



**FACULTAD DE FILOSOFÍA, CIENCIAS Y LETRAS
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

TEMA:

**MINDFULNESS COMO PROGRAMA COMPLEMENTARIO EN EL MANEJO DE
ANSIEDAD EN PACIENTES INTERNADOS EN EL ÁREA DE ADICCIONES DEL
HOSPITAL HUMBERTO UGALDE CAMACHO “CRA”.**

TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DE TÍTULO DE:

PSICÓLOGOS CLÍNICOS

AUTORES:

**DANIEL ALEJANDRO SALDAÑA CUEVA
LUIS FELIPE MATOVELLE ROMERO**

DIRECTOR:

Mst. SEBASTIAN HERRERA PUENTE

CUENCA – ECUADOR

2017

DEDICATORIA

A mis padres, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación siendo mi apoyo en todo momento. Su tenacidad y lucha insaciable han hecho de ellos el gran ejemplo a seguir y destacar, no solo para mí, sino para mis hermanas y familia en general. Depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento de mi inteligencia y capacidad. Es por ello que soy lo que soy ahora.

A mis abuelos, quienes siempre estuvieron motivándome día a día gracias a su sabiduría influyeron en mi la madurez para lograr todos los objetivos en la vida; es para ustedes esta tesis en agradecimiento.

Felipe Matovelle.

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a mis padres quienes me han brindado su apoyo y nunca me han dejado caer, siendo mi ejemplo en educación, inteligencia y valores.

A mis hermanos que son parte de mi vida y siempre han sido un ejemplo de superación y respeto.

A mi mujer quien confió siempre en que alcanzaría mis metas y con sus palabras de aliento me ayudó día a día durante este largo proceso. Y por último pero no menos importante, dedico este trabajo a mi hijo ya que su amor y compañía me ha motivado a dar lo mejor de mí y espero que llegue a sentirse orgulloso de su padre como yo lo estoy de los míos.

Daniel Saldaña C.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a nuestros padres quienes son el pilar fundamental de nuestra vida, quienes han dado todo el esfuerzo para que ahora estemos culminando esta etapa muy importante de nuestra vida les damos las gracias por apoyarnos en todos los momentos difíciles de nuestra vida, motivándonos a ser mejores, ayudándonos a aprender de nuestros errores, a no darnos por vencidos por más grande que sea la adversidad, por eso nuestros totales agradecimientos.

Al Mst. Sebastián Herrera, director de nuestra tesis, quien nos ha permitido trabajar junto a él, con responsabilidad, confianza y dedicación, la cual nos brindó en todo momento.

AL Dr. Saúl Pacurucu, quien nos abrió las puertas de la prestigiosa institución C.R.A, confiando en nuestra dedicación y desempeño.

A nuestros tutores de prácticas Mst María José Sarmiento, Mst, Ligia Rojas y Psc. Cl Ismael Macancela, quienes nos han apoyado constantemente en el desarrollo de esta investigación, dándonos el soporte necesario y calidez humana.

A todos, muchas gracias.

"La voz del intelecto es callada, pero no cesa hasta conquistar una audiencia y, en última instancia, después de interminables repudios consigue su objetivo. Es éste uno de los pocos aspectos en los que cabe cierto optimismo sobre el futuro de la humanidad."

Sigmund Freud, (1927)

RESUMEN

La siguiente investigación se llevó a cabo en el Hospital Humberto Ugalde Camacho “CRA” de la ciudad de Cuenca, Ecuador en donde su objetivo principal fue elaborar el programa Mindfulness, en el tratamiento de la ansiedad en pacientes drogodependientes que se encuentran cursando en proceso de internamiento. Los participantes fueron 33 pacientes entre 16 a 85 años de edad que padecían abuso o dependencia a sustancias psicoactivas y se encontraban internados en el mes de Marzo y Abril del año 2017. Se trata de un estudio experimental, cuantitativo, con el propósito de determinar el nivel de ansiedad y registrar la evolución que se obtuvo al final del entrenamiento en Mindfulness, utilizando como herramienta el test de ansiedad de Hamilton tomando en cuenta la edad, escolaridad, tipo de sustancia, número de internamientos y ocupación. Los resultados revelan que se pudo evidenciar una disminución de ansiedad en los participantes, Ausencia de Ansiedad en el 54.5% de los pacientes, el 21.2% presenta Ansiedad Leve, el 12.1% Ansiedad Severa y en igual porcentaje Ansiedad Moderada, mostrando de esta manera la eficacia del programa.

