas ( $p < .000$ ) respecto a los puntajes de la dimensión somática. En conclusión, se debe rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis específica 2; por la cual el programa psicoterapéutico sí disminuye considerablemente la dimensión somática en pacientes de una institución de salud en la ciudad de Nuevo Chimbote, lo cual se evidencia a su vez en la figura 3.





*Figura 6.* Comparaciones en la dimensión somática del grupo experimental anterior y posteriormente a la aplicación del programa de mindfulness

## V. DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados y luego del análisis correspondiente, aceptamos la hipótesis general que establece “El programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad, disminuye considerablemente los niveles de ansiedad en pacientes de una institución de salud en la ciudad de Nuevo Chimbote-2018”. En la comparación de la media de las mediciones realizadas sobre ansiedad del grupo experimental, se evidencia que es de 55, 00, en el pre test, superior al del test posterior que fue de 40, 69 posterior a la aplicación del programa psicoterapéutico de mindfulness. Aplicando la “T” de student para grupos relacionados, se evidencia la existencia de diferencias altamente significativas ( $p < .000$ ), en los puntajes de ansiedad general. En conclusión, se debe de rechazar la hipótesis nula y se acepta la hipótesis general; es decir el programa psicoterapéutico de mindfulness aminora considerablemente la ansiedad en pacientes de una institución de salud de la ciudad de Nuevo Chimbote.

Estos resultados encuentran consonancia con los de Cebolla (2009) quien desarrolló la investigación “Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión”, El diseño del estudio fue de tipo cuasi experimental entre dos grupos independientes (tratamiento y control), el grupo de tratamiento recibió un programa durante ocho semanas de Terapia Cognitiva en base a la Atención Plena, al finalizar el estudio se puede concluir que existen diferencias significativas en la mejoría en los síntomas de ansiedad y depresión entre los grupos experimental y control.

En la hipótesis específica 1 que afirma “Existen diferencias considerables en la dimensión afectiva en el grupo experimental pre y post aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de un hospital de la ciudad de Chimbote – 2018”, se halló que, al comparar la media de las dimensiones efectuadas respecto a la dimensión afectiva en el

grupo experimental, en el pre test es de 13,88 mayor que en el test post que fue de 11,19 posterior a la aplicación del programa psicoterapéutico de mindfulness. Así, empleando la “T” de Student para grupos relacionados, se evidencia la existencia de diferencias altamente considerables ( $p < .000$ ), en los puntajes de la dimensión afectiva. En conclusión, se debe de rechazar la hipótesis nula y se acepta la hipótesis específica 1; es decir el programa psicoterapéutico aminora considerablemente la dimensión afectiva en pacientes con sintomatología ansiosa, es decir la aplicación del programa psicoterapéutico de mindfulness, cambió significativamente las características sintomatológicas de los pacientes.

Estos resultados corroboran el estudio de Arraya (2016) quien desarrollo una investigación denominada “Medida, efectos y significados asociados a un entrenamiento basado en mindfulness y autocompasión, en mujeres con síntomas de ansiedad, que viven en sectores de vulnerabilidad psicosocial”, contempló un diseño cuasi-experimental, al final del estudio los participantes del programa desarrollaron un profundo cambio en su manera en entenderse a sí mismas y de entender el mundo que vivían, disminuyendo profundamente la sintomatología de ansiedad asociada.

En la hipótesis específica 2 que afirma “Existen diferencias considerables en la dimensión somática del grupo experimental pre y post aplicación del programa psicoterapéutico de Mindfulness en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018”, se halló al comparar la media de las mediciones realizadas respecto a la dimensión somática del grupo experimental, que es de 41,13, en el pre test, superior al de 29,50 después de aplicar el programa psicoterapéutico de mindfulness. De la información obtenida luego de emplear la “T” de Student para grupos relacionados podemos afirmar la existencia de diferencias altamente considerables ( $p < .000$ ) respecto a los puntajes de la dimensión somática. En conclusión, se debe rechazar la hipótesis nula y se acepta la hipótesis específica 2; es decir el programa psicoterapéutico aminora

considerablemente la sintomatología somática en pacientes, siendo el programa terapéutico altamente efectivo en su aplicación.

Estos resultados corroboran el estudio realizado por Trujillo (2017), quien desarrolla un estudio denominado “Efecto de un programa de mindfulness en la reducción de la ansiedad precompetitiva en deportistas de artes marciales”. En dicha investigación su objetivo fue determinar el efecto del programa de intervención con base en el mindfulness para la reducción de los niveles de ansiedad precompetitiva en deportistas de artes marciales, la investigación mencionada concluyó que el programa de intervención con base al *mindfulness* demostró notable eficacia en el aminoramiento sintomatológico de la ansiedad. Así, los deportistas del grupo de mayor participación en el programa mostraron cambios significativos en los niveles de ansiedad en contraste con el grupo control.

## VI. CONCLUSIONES

**Primera:** En el pre test los niveles de ansiedad presentes en los pacientes asistentes al programa, fueron 37.5% en el nivel bajo, 43,8% en el nivel medio de ansiedad y de 18,8% en un nivel elevado. En el test posterior el 100% de los pacientes muestra un bajo nivel de ansiedad, encontrándose por lo tanto 0% en los subsiguientes niveles medio y alto.

**Segundo:** Con respecto al nivel afectivo, es importante precisar que antes de la aplicación del programa psicoterapéutico de mindfulness, los pacientes presentaban una sintomatología ansiosa según la media de 13,88, para posteriormente presentar una media de 11,19, lo cual constituye una disminución significativa de sintomatología ansiosa en la dimensión afectiva.

**Tercero:** Respecto al nivel somático podemos señalar que previo a aplicación del programa de tratamiento psicoterapéutico de mindfulness, el nivel de sintomatología somática era según la media de 41,13, luego de la aplicación del tratamiento, la media resultante fue 29,50, lo cual constituye una disminución altamente significativa en la dimensión mencionada.

**Cuarto:** Luego del uso de la "T" de Student para grupos relacionados, se puede comprobar la existencia de diferencias altamente considerables ( $p < .000$ ) en la puntuación de ansiedad general. En esta se debe rechazar la hipótesis nula y dar por aceptada la hipótesis general, es decir el programa psicoterapéutico de mindfulness aminora considerablemente la ansiedad en pacientes de una de las instituciones de salud de la ciudad de Nuevo Chimbote.

## VII. RECOMENDACIONES

**Primera:** Respecto al trastorno de ansiedad, es importante promover estrategias no solo de abordaje, sino principalmente desarrollar, fortalecer y mejorar las estrategias de prevención, generando para ello el fortalecimiento en la calidad de la atención de nivel primario, así como el centro hospitalario, lugar y sede de la intervención terapéutica propuesta, así también en las diversas instituciones de salud de la nación, así mismo se recomienda desarrollar una línea de acción programática a tono con las exigencias propias que demanda una patología tan enraizada y profunda como la expuesta en esta investigación.

**Segundo:** Teniendo en cuenta el nivel afectivo relacionado directamente con la ansiedad y considerada esta variable muy importante en el núcleo de los síntomas, se propone viabilizar como parte del tratamiento focalizado un apartado estrictamente dirigido para paliar la sintomatología afectiva, una intervención rápida y eficaz mediante la combinación de estrategias no solo cognitivas, sino también humanistas, generara una mejora eficaz de la sintomatología, amén de la intervención farmacológica, necesaria en determinados casos.

**Tercero:** Considerando la características principal de los trastornos de ansiedad referido a las sensaciones somáticas que se evidencian en ellos, se propone la creación del programa permanente de tratamiento psicológico para la ansiedad, la implementación del programa deberá estar a cargo de profesionales capacitados en este trastorno, donde dada la diversidad de trastornos en este espectro, puedan ser direccionados al programa para evitar así un “sufrimiento” innecesario, teniendo como premisa, que la ansiedad como trastornos es superable.

Se propone así mismo la implementación , mejoramiento y desarrollo, del presente programa de tratamiento el cual ha demostrado dado los resultados del estudio ser efectivo en el tratamiento de esta patología, centrarse así mismo en una mayor investigación en la teoría y práctica del mindfulness como herramienta de abordaje terapéutico, sabiendo que está cada vez cobra fuerza, no solo por su valor clínico, sino también por las actuales investigaciones científicas que se están desarrollando al respecto.