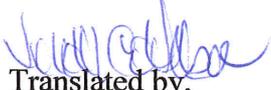
Palabras clave: adicción a sustancia, ansiedad, Mindfulness.

ABSTRACT

This research was carried out at "CRA" *Humberto Ugalde Camacho* Hospital and rehabilitation center in the city of Cuenca, Ecuador. The main objective was to develop the Mindfulness program for the treatment of anxiety in drug-dependent patients who are in the process of internment. The participants were 33 patients between 16 and 85 years of age, who were suffering from substance abuse or dependence, and were hospitalized in the months of March and April, 2017. This is an experimental, quantitative study aimed at determining the patients' anxiety level, and the recording of the progress obtained at the end of the Mindfulness training. This was performed by using the Hamilton anxiety test, which takes into account age, schooling, type of substance, number of internments and occupation. The results evidenced that there was a decrease in anxiety in the participants: 54.5% Absence of Anxiety; 21.2% Mild Anxiety; 12.1% Severe Anxiety, and the same percentage for Moderate Anxiety, showing in this way the effectiveness of the program.

Keywords: substance addiction, anxiety, Mindfulness.




Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice

DEDICATORIA.....	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTOS	iv
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
CAPITULO I.....	1
1. MARCO TEORICO	1
1.1. ADICCIÓN.....	1
1.2 ANSIEDAD.....	7
1.3 ADICCIÓN Y ANSIEDAD	14
1.4 MINDFULNESS.....	16
1.5 MINDFULNESS Y LAS ADICCIONES.....	20
CAPÍTULO II.....	26
2. DISEÑO METODOLÓGICO.....	26
2.1 Tipo de Estudio	26
2.2 Área de Estudio	26
2.3 Participantes.....	26
2.4 Criterios de inclusión y exclusión	26
2.5 Criterios de Inclusión.....	26
2.6 Criterios de Exclusión.....	27
2.7 Variables	27
2.7.1 Variable Independiente:	27
2.7.2 Variable Dependiente:	27
2.7.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	28
2.8 Método e instrumentos para la recolección de la información	31
2.9 Procedimientos, autorización y aspectos éticos	31
<u> 3. METODOLOGÍA Y APLICACIÓN DEL PROGRAMA.....</u>	<u>31</u>
CAPITULO III.....	37
4. ANALISIS DE RESULTADOS.....	37
4.1 Plan de tabulación y análisis	37
4.2 Resultados.....	37
4.2.1 Análisis de variables Sociodemográficas de los sujetos de observación.....	37
4.2.2 Residencia	37
4.2.3 Escolaridad.....	39
4.2.4 Ocupación	40

4.2.5 Trastorno Clínico	41
4.2.6 Número de internamientos	43
4.2.7 Rangos de edad	46
4.3. Cumplimiento del estudio	47
4.3.1 Test Hamilton Inicial	47
4.3.2 Test Hamilton luego de aplicar el programa Mindfulness	49
4.4 Contraste de variables y validación de resultados	50
4.4.1 Escalamiento multidimensional	50
4.4.2 Análisis de Correspondencias	54
4.4.3 Ocupación	56
4.4.4 Trastorno clínico	59
4.4.5 Número de internamientos	60
CAPITULO IV	63
DISCUSIÓN	63
CONCLUSIONES.....	66
BIBLIOGRAFIA.....	70
ANEXOS.....	76

CAPITULO I

1. MARCO TEORICO

1.1. ADICCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (2010) define a la adicción como una enfermedad caracterizada por signos y síntomas los cuales involucran diferentes factores: físicos, psicológicos, biológicos y sociales creando una necesidad o dependencia hacia la sustancia utilizada. Existen varios niveles para llegar a la adicción iniciando por la experimentación en donde la persona por curiosidad o presión social consume droga dando apertura a seguir con el consumo o interrumpirlo. El segundo nivel es el uso de la sustancia en donde no existe un deterioro en las áreas de funcionamiento laboral, social y familiar debido a que no existen periodos de intoxicación. El abuso de la sustancia es el tercer nivel, se trata de un consumo regular varias veces al mes en donde existen periodos de intoxicación y comienza a generar un deterioro en el ámbito familiar, social o laboral-académico. Por último se encuentra la adicción en donde la persona busca de manera compulsiva consumir droga provocando generalmente una ruptura en las relaciones sociales, familiares y laborales, durante este proceso existen conductas inadaptativas y un compromiso orgánico que atentan contra la salud de la persona.