## VIII. REFERENCIAS

- Barajas (2013), "Evitación cognitivo conductual, aceptación psicológica y mindfulness en la psicopatología de la ansiedad y la depresión". Tesis doctoral. Universidad de Castilla – La Mancha, España. Recuperado de <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/3794/TESIS%20Barajas%20Mart%C3%ADnez-.pdf?sequence=3>
- Barlow. D (2007), "Psicopatología". Madrid, Editorial. Editorial Ed Thomson
- Beck. A (2014). *Trastornos de ansiedad y fobias*. España. Editorial Desclee de Broumer
- Beck. A, Clarck D. (2010) *Terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad*. New York. Editorial Desclee de Broumer.
- Baer. R (2010) *Técnicas de tratamiento basadas en mindfulness*. Kentucky. Editorial Desclee de Broumer
- Caballo, V. (2007) Manual de tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos. Madrid. Editorial Siglo XXI.
- Camacho, L (2003) El ABC de la Terapia Cognitiva. Recuperado de <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>
- Castillo, I (2012) Psicoterapia Conductual en niños: estrategia terapéutica de primer orden. Recuperado de <file:///C:/Users/Felipe/Downloads/Dialnet-PsicoterapiaConductualEnNinosEstrategiaTerapeutica-3969924.pdf>
- Cebolla (2009) "Eficacia de la terapia cognitiva basada en la atención plena en el tratamiento de la ansiedad y la depresión". Tesis doctoral. Universidad de Valencia España. Recuperado



de<http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15677/cebolla.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Collazo, C (2017) Mindfulness enfocado al tratamiento del Trastorno de Pánico. Recuperado de [https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg\\_-\\_trastorno\\_de\\_panico\\_y\\_mindfulness\\_-\\_carolina\\_collazo\\_.pdf](https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_-_trastorno_de_panico_y_mindfulness_-_carolina_collazo_.pdf)
- Didonna, F. (2014) Manual clínico de Mindfulness, España. Editorial Desclee de Broumer.
- Ellis, A. (1989) Practica de la terapia Racional Emotiva. New York. Editorial Desclee de Broumer.
- Freud, S (1988) Obras completas: Estudios sobre la histeria y otros ensayos (8va ed.) Buenos Aires. Editorial Orbis.
- Gil (2016) "Aplicación de la terapia cognitiva basada en Mindfulness y compasión a personas en duelo". Tesis doctoral. Universidad de Valencia. España. Recuperado de <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/54143/Tesis%20Rafael%20Gil-S%C3%A1nchez%20con%20anexo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gonzales, T (2010) Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. Recuperado de [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/69050/1/Aproximacion\\_al\\_concepto\\_de\\_ansiedad\\_en\\_.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/69050/1/Aproximacion_al_concepto_de_ansiedad_en_.pdf)
- Irarrazabal, L (2010) Psicoterapia basada en mindfulness: un antiguo método para una nueva psicoterapia. Recuperado de [http://revistagpu.cl/2010/diciembre/GPU%202010-4%20\(PDF\)/PC%20Psicoterapia%20basada.pdf](http://revistagpu.cl/2010/diciembre/GPU%202010-4%20(PDF)/PC%20Psicoterapia%20basada.pdf)
- Labrador. F (2008) *Manual de técnicas de modificación de conducta y terapia de conducta*. Madrid. Ediciones pirámide
- Miro. M. (2012) *Mindfulness en la práctica clínica*. Valencia. Editorial Desclee de Broumer.

- Moreno. P (2012). *Superar la ansiedad y el miedo*. Madrid. Editorial Desclee de Broumer.
- Parra, M; Montañés, J; Montañés, M; Bartolome, (2012) Conociendo mindfulness. Recuperado de file:///C:/Users/Felipe/Downloads/Dialnet-ConociendoMindfulness-4202742.pdf
- Parra (2011) “Eficacia de la terapia cognitiva basada en la conciencia plena (Mindfulness) en pacientes con fibromialgia”. Tesis doctoral. Universidad Catilla – La Mancha. España. Recuperado de <http://www.aemind.es/wp-content/uploads/2014/02/tesis-doctoral-marta-parra-delgado-1-.pdf>
- Sierra, J; Ortega, V; Zubeidath, I (2003) Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. Recuperado de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-61482003000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002)
- Sieguel. R (2011) *La solución Mindfulness: Prácticas cotidianas para problemas cotidianos*. España. Editorial Desclee de Broumer.
- Val (2016) “Eficacia de técnicas anti-estrés basadas en Mindfulness, Programación Neurolingüística e Hipnosis Clínica en pacientes diagnosticados de cáncer de mama en tratamiento oncológico adyuvante”. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza. España. Recuperado de <http://invenio2.unizar.es/record/48315/files/TESIS-2016-110.pdf>

## ANEXO 01 MATRICES

### ESCALA DE AUTOVALORACION DE ANSIEDAD DE ZUNG (Anexo 1)

NOMBRES: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_

Estado civil: \_\_\_\_\_

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con basta nte frecue ncia	Siemp re o casi siempr e	puntos
1	Me pongo más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.					
2	Me siento con temor sin razón.					
3	Despierto con facilidad o siento pánico.					
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.					
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder					
6	Me tiemblan las manos y las piernas.					
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.					
8	Me siento débil y me canso fácilmente.					
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.					
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.					
11	Sufro de mareos.					
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.					
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente					

14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.					
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.					
16	Orino con mucha frecuencia.					
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.					
18	Siento bochornos.					
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche					
20	Tengo pesadillas.					
TOTAL DE PUNTOS						

### **ESCALA DE AUTOMEDICIÓN DE ANSIEDAD (EAA)**

La Escala de Autovaloración de la Ansiedad de William Zung y Zung, también conocido como Escala de Ansiedad de Zung; el mismo que establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basado en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de ansiedad como signo significativos en relación a trastornos emocionales.

La Escala de Ansiedad de Zung consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos. Cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la ansiedad.

En conjunto las 20 frases abarcan síntomas de ansiedad, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas:

Así mismo se observa que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: "Nunca o

Raras veces", "Algunas veces", "Buen número de veces" y "La mayoría de las veces".

La aplicación puede ser individual o colectiva.

### **Forma de evaluación:**

Para su aplicación se le pide al sujeto que ponga una marca en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana.

### **Calificación del Instrumento**

Para obtener la calificación, se coloca la hoja de respuestas bajo la guía de puntuación y se escribe el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todas ellas al pie de la página.

A continuación se convierte la puntuación total en un índice basado en 100.

En este sentido, con la Escala EAA, se intenta estimar el estado de ansiedad presente en términos de medición cuantitativa de niveles de ansiedad, al margen de la causa.

Por otro lado esta Escala nos permite relacionar los síntomas de ansiedad y las frases de la EAA. Aunque estas frases están escritas en el lenguaje común del paciente con ansiedad. Cada una de ellas identifica un síntoma reconocido de la ansiedad. Entonces se tiene una lista de dichos síntomas y las frases que los expresan. Siendo descrito de la siguiente manera:

## SINTOMAS DE TRASTORNOS ANSIOSOS

## ITEMS DE CUESTIONARIO

Los síntomas psicológicos y físicos que

Considera el Instrumento, se afirma en:

### 1. AFECTIVA (PSICOLÓGICOS)

- Ansiedad 1. Me siento más intranquilo y nervioso que de costumbre
- Miedo 2. Me siento atemorizado sin motivo
- Angustia 3. Me altero o me angustio fácilmente.
- Desintegración mental 4. Siento como si me estuviera deshaciendo en pedazos.
- Aprehensión. 5. Creo que todo está bien Que no va a pasar nada malo.

### 2. SOMATICOS

- Temblores 6. Me tiemblan los brazos y piernas.
- Molestias Corporales 7. Sufro dolores de cabeza, del cuello y de la espalda.
- Fatiga, debilidad 8. Me siento débil y me canso fácilmente.
- Inquietud 9. Me siento tranquilo y me es fácil quedarme quieto.
- Palpitaciones 10. Siento que el corazón me late a prisa.
- Vértigo 11. Sufro mareos.
- Desmayos 12. Me desmayo o siento que voy a desmayarme.
- Disnea 13. Puedo respirar fácilmente.

- Parestesias 14. Se me duermen y arquean los dedos de las manos y pies.
- Náuseas y vómitos 15. Sufro dolores de estómago o indigestión.
- Micción frecuente 16. Tengo que orinar con mucha frecuencia.
- Sudoración 17. Generalmente tengo las manos secas y calientes.
  
- Rubor Facial 18. La cara s me pone caliente y roja.
- Insomnio 19. Me duermo fácilmente y descanso bien por la noche.
- Pesadillas 20 Tengo pesadillas

### **Niveles de ansiedad que considera el instrumento**

#### **Índice estados de ansiedad (EAA)**

Menos de 45	Dentro de los límites normales.  No hay ansiedad presente.
De 45 - 59	Presencia mínima de Ansiedad Moderada.
De 60 - 69	Presencia Ansiedad Marcada a Severa.
De 70 o más	Presencia de Ansiedad en grado

### **VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.**

Zung (1965) valida las escalas (EAA y EAMD), en primer lugar a un grupo de pacientes de Consultorio Externo en el DUKE PSYCRHIASTYK HOSPITAL, con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas standard, antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las

puntuaciones obtenidas, y las recogidas con otras pruebas, se encontró así mismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educativo e ingresos económicos.

En 1968 se realizó la validación de tipo transcultural, aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia y Alemania.

La autovaloración en dichos países era comparable, encontrando que existen diferencias significativas en un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión Aparente y Pacientes deprimidos. Se obtuvo un índice promedio de 74 pacientes con Diagnóstico de Depresión y en sujetos normales, un promedio de 33. En este mismo trabajo Zung delimitó sus niveles de cuantificación de la Ansiedad y la Depresión.

Utilizando la Escala de Síntomas Depresivos de Zung (1975) va a encontrar en Estados Unidos, que el 13% de los sujetos de su muestra van a presentar muchos síntomas depresivos. Al igual que en Zaragoza (1983). Se encuentra un 6.8% de sujetos con fuertes síntomas. La prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 13 y 20 % de la población, según BOYD Y NEISSMAN (1982). Así mismo en España con la Escala de Síntomas de Zung, se encontró una prevalencia del 7%. Esto equivalía a una cifra de dos millones de adultos.



**ANEZO 02 MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO: “Efectos de un programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad en pacientes de una institución de salud en la ciudad de Chimbote – 201**

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA / DISEÑO
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>¿Cuáles son los efectos de un programa aplicativo de Mindfulness sobre la ansiedad en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <p>Evaluar los efectos del programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.</p>	<p><b>HIPOTESIS GENERAL:</b></p> <p>El programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad, disminuye significativamente los niveles de ansiedad en pacientes de una institución de salud en la ciudad de nuevo Chimbote-2018.</p>	<p><b>VARIABLE INDEPENDIENTE:</b></p> <p><u>Programa psicoterapéutico de Mindfulness</u></p> <p><b>Definición conceptual:</b></p> <p>El programa de tratamiento de Mindfulness se basa en los conocimientos profundos sobre las tradiciones, orientales principalmente, partiendo de la base en la</p>	<p><b>Tipo de estudio:</b></p> <p>aplicada</p> <p><b>Diseño del estudio:</b></p> <p>Pre Experimental</p> <p>Se empleará un grupo experimental con pre y post test.</p> <p>El esquema que corresponde a este diseño es:</p>

<p><b>PROBLEMAS ESPECIFICOS</b></p> <p><b>Problema específico 1:</b></p> <p>¿Cuáles son los niveles de ansiedad del grupo experimental antes y después de aplicar el <b>programa de Mindfulness</b> en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018?</p> <p><b>Problema específico 2:</b></p>	<p><b>OBJETIVOS ESPECIFICOS</b></p> <p><b>Objetivo específico 1:</b></p> <p>Describir los niveles de ansiedad en el grupo experimental antes <b>y después</b> de aplicar el <b>programa de Mindfulness</b> en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.</p> <p><b>Objetivo específico 2:</b></p> <p>Describir los niveles de la dimensión psicossomática ansiedad del grupo</p>		<p>concepción de la conciencia plena y la atención focalizada en el presente. Es una autorregulación de la atención, mantenida en la experiencia inmediata, que permite así un mayor reconocimiento de los acontecimientos mentales en el momento presente y adopta una orientación particular hacia la propia experiencia, caracterizada por la curiosidad, la apertura y la aceptación. (Bishop, 2004)</p> <p><b><u>Definición operacional:</u></b></p>	<p>G.E. : O<sub>1</sub> X O<sub>2</sub></p> <p>Donde:</p> <p>G.E.: El grupo experimental</p> <p>O<sub>1</sub>: Resultados del Pre Test.</p> <p>O<sub>2</sub> Resultados del Post Test.</p> <p>X Variable Experimental (“Programa psicoterapéutico de Mindfulness”)</p>
--	--	--	---	--

<p>¿Cuáles son los niveles de la dimensión psicosomática ansiedad del grupo experimental antes y después de aplicar el programa de Mindfulness en pacientes de una institución de salud en la ciudad de Chimbote – 2018?</p> <p><b>Problema específico 3:</b></p> <p>¿Cuáles son los niveles de la dimensión afectiva del grupo experimental antes y después de aplicar el</p>	<p>experimental antes y después de aplicar el programa de Mindfulness en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.</p> <p><b>Objetivo específico 3:</b></p> <p>Describir los niveles de la dimensión afectiva del grupo experimental antes y después de aplicar el programa de Mindfulness en pacientes de una institución privada de</p>	<p><b>HIPOTESIS ESPECIFICOS</b></p> <p><b>Hipótesis específica 1</b></p> <p>Existen diferencias significativas en la dimensión afectiva en el grupo experimental antes y después de la aplicación del programa psicoterapéutico de</p>	<p>Procedimiento psicoterapéutico desarrollado en ocho sesiones de dos horas de duración cada una de ellas, en las que se desarrollaran estrategias destinadas al logro del control de los síntomas de ansiedad, para lo cual se proponen técnicas de relajación, meditación y atención plena,</p> <p><b>VARIABLE DEPENDIENTE:</b></p> <p>Ansiedad</p> <p><b>Definición conceptual:</b></p>	<p><b>POBLACION Y MUESTRA</b></p> <p><b>Población</b></p> <p>La población está conformada por 25 pacientes adultos de entre 18 y 55 años, asistentes regulares a sus sesiones de terapia individual en el servicio de salud mental de un hospital de la ciudad de nuevo Chimbote</p> <p><b>Muestra</b></p> <p><b>Método de investigación:</b></p> <p>Hipotética deductivo</p> <p><b>Técnicas: encuesta</b></p>
--	--	--	---	--

<p><b>programa de Mindfulness</b> en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018?</p> <p><b>Problema específico 4:</b></p> <p>¿Qué diferencias existen en la dimensión afectiva en el grupo experimental antes y después de aplicar el <b>programa de Mindfulness</b> en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.</p>	<p>salud en la ciudad de Chimbote – 2018.</p> <p><b>Objetivo específico 4:</b></p> <p>Comparar la dimensión afectiva en el grupo experimental, antes y después de aplicar el <b>programa de Mindfulness</b> en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.</p>	<p><b>Mindfulness</b> en pacientes de un hospital de la ciudad de Chimbote – 2018.</p> <p><b>Hipótesis específica 2</b></p> <p>Existen diferencias significativas en la dimensión somática del grupo experimental antes y después de la aplicación del <b>programa psicoterapéutico de Mindfulness</b> en pacientes de una institución privada de</p>	<p>Es una emoción orientada hacia el futuro, caracterizada por las percepciones de incontrolabilidad e impredecibilidad con respecto a sucesos potencialmente aversivos y con un cambio rápido en la atención hacia el foco de acontecimientos potencialmente peligrosos o hacia la propia respuesta afectiva ante tales sucesos” (Barlow. 2002)</p> <p><b>Definición operacional:</b></p> <p>Es el resultado obtenido, luego de la aplicación y calificación respectiva de</p>	<p><b>Instrumentos de recolección de datos:</b></p> <p>Inventario autoaplicado para la ansiedad de Zung</p> <p><b>Métodos de análisis de datos:</b></p> <p>Se usó el software SPSS Versión 21</p> <p>Se realizará los siguientes cálculos: La media aritmética, la desviación estándar.</p> <p>Prueba de shapiro – wils para averiguar si</p>
---	---	---	---	---