El DSM V según el APA (2013) muestra los trastornos relacionados con sustancias, las cuales se dividen en diez clases que son el alcohol, cannabis, inhalantes, alucinógenos, sedantes, opiáceos, estimulantes, ansiolíticos, tabaco, cafeína y otras sustancias o sustancias desconocidas. Se encuentran los trastornos por consumo de sustancia el cual se clasifica como “A. Un modelo problemático de consumo de la sustancia que provoca un deterioro o malestar

clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos.
7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia.

b. Se consume la sustancia (o alguna sustancia muy similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.” (APA, 2013)

Según el National Institute on Drug Abuse (2016) en la población se desconoce la razón de por qué la gente se vuelve adicta a sustancias pensando equivocadamente que solamente se necesita fuerza de voluntad para dejar de consumir, de esta manera no llegan a comprender la complejidad de la enfermedad y desconocen los cambios que se producen en el cerebro los cuales provocan mayor dificultad para llegar a la abstinencia. Sin embargo, estudios exhaustivos han llegado a identificar cómo afectan las drogas al cerebro, especialmente al circuito de recompensa aumentando excesivamente los niveles de dopamina logrando que cerebro llegue a adaptarse a esta sobre estimulación y reduce su producción habitual, por tal razón el sujeto necesita mayores cantidades de la sustancia lo cual genera la tolerancia, tratando de alcanzar un nivel elevado de producción de dopamina. Este consumo de sustancias psicoactivas presenta cambios a largo plazo los cuales en muchas ocasiones son irreversibles, afectando primordialmente a las funciones cognitivas, sin embargo una característica esencial de la adicción es que a pesar de que el sujeto tiene conocimiento sobre los daños que genera la droga continúan con el consumo.

Becoña & Cortés (2010) señalan que el uso de sustancias existe desde hace mucho tiempo en nuestra sociedad utilizado con distintas finalidades, sin embargo no se puede indicar con exactitud en qué momento de la historia comienza el uso y abuso de sustancias llegando a convertirse en un conflicto mundial provocando daño en todos los niveles personales y sociales. Por tal razón los gobiernos invierten elevadas cantidades de dinero en intentos sin resultado en muchas ocasiones por reducir el consumo y la venta de droga.

Como se menciona anteriormente, se han planteado varios objetivos por disminuir o eliminar el consumo de drogas en nuestra sociedad, sin embargo no se han podido alcanzar. Entre ellos se encuentra la lucha por desenmascarar a los grupos de narcotráfico para dismantelar la organización, el alza de precios para que de esta manera no se encuentre al alcance de la mayoría de la población, eliminar los cultivos de plantas y laboratorios donde se procesa la droga. (Estupiñan & Rossi, 2010).

Algunos autores como Gavilanes & Daniel (2011) mencionan que en la adolescencia existen diversos factores de riesgo que pueden llegar a influir en la adicción debido a que el ser humano experimenta una faceta de transición entre la niñez a la adultez buscando su identidad y deseos de ser aceptado por la sociedad, durante esta época se comienza a experimentar con el alcohol y las drogas. Sin embargo se ha encontrado en la investigación que el 50% de consumidores de cannabis deja de consumir luego de que inician diferentes responsabilidades como en el ámbito laboral y la creación de una familia y solamente el 8% de la población consumidora de cannabis llegan a crear dependencia o abuso de la sustancia. Según la UNODC (2012) durante el consumo de alcohol y drogas pueden existir alteraciones en el estado de ánimo o en otras áreas debido a las sustancias químicas que van al cerebro afectando especialmente las funciones cognitivas haciendo que el individuo tenga dificultades en la planificación, concentración creando dificultades en el ámbito laboral o académico, incluso afecta la capacidad para desenvolverse con las demás personas afectando su vida social y familiar.

Saiz (2007) realiza un estudio correlacional debido a los niveles alarmantes que ha alcanzado el consumo de cocaína en España teniendo como objetivo de obtener información

sobre las influencias socioculturales y económicas en el abuso de cocaína. Se obtuvo la información de la UNODC (2005) con un rango de porcentaje de abuso entre el 0,3% y 3%. Como resultado, se obtuvo que existe correlación entre el consumo y tráfico de la droga lo cual significa que mientras mayor sea la presencia de droga existirá un aumento de consumidores. Sin embargo se encontró que no hay relación entre el costo y porcentaje de población que consume cocaína lo cual significa que independientemente del costo de la droga el número de consumidores no cambia considerablemente. Y por último, se pudo encontrar que en la población con un alto nivel socioeconómico con un mayor estado subjetivo de bienestar la adicción a la cocaína es elevada dando como resultado que no solamente en situaciones marginales existe el consumo de droga, sino que también existe en la población con poder económico.

El CONSEP (2014) realizó un estudio sistemático en el Ecuador sobre el uso de drogas en la población entre 12 a 65 años de edad mediante una encuesta en los hogares de todas las provincias del país, específicamente a 10.976 personas de ambos sexos, de diferente nivel social, cultural y económico como se observa en la tabla 1, calculando un 90% de confiabilidad de la muestra y se consideró un margen de error del 0,34%.

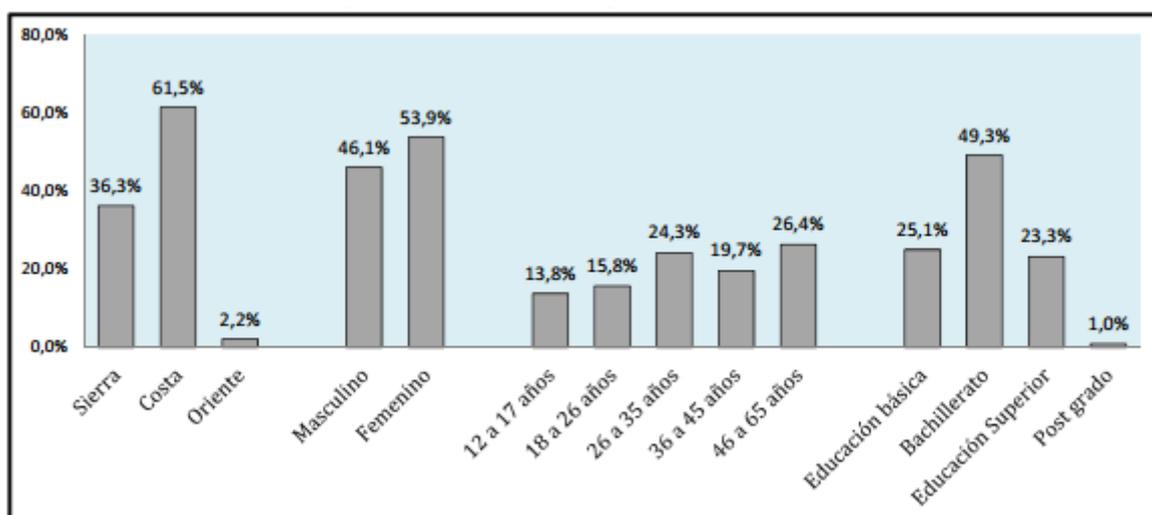


Gráfico1. Perfil de población estudiada (CONSEP, 2014)

El programa tuvo varios objetivos, entre ellos describir la magnitud y las percepciones generales sobre el consumo de alcohol y drogas en donde nueve de cada diez de la población estudiada indican que el alcohol es dañino para la salud y que las personas adictas necesitan ayuda profesional, sin embargo el 56.6% de la población ha consumido bebidas alcohólicas siendo en mayor cantidad del sexo masculino en la región costa entre edades de 26 a 35 años. El consumo de cigarrillo es del 32,3% de la población siendo uno de los factores de riesgo de mortalidad en el mundo según la OMS en el año 2015. En cuanto al consumo de cannabis se encontró que el 5,3% de la población lo ha consumido al menos una vez en la vida siendo en mayor cantidad el sexo masculino. Un elevado porcentaje no tiene conocimiento sobre las consecuencias del consumo de sustancias, llegando a la conclusión que los programas de prevención son de gran importancia para disminuir el uso de alcohol y drogas. (CONSEP, 2014).

La edad en la que inicia el consumo de drogas en Ecuador es de 12 años según Chacón & Torres (2016), siendo el alcohol y cannabis sustancias de fácil acceso. Los factores principales que influyen para el consumo inicial son el ambiente familiar, influencia social, curiosidad y la disponibilidad de la droga en el entorno. La relación entre ansiedad y consumo de sustancias es bidireccional, es decir, trastornos asociados a la ansiedad pueden influir en el consumo de sustancias, por otro lado el consumo continuo de drogas pueden provocar síntomas de ansiedad. Según el Diario El Mercurio (2012), actualmente Cuenca se encuentra entre las ciudades del Ecuador con los mayores porcentajes de consumo de sustancias, especialmente el alcohol.

Para investigadores como Guillamón (2006), el consumo continuo de sustancias y la abstinencia son factores importantes para la existencia de vulnerabilidad ante situaciones estresantes produciendo elevados niveles de ansiedad. Además menciona que existe una

prevalencia entre el 23 y 70% de pacientes con alcoholismo que presentan ansiedad. Sin embargo, por otro lado entre el 20 al 45% de pacientes con trastornos de ansiedad como la agorafobia, ansiedad generalizada, fobia social y fobia específica presentan consumo de alcohol. Muchos pacientes que presentan problemas de salud mental deciden consumir drogas para reducir los niveles de ansiedad o mitigar un estado depresivo, por tal razón es importante analizar la relación entre consumo de sustancias y la ansiedad para lograr un tratamiento eficaz y prevenir recaídas.