<p><b>Problema específico 5</b></p> <p>¿Qué diferencias existen en la dimensión somática en el grupo experimental, antes y después de aplicar el <b>programa psicoterapéutico de Mindfulness</b> en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018?</p>	<p><b>Objetivo específico 5</b></p> <p>Comparar la dimensión somática en el grupo experimental antes y después de aplicar el <b>programa psicoterapéutico de Mindfulness</b> en pacientes de una institución privada de salud en la ciudad de Chimbote – 2018.</p>	<p>salud en la ciudad de Chimbote – 2018.</p>	<p>la escala de automedicación de la ansiedad de Zung (EAA)</p>	<p>los datos se aproximan a una distribución normal.</p> <p>T de Student o la prueba de rangos asignados de Wilcoxon para comparar grupos relacionados.</p>
--	--	---	---	---

## **ANEXO 03 PROGRAMA PSICOTERAPEUTICO DE MINDFULNESS Y COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD**

### **I. INTRODUCCIÓN:**

El presente programa de abordaje psicoterapéutico, está orientado al tratamiento psicológico de uno de los trastornos mentales más recurrentes en los sistemas de salud a nivel mundial según las estadísticas clínicas, nos referimos a los trastornos de ansiedad, patología severa manifestada por diversidad de síntomas fisiológicos recurrentes tales como, palpitaciones, sudoración, sensación de ahogo, sensaciones gastrointestinales, etc, así como síntomas cognitivos emocionales, como la desesperación, sensaciones de irrealidad, pensamientos de muerte inminente, angustia, intranquilidad, entre otros.

Por ello esta propuesta de abordaje clínico, está basada en dos concepciones de tratamiento, opuestas y complementarias a la vez, por la siguiente razón, decimos opuestas dada las connotaciones diferentes que tienen sobre la concepción de tratamiento referido al hecho de que mientras una de ellas, la terapia cognitiva tiene ya una larga tradición científica de ratificación sobre la eficacia de su proceder clínico, el mindfulness aún está empezando a ser abordada por la mirada científica y demostrativa de su método eficaz para síntomas psicopatológicos; sin embargo afirmamos la variable complementaria dada cuenta de que ambas tienen en su haber estrategias similares de abordaje terapéutico, complementándose una con otra en aras del bienestar emocional de la persona.

Esta propuesta de tratamiento clínico busca el fortalecimiento necesario sobre un tema que a la fecha no tiene un claro manual eficaz para su tratamiento, por eso se propone una combinación de los elementos tradicionales de la filosofía oriental trabajada en el mindfulness y la eficacia probada del tratamiento cognitivo en trastornos de ansiedad, llegando a ser un complemento inseparable de la otra.

Esta herramienta desarrollada como dijimos sobre la base de ambas concepciones, busca ser una propuesta eficiente y eficaz para el tratamiento de la ansiedad y busca contribuir de forma significativa en la mejora y recuperación de las personas que la presentan, así como también, pretende ser un eje guía de abordaje para este trastorno, en las distintas sedes de salud pública o privada, lo cual constituiría sin duda alguna, una herramienta de ayuda importante para los profesionales implicados en el tema de la salud mental.

## **II. FUNDAMENTACION:**

Dada las condiciones emocionales, sintomatológicas y conductuales que se presentan y desarrollan en las patologías ansiosas, se hace necesario el abordaje psicoterapéutico para enfrentar dicho trastorno, habida cuenta que es uno de los más frecuentes en los centro de salud en el país y según la OMS en el mundo entero. Es por ello que el presente programa de tratamiento psicoterapéutico pretende ser una respuesta factible, la cual se suma a las intervenciones diseñadas bajo enfoques diversos, para el abordaje del mencionado trastorno.

El programa se sustenta en dos teorías complementarias, por un lado la psicoterapia cognitiva con su tradición científica de probada eficacia y por el otro en la tradición budista del mindfulness con varios siglos de aplicación en diversos campos de la salud, cuyo único objetivo es ser herramienta de ayuda y mejora sustancial de la salud.

Dejo a consideración de los profesionales de la salud, la aplicación y utilización del presente trabajo psicoterapéutico, el cual constituye un esfuerzo en la contribución de la mejora de salud mental y emocional de las pacientes.

### **III. BENEFICIARIOS:**

Pacientes asistentes al programa ambulatorio de tratamiento psiquiátrico y psicológico del hospital Eleazar Guzmán Barrón, de Nuevo Chimbote y que presentan como diagnóstico definitivo trastorno de ansiedad.

### **IV. ESTRUCTURA DEL PROGRAMA:**

El programa de tratamiento está desarrollado por un total de diez sesiones, cada una de ellas tiene una duración promedio de entre 1h y media y 2 horas, las cuales están constituidas por sus respectivas actividades y estrategias centrales o técnicas psicoterapéuticas, direccionadas especialmente para el tratamiento de la ansiedad

**\_Sesión uno** : Integración del grupo y psicoeducación sobre la ansiedad.

**\_Sesión dos** : Pensamientos y ansiedad.

**\_Sesión tres** : Reestructuración cognitiva.

**\_Sesión cuatro** : Piloto automático.

**\_Sesión cinco** : Mindfulness en la respiración.

**\_Sesión seis** : Imaginación guiada.

**\_Sesión siete** : Enfrentarse para dejar pasar.

**\_Sesión ocho** : Repasamos lo aprendido.



## **V. FINALIDAD:**

La finalidad del programa de tratamiento para la ansiedad no es otro que el promover en los asistentes beneficiarios del mismo, obtengan las herramientas y recursos psicológicos necesarios para hacer frente a la psicopatología depresiva, la cual como es sabido afecta de forma crítica las personas que la sufren, para ello se desarrollan una serie de técnicas focalizadas a dotar de elementos claves en el fortalecimiento emocional y mejora sustancial de su quehacer frente a tal patología. Utilizamos para ello una metodología práctica y directiva, guiada y fortalecida por un especialista en el manejo de los acosos que encierran la naturaleza depresiva descrita.

## **VI. OBJETIVO:**

Desarrollar en los asistentes al programa de tratamiento psicoterapéutico, recursos y herramientas técnicas terapéuticas, para la mejora y rehabilitación de psicopatología ansiosa.

## **VII. METAS:**

Se desarrollaran un total de 10 sesiones psicoterapéuticas, las cuales constan en el marco general del programa, con una frecuencia de una vez por semana, cada sesión tendrá una duración aproximada de 90 a 120 minutos de duración, durante las cuales se desarrollaran estrategias técnicas de corte cognitivo conductual y de mindfulness, orientadas a la mejora sintomatológica de la ansiedad.

## **VIII. RECURSOS:**

### **Recurso Humano:**

Psic. Luis Felipe Geldres Gallardo.

### **Recursos materiales:**

- \_ Mobiliario de oficina.
- \_ Papel bond.
- \_ Proyector multimedia
- \_ Equipo de audio y sonido.

## **IX. INFRAESTRUCTURA:**

El lugar destinado para el desarrollo de las sesiones de psicoterapia, serán las instalaciones del hospital Eleazar Guzmán Barrón, de la ciudad de Nuevo Chimbote, lugar de la investigación del presente trabajo de tesis, el ambiente destinado para el desarrollo del programa cuenta con las garantías necesarias para poder desarrollar sin inconvenientes ni distractores para el abordaje estratégico, ya que posee iluminación natural, ventilación adecuada, mobiliario necesario para el desarrollo de las actividades y está libre de ruidos molestos y/o perjudiciales que puedan desestabilizar la buena relación terapéutica entre asistentes y Facilitador.

## **X. TECNICAS:**

- Técnicas cognitivas.
- Técnicas conductuales.
- Técnicas de relajación.
- Técnicas de mindfulness.

## **XI. DESARROLLO DE LAS SESIONES:**

### **SESIÓN UNO:**

**“Integración del grupo y psicoeducación sobre la ansiedad”:**

#### **Objetivos terapéuticos:**

Desarrollar una relación terapéutica de apertura y confianza con los asistentes, fundamento importante para el propósito inicial de la terapia, pues ello equivale al acceso al mundo interno de la persona.

Concientizar a los asistentes acerca de la importancia de asistir a todas las sesiones de trabajo terapéutico.

Presentación de la metodología del trabajo a seguir.

#### **Desarrollo:**

\_El facilitador se presentara ante todos los asistentes, para dar a conocer cuáles serán los objetivos y metas del programa, ofrecerá una breve explicación detallada de los recursos terapéuticos que se utilizaran durante el desarrollo de las sesiones, así mismo y con la ayuda y participación de todos los asistentes elaborara las reglas de trabajo.

\_El director de la sesión motivara a que cada uno de los participantes se presenten, poniéndose de pie en sus lugares, diciendo su nombre, edad y que es lo que espera a finalizar el programa de tratamiento.

\_El facilitador propone una actividad dinámica de inicio, la cual contribuirá a generará lazos de confianza y acercamiento luego de la presentación entre los participantes, buscaremos con ello fortalecer la unidad grupal la dinámica propuesta

se denomina: “ **Los saludos**”; misma que consiste en explicarle a los participantes, que para esta dinámica existen tres tipos de saludos, ellos son el saludo social, que consiste en darnos la mano como comúnmente lo hacemos, el segundo tipo de saludo es el saludo japonés, el cual se representa con las manos juntas y una pequeña reverencia y el tercer tipo de saludo es el saludo afectivo, aquel tiene que ver con darnos un gran abrazo con la persona a la que estamos saludando. El facilitador pide a los participantes que caminen libremente por todos los espacios del ambiente, entrecruzándose unos con otros y a la voz de facilitador se detendrán y con la persona que este delante o cerca de ellos, se hará el saludo respecto e indicado.

\_Durante la primera sesión el terapeuta hace una presentación explicativa del modelo con el que se maneja el desarrollo terapéutico a lo largo del programa, en primer lugar se describe el modelo clínico de ansiedad y su relación con la preocupación, la anticipación y el miedo y se abordan todas las preguntas que el paciente tenga sobre dicho modelo. Desde la primera sesión el terapeuta insiste en que la percepción de incertidumbre por parte de la persona es una fuente importante de ansiedad, considerando que la incertidumbre es parte de los seres humanos debemos no eliminarla sino afrontarla con determinadas capacidades y pensamientos, generando herramientas psicológicas las cuales se aprenderá. **(Se trabaja con diapositivas y una hoja. Anexo 1)**

El facilitador hace una explicación sobre lo que es la depresión, para lo cual se hace entrega a cada participante una hoja informativa **(Anexo 1)**

\_Sentados en media luna, el facilitador anima a los asistentes a expresar y hablar libremente sobre sus sensaciones y que es lo que significa vivir con ellos con depresión, esta metodología activa y participativa, posibilita y exteriorización emocional y permitirá a través de la escucha activa conocer los pormenores de las características emocionales de cada uno de los asistentes. **(El facilitador guía la experiencia y refuerza)**

\_El facilitador hará una explicación general sobre lo que es la terapia cognitiva conductual, así mismo sobre el mindfulness y cómo pueden estas herramientas ayudarnos a mejorar la patología depresiva.

\_El facilitador presentará el termómetro del estado del ánimo (**Anexo 2**) y explicara la importancia que conlleva el llenado diario del mismo.

\_La sesión concluye, exhortando a los participantes a venir a sus siguientes sesiones y alienta el llenado del termómetro del estado de ánimo, se hace una ronda de reflexión rápida sobre el parecer de cada quien sobre la experiencia de la sesión.

## **SESION DOS**

### **“Pensamientos y ansiedad”**

#### **Objetivo terapéutico:**

Concientizar a los pacientes acerca de la relación directa entre los pensamientos y la generación de la ansiedad.

#### **Desarrollo de la sesión:**

\_El facilitador comienza la sesión felicitando a los participantes por su asistencia puntual a la segunda sesión de terapia,

\_Se realiza una revisión de las hojas del termómetro de la preocupación, el cual nos proporcionara elementos estadísticos subjetivos importantes sobre el nivel de ansiedad de los participantes a lo largo de la semana.

\_El facilitador desarrollara una explicación teórica sobre los pensamientos y su importancia en el estado de ánimo, el ponente desarrollara una temática utilizando un Rotafolio de papelote, donde a medida que va explicando, va escribiendo en dichos papeles, para mayor comprensión del punto, despejara dudas de los pacientes.

\_El facilitador presentara una lista con los errores de pensamientos más comunes, los cuales pueden masificar las preocupaciones (**Anexo 3**)

\_Luego de analizar en grupo, bajo la guía del especialista, sobre los pensamientos, el guía explica de qué manera los pensamientos pueden alterar mi mundo interno, generando preocupaciones a veces innecesarias.

\_El facilitador guía un proceso de interiorización y reflexión sobre lo explicado y pide la participación libre y espontánea de los participantes, se les anima a contar experiencias donde consideran que sus pensamientos han generado en ellos reacciones emocionales.

\_Se entrega la hoja del termómetro de la preocupación y se exhorta a su participación en la siguiente sesión.

\_Cierre de la sesión, retroalimentación.

## **SESION TRES**

### **“Reestructuración cognitiva”**

#### **Objetivo terapéutico:**

Lograr que los participantes interioricen la estrategia fundamental de la terapia cognitiva, posibilitando con ello el control de la ansiedad.

#### **Desarrollo:**

\_Bienvenida a la sesión.

\_Revisión del termómetro del estado de ánimo, de cada participante, se pide la participación sobre cómo se sintieron en la semana. El facilitador guía el proceso.

\_Se desarrolla una explicación pormenorizada de lo que significa para el tratamiento de la ansiedad, la técnica de la reestructuración cognitiva y como esta será el eje principal del proceso de tratamiento y recuperación de su malestar ansiogeno.

\_Se entrega a los participantes una hoja de registro de pensamientos (**Anexo 4**), la misma con la que se entrena en la sesión de tratamiento, luego de haber disipado dudas e interrogantes de los pacientes sobre su uso, se explica la importancia del debate cognitivo, y el cambio de ideas, pensamientos y creencias, para manejar mejor nuestras preocupaciones, miedos y temores.

\_Se finaliza la sesión de terapia, impartiendo la tarea para la casa que consistirá en el llenado diario del registro de pensamientos, mismo que nos servirá para entrenarnos en el cambio cognitivo.



\_Así mismo se indica a los participantes, que el llenado del termómetro de la preocupación es diario.

\_Fin de la cuarta sesión, retroalimentación de lo aprendido y despedida.

## SESION CUATRO

### “Piloto automático”

#### **Objetivo terapéutico:**

Hacer que los participantes sean más conscientes de la frecuencia con la que funcionamos de forma cuasi automática y cuáles serían los efectos de ser conscientes de ello.

#### **Desarrollo:**

\_Bienvenida a la sesión.

\_El facilitador hace un breve recuento de lo aprendido hasta el momento, indicando que a partir de esta sesión se desarrollara también un trabajo que tiene que ver con la terapia del mindfulness, la cual combinada con la terapia cognitiva, genera un estado de equilibrio saludable para las personas con sintomatología de ansiedad.

\_Revisión del termómetro de la preocupación, se motiva a la exteriorización de sus sensaciones y emociones a lo largo de la semana.

\_Se les explica a los participantes que se abordara la técnica psicoterapéutica de atención consciente, a través de la propuesta técnica denominada **“El ejercicio de la uva”**, para lo cual a cada participante se le entregará una uva, y se les pide que tomen una colchoneta y se ubiquen en diversos rincones del ambiente, con música de relajación de fondo se les indica a los pacientes que el objetivo del trabajo consiste en activar la atención consciente de todos los sentidos del cuerpo, tomando la uva entre sus manos, dedicaran un promedio de 20 minutos a explorar con cada uno de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto, tacto) la pequeña fruta.