1.2 ANSIEDAD

La ansiedad es una experiencia emocional a la que todos estamos habituados. Es un fenómeno normal que el cuerpo utiliza como mecanismo de defensa ante situaciones de peligro, lleva al conocimiento del propio ser movilizándolo las operaciones defensivas del organismo, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. La ansiedad en exceso es tóxica para el organismo humano ya que compromete la eficacia del mismo y conduce a las enfermedades. En su uso cotidiano el término ansiedad puede significar un ánimo transitorio de tensión, un reflejo de la toma de conciencia de un peligro, un deseo intenso, una respuesta fisiológica ante una demanda y un estado de sufrimiento mórbido. (Reye & Ticas, 2010).

La ansiedad, viene del latín *anxietas*, que según la Real Academia de la Lengua (RAE), se conceptualiza como un estado de inquietud zozobra del ánimo, agitación, estado de angustia. Una segunda definición de la RAE, desde el ámbito médico, la define como la angustia que acompaña a muchas enfermedades, en especial a ciertas neurosis, y que no permite sosiego a los enfermos. (Lora, 2014).

Lazarus, en 1993, comenta que la ansiedad es un fenómeno que se manifiesta en todas las personas y que, bajo condiciones normales, mejora su desenvolvimiento y la adaptación al medio laboral, académico y social. Tiene una función muy esencial que consiste en movilizar al individuo frente a situaciones preocupantes, amenazadoras, de forma que haga lo necesario para evitar el riesgo, asumirlo afrontararlo o neutralizarlo adecuadamente. “La ansiedad es una respuesta emocional ante situaciones que se perciben o interpretan como amenazas o peligros”. (Lane, 1997).

La ansiedad y preocupación excesivas son componentes cruciales del trastorno de ansiedad generalizada. La ansiedad es la respuesta emocional que acompaña a la anticipación recelosa de un peligro o desgracia futuros, ya sean internos o externos. La preocupación es una cadena de pensamientos sobre un peligro o desgracia futuros, donde hay incertidumbre sobre los resultados y un sentimiento acompañante de ansiedad. El ciclo de la preocupación suele comenzar con un pensamiento de tipo negativo, el cual es seguido por una cadena de pensamientos sobre posibles consecuencias negativas, así, el pensamiento negativo puede ir seguido por la siguiente cadena de preocupación: “¿me lo descubrirán?, ¿tendrá tratamiento?, ¿sobreviviré?, ¿qué pasará con mi mujer y mis hijos?, ¿serán capaces de salir adelante?, ¿podrá mi mujer hacerse cargo de la economía familiar?, ¿qué pasa si no tienen dinero suficiente?, ¿tendrán que depender de la ayuda pública?, ¿terminarán siendo unos desgraciados?”. Cuando la preocupación es disfuncional, la cadena de pensamientos es difícil de controlar. (Bados, 2005).

En 1987 se lo considera una patología del mismo nivel que los otros trastornos de ansiedad y se le da un lugar central a la preocupación en la definición de la patología en el

DSM-III-R. En el DSM-IV se añade el criterio de sensación de incontrolabilidad de la preocupación y se escoge por descartar la irracionalidad de las preocupaciones, que se encontraba presente en la edición anterior. El TAG podría ser considerado el trastorno de ansiedad “básico” ya que la preocupación y los rasgos neurobiológicos que la acompañan son similares en todos los trastornos de ansiedad, (Keegan, 2007).

Ceinos (2007) menciona que el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por un sentimiento de ansiedad persistente, insidioso y generalizado. La ansiedad se acompaña de sensación de tensión interna y dificultad para relajarse. Esta tensión puede producir temblor de manos, e incluso durante los movimientos intencionales.

En la mayoría de los casos se descubre una hiperactividad del sistema nervioso autónomo que regula la actividad visceral provocando síntomas como malestar estomacal. Los pacientes refieren síntomas como cefalea asociada a sensación de mareo, sensación de inestabilidad o la manifestación de que no es posible sujetar la cabeza, visión borrosa, disminución de la salivación y la excesiva sudoración, especialmente en manos, pies, axilas y cara, palpitaciones y mayor frecuencia en las micciones, hormigueos en los miembros, los dolores musculares erráticos, la pesadez en piernas o brazos, la fatigabilidad precoz, la palidez facial, el insomnio de conciliación, la irritabilidad y un vago sentimiento de zozobra, impaciencia, preocupación y aprensión.

Para Josep Ferré (2014) la ansiedad se manifiesta por resequedad de la boca, mayor frecuencia en la micción, ritmo cardiaco acelerado, sudoración excesiva, considerados síntomas somáticos, presencia de síntomas psíquicos como: preocupación excesiva,

anticipación de lo peor e irritabilidad, síntomas que se desencadenan ante cualquier eventualidad o situación más o menos contradictoria ocasionando problemas al sujeto exacerbando su sintomatología, desencadenando en conductas inadecuadas ante el problema.

Según Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples (2011), existen modelos recientes que ofrecen representaciones únicas y exclusivas sobre la teoría y el tratamiento del TAG. Empezando por la innovadora teoría de Borkovec de la evitación de la preocupación, cada modelo posterior se ha basado en varios mecanismos patogénicos como la intolerancia a la incertidumbre, creencias positivas acerca de la preocupación, desregulación de la emoción que han llevado a nuevas estrategias para el tratamiento. Los modelos de interés son el Modelo de Evitación de la Preocupación y el TAG (MEP; Borkovec, 1994; Borkovec, Alcaine & Behar, 2004), el Modelo de Intolerancia a la Incertidumbre (MII; Dugas, Letarte, Rheume, Freeston & Ladouceur, 1995; Freeston, Rheume, Letarte, Dugas & Ladouceur, 1994), el Modelo Metacognitivo (MMC; Wells, 1995), el Modelo de Desregulación de la Emoción (MDE; Mennin, Heimberg, Turk & Fresco, 2002), y el Modelo Basado en la Aceptación del Trastorno de Ansiedad Generalizada (MBA; Roemer & Orsillo, 2002, 2005).

Actualmente se están probando por primera vez algunos de los supuestos básicos de estos cinco modelos.

Modelo teórico	Componentes teóricos	Componentes claves de intervención
Modelo de evitación de la preocupación	Evitación cognitiva Creencias positivas sobre la preocupación Ineficaz resolución de problemas / procesamiento emocional Problemas interpersonales Estilo de apego Trauma previo	Auto monitorización Técnicas de relajación Auto control de desensibilización Control gradual de estímulos Monitorización resultado de la preocupación Focalización en el momento presente Esperanza de vida libre
Modelo de intolerancia a incertidumbre	Intolerancia a la incertidumbre de la educación Orientación negativa al problema Evitación cognitiva Creencias sobre la preocupación	Auto monitorización Intolerancia a la incertidumbre de la educación Evaluación creencias de la preocupación Mejora de la orientación al problema Procesamiento de los miedos básicos
Terapia metacognitiva	Creencias positivas sobre la preocupación Preocupación tipo 1 Creencias negativas sobre la preocupación Creencias tipo 2 Afrontamiento negativo	Formulación del caso Socialización Discusión de falta de control de la preocupación Discusión peligro de la preocupación Discusión creencias positivas preocupación
Modelo de desregulación de la emoción	Hiperexcitación emocional Pobre comprensión de las emociones Reacciones cognitivas negativas a las emociones Gestión y regulación inadapta de las emociones	Ejercicios de relajación Creencia de replanteamiento Educación de la emoción Entrenamiento de las habilidades emocionales Ejercicios de exposición experiencial
Modelo de TAG basado en la aceptación	Experiencias internas Relación problemática con las experiencias internas Evitación experiencial Restricción conductual	Psicoeducación sobre MBA Ejercicios de atención y aceptación Cambio conductual y acciones valoradas

Tabla 1. Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman & Staples, 2011).

Irurtia, Caballo, & Ovejero (2009), refieren una prevalencia de trastornos por consumo de sustancias psicoactivas del 24%. Esta asociación de consumo de sustancias y trastornos de ansiedad es mayor con las drogas ilegales (prevalencia del 12%) que con el alcohol (prevalencia del 18%). Así mismo, los trastornos comórbidos más frecuentes que se aprecian en los alcohólicos son los trastornos de ansiedad, con un 19%, y entre los adictos a drogas ilegales, con un 28%. Los sujetos dependientes evidencian cifras muy elevadas de trastornos de ansiedad (cercasas al 40%), trastorno de pánico, fobias y trastorno obsesivo compulsivo. Los trastornos de ansiedad de los dependientes del alcohol destacan la agorafobia, en primer lugar, seguida por el trastorno obsesivo compulsivo y la fobia social.