\_Finalizado el ejercicio y sentados en media luna, se les explica la importancia de empezar a experimentar el paso del modo “ser” al modo “hacer” tomando el control

de nuestras vidas, y no dejarnos llevar por el “piloto automático”, vitalizándonos con los beneficios de la atención consciente, se motiva para la expresión emocional.

\_El terapeuta propone un ejercicio de meditación guiada de 40 minutos de duración denominado “**Escáner del cuerpo**”, misma que consiste en atender de forma focalizada a cada sensación física que sucede en nuestro cuerpo, comenzando desde la cabeza hasta los pies, respirando de forma tranquila y suave, manteniendo siempre el foco de atención en las sensaciones que percibamos, acompañados con música suave de relajación (**Anexo 5**)

\_Finalizado el ejercicio, se les explica a los pacientes la importancia que tiene para nuestra salud mental y emocional, el tomar conciencia de nuestras sensaciones físicas sin huir de ellas, como una forma manifiesta de conciencia plena.

\_Se les pide a los participantes que como parte de su tratamiento, diariamente durante el lapso de 40 minutos desarrollen el ejercicio aprendido en sesión y anoten en su termómetro diario, las sensaciones que experimentan día a día.

\_Cierre y despedida de la sesión.

## **SESION CINCO**

### **“Mindfulness de la respiración”**

#### **Objetivo terapéutico:**

Presentar la respiración como un vínculo de conexión con la conciencia del momento presente, cuando la mente a vagado hacia pensamientos, emociones o sensaciones físicas difíciles.

#### **Desarrollo:**

#### **Desarrollo:**

\_Bienvenida a la sesión y revisión de las actividades dejadas la sesión anterior.

\_Retroalimentación de lo aprendido en la sesión anterior, el terapeuta guiará el proceso.

\_Expresión emocional de los participantes, quienes motivados por el facilitador, expresarán cómo les está yendo en la aplicación de lo aprendido en el desarrollo cotidiano de su vida. Reforzar con felicitaciones.

\_Explicación general de los beneficios de la aplicación de las técnicas de respiración y lo provechoso que resultará en su aplicabilidad al problema depresivo.

\_Indicaciones generales para la aplicación de la estrategia (**Anexo 6**).

\_El terapeuta motiva a la expresión de las emociones generadas durante el desarrollo de la técnica.

\_Se indica a los pacientes la importancia que tiene el desarrollar diariamente y durante una semana, la estrategia aprendida en la sesión, así mismo se les

entregara una hoja para desarrollar las anotaciones de cómo se van sintiendo día a día, con la estrategia (**Anexo 7**).

\_Se indica a los participantes que dé se desarrollara el termómetro del estado de ánimo y la respiración, se motiva a venir para la siguiente

## **SESION SEIS**

### **“Imaginación guiada”**

#### **Objetivo terapéutico:**

Aprender la técnica de relajación mental a través del uso de la visualización guiada, como estrategia de relajación y control emocional.

#### **Desarrollo:**

\_Bienvenida a la sesión y repaso de lo aprendido en la sesión anterior.

\_Revisión de actividades y tareas de casa.

\_Se desarrolla un marco expositivo sobre como la imaginación puede ser nuestra aliada en el marco de una relación profunda y sistemática.

\_Se realiza un ejercicio, de atención plena mental, el cual consiste en pedirle a los pacientes que durante el lapso de diez minutos focalicen en su mente una imagen que para ellos constituya la más hermosa o que sientan a través de ella una sensación placentera, se les brinda da ejemplo (Playa, capo, desierto con arenas finas, etc), la tarea consiste en que a pesar de los posibles distractores podamos ser capaces de mantener a imagen.

\_Se invita a los pacientes a compartir sus experiencias sobre el ejercicio desarrollado y si les fue posible cumplir con la tarea encomendada.

\_A continuación se propone a los participantes echarse sobre las colchonetas, de la forma más relajada posible, desarrollara en esa posición por un lapso de cinco minutos la respiración diafragmática, posterior a ello y con música suave de fondo

se guiara el proceso de relajación mental, cuyo propósito será buscar el nivel de homeostasis mente cuerpo (**Anexo 8**)

\_El facilitador motiva la expresión espontánea de los pacientes, sobre sus experiencias presentadas durante el desarrollo de la técnica. El facilitador guía la experiencia de interiorización y reforzamiento de lo aprendido.

\_Se les indica a los pacientes, que la tarea consiste en desarrollar la técnica una vez al día durante la semana, anotando sus sensaciones el termómetro de las preocupaciones.

\_Fin de la sesión, despedida y expresión emocional.

## **SESION SIETE**

### **“Enfrentarse para dejar pasar”**

#### **Objetivo terapéutico:**

Fortalecer en los pacientes la capacidad de enfrentarse a los miedos y temores, como forma indispensable para vencerlos,

#### **Desarrollo:**

\_Bienvenida a la sesión y repaso de lo aprendido en la sesión anterior.

\_Revisión de actividades y tareas de casa.

\_Se desarrolla un marco expositivo ayudado por el proyector multimedia sobre la importancia de desarrollar la técnica de exposición a lo temido, se matizaran con ejemplos manifestados por el facilitador y pedir a los pacientes que puedan expresar experiencias relacionadas a lo expuesto.

\_A continuación se pide a los pacientes desarrollar una estrategia de trabajo la cual consiste en que los pacientes escriban en una hoja de papel bond que se les proporcionará, cuáles son sus más grandes miedos y temores, posterior a ellos, cada uno de los participantes, en un ambiente de respeto y tranquilidad, expresara lo escrito y el porqué de su temor, el facilitador guiara el proceso.

\_El terapeuta propone el desarrollo de la estrategia de exposición a lo temido, se indica a los pacientes que busquen una posición, la más comodona que ellos consideren (entado, echados, etc) donde con los ojos cerrados realizaran tres minutos de respiración diafragmática para alcanzar así el nivel de relajación (tiempo que puede sobrepasarse), posteriormente a ello, se les pide a los pacientes que visualicen mentalmente y siempre con los ojos cerrados una situación donde esté presente aquello que temen, se les anima a no evadir la imagen, se les expresa



que es básico para eliminar por completo los miedos que nos han acompañado desde hace mucho, el tiempo de exposición mental durara un aproximado de 20 minutos, al finalizar se volverá a desarrollar la respiración diafragmática por cinco minutos.

\_El facilitador guía el proceso de expresión emocional.

\_Se indica a los pacientes que el trabajo de la semana consiste en la realización de una vez al día del ejercicio aprendido. Cierre de la sesión.

## SESION OCHO

### **“Repasamos lo aprendido”**

#### **Objetivo terapéutico:**

Fortalecer el aprendizaje a lo largo de las sesiones del programa de intervención, para mantenerlo y potenciarlo.

#### **Desarrollo:**

\_Bienvenida a la sesión.

\_El terapeuta hará un repaso general de todas las estrategias desarrolladas a lo largo del programa interventivo, haciendo hincapié en la importancia aplicativa de cada una de ellas.

\_Se propone el desarrollo de la estrategia **“Escáner del cuerpo”**.

\_Se les pide que se formen en parejas y reflexionen sobre el “antes y el después”, que es lo que ha mejorado en su vida a lo largo del proceso de trabajo terapéutico, luego compartirán sus experiencias.

\_El facilitador propone que los participantes puedan expresar sus emociones a través de la expresión artística, para lo cual se les proporcionara a cada participante un cuarto de cartulina blanca, colores, y lápiz, con ello plasmaran sus emociones realizando un dibujo libre, luego explicaran qué significado tiene para ellos.

\_El terapeuta guía el proceso de expresión emocional.