Según Agudelo, Buela & Spielberger (2007). El problema de diferenciar de los síntomas de ansiedad y depresión, conforma una de las grandes preocupaciones en la psicopatología, ya que los datos de vigilancia epidemiológica indica una fuerte comorbilidad entre ambos tipos de trastorno, sin que llegue a establecerse con exactitud cuál antecede o predispone al otro, o si se trata de una confusión entre ambos trastornos, ya que presentan síntomas comunes.

Muchos de los síntomas atribuidos a la ansiedad, también se presentan en la depresión y viceversa, así como los casos en los que algunos síntomas pueden llegar a constituirse en los criterios diagnósticos empleados para cada trastorno. De acuerdo con el DSM-IV-TR los síntomas para el diagnóstico de un trastorno depresivo, involucran un dominio emocional, un dominio cognitivo, un dominio somático y un dominio conductual. Al indagar sobre los síntomas solicitados para el diagnóstico de ansiedad generalizada, puede hacerse una división similar, en el que se presentan síntomas de los dominios afectivo, somático, cognitivo y conductual, similares a los síntomas de la depresión. Así, sólo un pequeño número de síntomas relacionados con la ansiedad son capaces de diferenciar entre personas ansiosas y personas depresivas.

En España se realizó un estudio sobre ansiedad "Ansiedad, Depresión y Autoestima y población general, transeúntes y consumidores de sustancias adictivas" los trastornos por consumo de sustancias coexisten en algunos pacientes con diferentes manifestaciones clínicas de ansiedad y del estado de ánimo, a su vez variables como la autoestima; es por ello que su estudio investiga los trastornos por consumo de sustancias, el transeutismo y los niveles de ansiedad, depresión y autoestima, los participantes fueron 258 sujetos, divididos en un grupo

clínico, subdividido en consumidores de cocaína, heroína combinada con cocaína, cannabis, alcohol y sujetos en programa de mantenimiento con metadona; los cuestionarios utilizados fueron STAI, BDI, RSES y una entrevista que recoge aspectos biopsicosociales y clínicos.

Los resultados mostraron una mayor gravedad clínica en depresión y ansiedad, rasgos en consumidores de heroína inhalada, así como una mayor ansiedad estado y menor autoestima en el grado de transeúntes. Se puede observar que el consumo de sustancias correlaciona con mayores niveles de ansiedad rasgo y depresión, así como la exclusión social con una menor percepción de autoestima y mayor ansiedad estado. (Baquero & col, 2015).

Según Martínez, Inglés, Vindel, & García (2012) la teoría de los tres sistemas de respuesta de Lang mantiene que la ansiedad se revela según un triple sistema de respuesta: conductual o motor, fisiológico y cognitivo, el cual se basó en observaciones realizadas durante sus investigaciones sobre la técnica de desensibilización sistemática como tratamiento de la ansiedad fóbica, constatando bajas correlaciones entre las diferentes medidas del miedo o la ansiedad.

En la actualidad persiste el interrogante acerca de si el trastorno de ansiedad generalizada conforma una entidad nosológica o si sólo se trata de uno de los tantos malestares anímico-psicológico que padecen los humanos. Se han publicado varios estudios que encuentran entidad y especificidad en el trastorno de ansiedad generalizada, logrando separarla de otros trastornos de ansiedad y de cuadros depresivos. (Resnic, 2007).

Los nuevos diseños cognitivo-conductuales benefician, de paso, a aquellos cuadros en los que, aún sin alcanzar los criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad generalizada, la preocupación se presenta con su particular dinámica cognitiva. Más de la mitad de los sujetos que consultan en la atención primaria por síntomas de ansiedad general no alcanza a cumplir los criterios diagnósticos del DSM para el trastorno que nos ocupa, aun cuando su sintomatología es clínicamente significativa ya que, de hecho, motivó la consulta. (Resnic, 2007).

1.3 ADICCIÓN Y ANSIEDAD

En el estudio realizado por Irurtia, Caballo & Ovejero (2009) señalan que existe una relación bidireccional entre la adicción a sustancias y la ansiedad, la cual muestra que debido al consumo pueden existir síntomas de ansiedad, sin embargo también debido a algún trastorno de ansiedad se puede dar un consumo mayor de sustancias. Por otro lado, es importante destacar la dificultad por diferenciar entre un trastorno de ansiedad en sí o rasgos de ansiedad que aparecen durante la intoxicación o abstinencia de la droga. Existe un aumento en la prevalencia de adicción a sustancias psicoactivas en pacientes que presentan un trastorno mental incluyendo los trastornos de ansiedad los cuales según la Sociedad Española de Toxicomanías (2006) refiere que existe una prevalencia del 24% asociada al consumo de sustancias. La agorafobia, el trastorno obsesivo-compulsivo y la fobia social son los trastornos de ansiedad más comunes en personas dependientes al alcohol, siendo estos trastornos frecuentemente previos al consumo en mujeres y posterior a la dependencia en hombres.