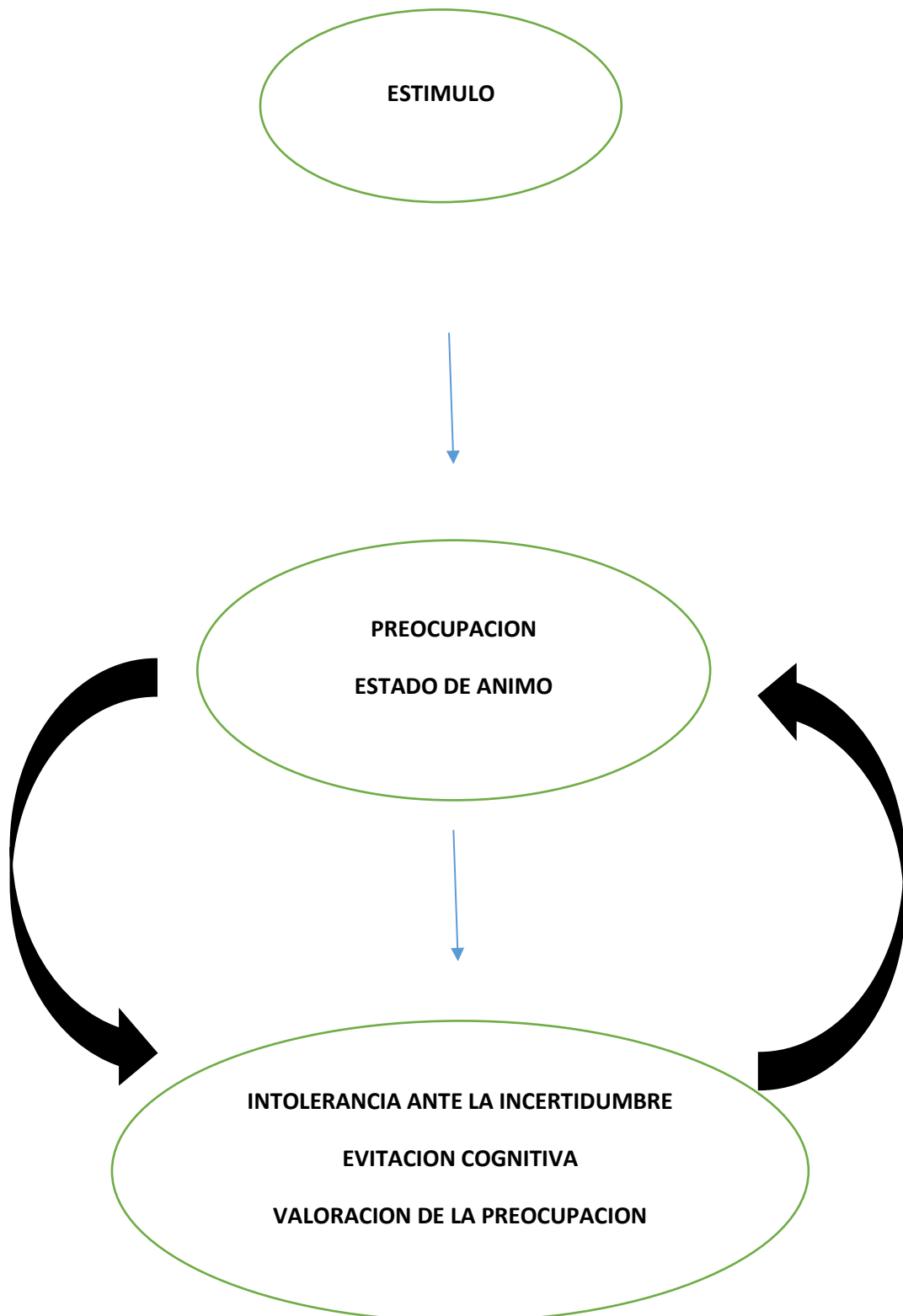
\_Se realiza un pequeño compartir.

\_Palabras finales del terapeuta y propósito de cada uno de los participantes.

\_Fin de la sesión y finalización del programa de tiramiento, despedida.

\_ABRAZO GRUPAL, EXPRESION DE AMISTAD A TRAVES DEL TIEPO.

## ANEXO 04: Esquemas



### TERMOMETRO DE LA PREOCUPACION (Anexo 2)

<b>Día</b>							
<b>Mayor nivel de ansiedad</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>
	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Ansiedad media</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>2</b>
<b>Sin ansiedad</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

## ANEXO 05 DISTORSIONES COGNITIVAS DE BECK

### Beck (1979); Dwolf (1992); Yurica y Ditomasso (2004)

1. **Inferencia arbitraria.** También denominada como “saltar a las conclusiones”. Es el proceso de obtener una conclusión negativa en ausencia de una evidencia empírica que la pueda avalar de forma suficiente. Ejemplo: “No voy a aprobar el examen porque soy un desastre”.
2. **Catastrofismo.** Se da lugar cuando se evalúa una situación con el peor resultado posible, tanto de lo vivido como de lo futuro. Ejemplo: “Es mejor que no haga el examen porque lo suspenderé y seré lo peor”. “Me duele la espalda, seguro será una enfermedad grave”
3. **Comparación.** Cuando se produce una tendencia a compararse con los demás de manera que se llega a la conclusión de que se es mucho peor que los demás. Ejemplo: “A pesar de que estudio no consigo sacar mejores notas que mi compañero”.
4. **Pensamiento dicotómico.** Es decir, cuando el pensamiento o es blanco o negro. Se colocan las experiencias propias o de los demás en categorías que solo tienen dos opciones opuestas (bueno/malo; positivo/negativo; posible/imposible). Ejemplo: “Si no saco un 20 en el examen seré un perdedor”.
5. **Descalificación de lo positivo.** Cuando se descalifican las experiencias o rasgos positivos de la persona. Ejemplo: “Aprobé el examen, pero fue de suerte.”, “Ella me hizo caso porque no tiene otro pretendiente”.
6. **Razonamiento emocional.** Cuando las opiniones son formadas sobre uno mismo basándose solo en las emociones que experimenta el sujeto. Ejemplo: “Tengo miedo a subir al avión, es muy peligroso volar” o “Tengo miedo salir a la calle, porque la calle siempre es peligrosa.”.
7. **Construcción de la valía personal en base a opiniones externas.** Cuando mantenemos una valía personal en función de terceros. Ejemplo: “Mi entrenador me dice que son muy malo con el balón, seguro que tiene razón”

- (espero que ningún entrenador le diga eso a un niño) o “Mi novio dice que soy tonta, seguro que tiene razón”.
8. **Adivinación.** Pronosticar un resultado negativo, una emoción o un acontecimiento futuro y creerse esas predicciones como verdaderas. Ejemplo: “Estoy seguro de que aunque estudie me pondré nervioso en el examen” o “seguro me sacan del trabajo”.
  9. **Etiquetado.** Cuando una persona se etiqueta a uno mismo o a otros de forma peyorativa. Ejemplo: “Soy débil”, “Soy el peor jugador del mundo”.
  10. **Magnificación.** Tendencia a exagerar lo negativo de un rasgo, situación, acontecimiento o persona. Ejemplo: “He fallado en el examen, se acabó mi carrera profesional.” o “No le ha gustado el regalo sorpresa, seguro que me deja”.
  11. **Leer la mente.** Cuando una persona cree que otra está pensando negativamente en ella sin evidencia de ello. Ejemplo: “Mi padre piensa que soy un inútil, aunque no lo diga”, “Mi profesor en el fondo no confía en mi”.
  12. **Minimización.** Proceso por el cual se minimiza o quita importancia a algunos sucesos, rasgos o circunstancias. Ejemplo: “Me ha dado un beso de buenas noches pero podría haberme dado más”, “me han llamado tres veces para salir pero podrían haberme llamado más veces”, “Solo me ha regalado una flor, no me quiere”. “No tengo fuerzas para sobreponerme a la ansiedad”
  13. **Sobregeneralización.** Se trata de extraer conclusiones basándose en unas pocas experiencias o aplicarlas a una gama de situaciones no relacionadas. Ejemplo: “Se me ha quemado la comida, nunca sabré hacer nada correctamente”, “No me han pasado el balón para marcar, seguro que tampoco quieren quedar para ir al cine”.
  14. **Perfeccionismo.** Cuando se realiza un esfuerzo constante porque una representación interna o externa de perfección se cumpla sin examinar si es razonable, muchas veces por evitar una experiencia subjetiva de fracaso. Ejemplo: “Para no ser un mal profesional, no estudiare nada”, “Si no me sale la comida perfecta es mejor ir a comer fuera”.
  15. **Personalización.** Cuando se asume una causalidad personal a una situación, evento o reacciones de otros sin que haya evidencias que lo

apoyen. Ejemplo: “Pepe y Manuel se están riendo, seguro que es de mi”, “La profesora me mira mientras corrige, seguro que me suspende”.

16. **Abstracción selectiva.** Proceso de focalizarse solo en un aspecto, detalle o situación negativa, de manera que se magnifica su importancia poniendo la situación entera en un contexto negativo. Ejemplo: “Soy lo peor, llegue tarde al trabajo”, “Seguro que suspendo, se me ha olvidado el bolígrafo de la suerte”.

17. **Afirmaciones con “Debería”.** Son las expectativas o demandas internas sobre las capacidades o habilidades personales o de otros, pero sin analizar si son razonables en el contexto en el que se dicen. Ejemplo: “Debería haberse dado cuenta de que estaba mal y no seguir preguntándome”.



**AENXO 06 HOJA DE AUTORREGISTRO**

<b>Hora y día en que ocurrió</b>	<b>Situación</b>	<b>Evaluación de la ansiedad (0 – 100)</b>	<b>Pensamientos irracionales</b>	<b>Pensamiento irracional</b>	<b>Evaluación de la ansiedad (0 – 100)</b>	<b>Emociones y/o conductas</b>

--	--	--	--	--	--	--

## **ANEXO 7 ESCÁNER DEL CUERPO**

Ayudado con una música de fondo, suave y con la nitidez necesaria para procurar una relación importante en los pacientes, el facilitador iniciara pidiendo que realicen la técnica de la respiración diafragmática como forma importante de ingresar al apartado relajante.

El terapeuta con voz suave y delicada, comenzará la estrategia, guiando el proceso de tal forma que mencionara cada parte del cuerpo, comenzando pro la cabeza, incluyendo ojos, orejas, nariz, boca etc, incidiendo para que los pacientes se concentren en esa parte de su cuerpo por unos segundo, dejándose llevar por la sensaciones que nacen tras la focalización de la atención.

Continuar con todo el cuerpo.....

## **ANEXO 08: ATENCIÓN PLENA A LA RESPIRACIÓN**

1. Siéntate en una posición cómoda, ya sea en una silla con respaldo recto o en una superficie blanda en el suelo, en un cojín o en un banqueta baja. En el caso de que te sientes en una silla, es muy conveniente que lo hagas alejado del respaldo, de modo que la columna se sostenga sola. Si te sientas en el suelo, es práctico que las rodillas permanezcan en contacto con el suelo. Elige un cojín, una silla cuya altura te permita sentarte en una postura cómoda firme. Independientemente, sin embargo, de la postura que asumas procura que tus rodillas queden más bajas que tus caderas.

2. Permite que tu espalda adopte una postura erguida, digna y cómoda. Si te sientas en una silla, apoya la planta de los pies en el suelo, sin cruzar las piernas. Luego cierra suavemente los ojos.

3. Dirige ahora tu conciencia a las sensaciones físicas concentrando tu atención en las sensaciones de contacto y presión procedente de las zonas en que tu cuerpo conecta con el suelo o con el lugar en que estés sentado. Luego, como hiciste con el escáner corporal dedica uno o dos minutos a explorar esas sensaciones.

4. Dirige ahora tu conciencia a las pautas cambiantes de las sensaciones físicas procedentes de la parte inferior del abdomen mientras la respiración entra y sale de tu cuerpo. (Puede ser útil, al comienzo de la práctica, apoyar la palma de la mano en la parte inferior del abdomen para cobrar una mayor conciencia de las sensaciones procedentes de la zona en que tu mano establece contacto con el abdomen. Después de «sintonizar» con las sensaciones físicas procedentes de esta parte de tu cuerpo, puedes retirar la mano y seguir concentrándote en las sensaciones de la pared abdominal).

5. Concentra tu atención en las sensaciones de ligera extensión de la pared abdominal que se eleva con cada inspiración y de su leve repliegue y caída en cada espiración. Dirige tu conciencia, del mejor modo que puedas, al proceso cambiante de las sensaciones en la parte inferior del abdomen mientras el aire entra en tu

cuerpo al inspirar, sale del él al espirar y durante la breve pausa entre una espiración y la siguiente inspiración.

**ANEXO 09 CUADRO DE SEGUIMIENTO**

<b>TECNICA DE LA RSPIRACION DIAFRAGMATICA</b>													
<b>LUNES</b>		<b>MARTES</b>		<b>MIERCOLES</b>		<b>JUEVES</b>		<b>VIERNES</b>		<b>SABADO</b>		<b>DOMINGO</b>	

**Nada: 0; Un poco: 1; Bastante: 2; Mucho: 3; Muchísimo:**

## **ANEXO 10 LA LINTERNA**

Imagínate una habitación amplia y vacía. Estás sentado con las luces apagadas, es de noche, todo está oscuro, las cortinas y la puerta están cerradas.

Escoge una pared que no tenga ventanas, siéntate de frente a la pared a dos metros de distancia. Tienes en tus manos una linterna, enciéndela y apuntala directamente a la pared que esta frente ti. Notaras que la luz de la linterna es bastante intensa y muy clara.

Piensa y siente en este círculo de luz como el sitio en el que tú vas a enfocar y liberar todo tu enojo, miedo o ansiedad.

Ahora en silencio menciona cualquier cosa y todo lo que te tiene enojado. No corrijas ni censures tus sentimientos. Imagina que tu enojo viaja por un camino directo, desde dentro de tus entrañas hasta la mano que sostiene la linterna y hacia fuera a través del rayo de luz. Mientras ese rayo de luz toca la pared imagina que tu enojo es tan intenso como la propia luz.

Tomate el tiempo necesario para expresar tu enojo... (Pausa de unos minutos)  
Cuando la intensidad de tus pensamientos comience a bajar ponte de pie y aléjate de la pared un poco más. Vuelve a sentarte frente a la misma pared, enfoca la linterna a dicha pared. Notaras que el círculo de luz es un poco más grande, pero más débil y menos claro.

Continúa liberando y desahogando en silencio los pensamientos y sentimientos de tu enojo. Menciona estos sentimientos de dolor, entra en contacto con la herida emocional que hay en tu enojo. Menciona estos sentimientos de dolor, dirígelos y enfócalos al círculo de luz y permite que sean absorbidos por la pared. Tomate el tiempo necesario para desahogar el dolor. Si tus sentimientos de enojo regresan entonces repite el ejercicio con el círculo de luz.

Ahora imagina que te pones de pie y aléjate de la pared dos metros más. Siéntate otra vez de frente a la pared y enfoca tu linterna ahí. Ahora el rayo de luz y el círculo que genera son bastante débiles y poco claros. Esta luz más débil representa tus sentimientos y emociones de enojo recién echados. Ahora, en silencio, empieza a pensar los motivos por los que estabas enojado, hablando cada palabra en todo claro y calmado y observa cómo has podido controlar y manejar tu enojo... (Has una pausa de varios minutos)...

Ahora apaga la linterna y contempla la oscuridad, cierra los ojos en la imaginación, sin hablar. Luego ponte de pie, abre las cortinas. Deja entrar en brillo de la claridad del día. Recuerda que tu enojo fue liberado y absorbido por el círculo de la luz.



## ANEXO 11 FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

### FICHA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,..... En pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente, EXPONGO: Que he sido debidamente informado por el responsable de la investigación científica titulada **“Efectos de un programa psicoterapéutico de Mindfulness sobre la ansiedad en pacientes de una institución de salud en la ciudad de Chimbote, 2018”** y he recibido las explicaciones y pormenores, verbales como escritas, sobre la naturaleza y propósito de la investigación.

Habiendo comprendido y estando satisfecho/a de todas las explicaciones y aclaraciones recibidas sobre el mencionado trabajo de investigación, OTORGO MI CONSENTIMIENTO para que me sea administrado el instrumento de evaluación y mi posterior participación en el proyecto. Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por mí en cualquier momento antes de la realización del procedimiento.

Y para que así conste, firmo el presente documento.

---

Firma