El trabajo realizado por García & Pérez (2005) exploró la relevancia que tiene la ansiedad en pacientes que se encuentran en abstinencia de alcohol y la importancia de este factor en el mantenimiento de su recuperación. Se tomó una muestra de 30 varones de 38 a 59 años con una escolaridad media, todos los participantes se encontraban bajo la abstinencia entre 6 días en adelante siendo la media de 5 años. Se realizaron diferentes pruebas como el Cuestionario sobre el Historial de Alcoholismo, Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo e Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad. Se llegó a la conclusión que mientras exista un menor temperamento de ira, menor ansiedad y mayor autocontrol esto favorecerá a la recuperación. Las recaídas generalmente se dan en tres situaciones las cuales son la presión social, conflictos emocionales y problemas interpersonales.

Según Garland, Froeliger & Howard en el año 2013 al analizar la regulación de emociones dentro de la adicción muestran que cuando el sujeto no logra ser capaz de solucionar los problemas que produce un estresor externo o interno, esta falta de resolución puede llegar a producir alteraciones emocionales provocando angustia y frustración. Por tal razón señalan la importancia de la regulación de emociones durante la adicción ya que se convierte en pensamientos y conductas automáticas que llevan a conseguir y consumir la sustancia y al no tener conciencia sobre los actos aumentan los niveles de ansiedad provocando que el uso aumente en intensidad y frecuencia. Al momento de lograr cambios sobre los procesos cognitivos que llevan a la distorsión del pensamiento se logra una regulación emocional y estos autores sugieren que mediante el programa Mindfulness se puede llegar a contrarrestar este desequilibrio emocional.

Becoña realiza un estudio en el año 2003 sobre el consumo de tabaco, ansiedad y estrés mostrando que los niveles altos de ansiedad y estrés provocan mayores porcentajes para el consumo de sustancias y posibles recaídas. Al momento de encontrarse en la abstinencia aumentan los niveles de irritabilidad y estrés siendo esto un factor de riesgo para el aumento de ansiedad, por tal razón muchos autores manifiestan que la dependencia a sustancia está relacionada al nivel de ansiedad en la que se encuentra la persona ya que al momento de reducir el estrés mediante el consumo, esto funciona como un reforzador. No obstante, muchos autores manifiestan que es algo más complejo ya que al momento de estar expuesto a la sustancia durante un largo periodo, los receptores biológicos para la sustancia y el estrés serán los mismos, llevándolo al paciente a consumir como una respuesta de afrontamiento farmacológico ante la ansiedad expuesta. Cabe recalcar que durante esta investigación los trastornos de ansiedad se encontraron en mayor porcentaje en personas adictos a la nicotina.

1.4 MINDFULNESS

Según Pérez & Botella, (2007) Mindfulness es algo muy simple que todos los seres humanos hemos experimentado en numerosas ocasiones de nuestra vida cotidiana sin darnos cuenta. Al momento en que hacemos conciencia de lo que estamos haciendo, pensando o sintiendo, estamos practicando Mindfulness y de esta manera la práctica de la autoconciencia. Habitualmente nuestra mente se encuentra ocupada vagando sin ninguna orientación, fluyendo de un pensamiento a otro. Mindfulness dota de una capacidad universal y básica, que permite que el sujeto se dé cuenta de los contenidos de la mente momento a momento. El primer efecto de la práctica de Mindfulness es el desarrollo de la capacidad de concentración de la mente. El aumento de la concentración trae consigo la serenidad. Y el cultivo de la serenidad nos conduce

a un aumento de la comprensión de la realidad (tanto externa como interna) y nos aproxima a percibir la realidad tal como es.

Según Miró, Perestelo, Pérez, Rivero, González, De La Fuente & Serrano (2010) el Mindfulness se puede utilizar como un tratamiento psicológico complementario a un tratamiento farmacológico, es importante destacar que puede tratarse de uno de los componentes principales pero no el único ya que se necesita de diferentes técnicas según la necesidad del paciente. Diferentes estudios han demostrado la eficacia del programa en la reducción de ansiedad y depresión, se puede realizar mediante intervenciones grupales. Durante el tiempo de aprendizaje del Mindfulness, el paciente aprende la importancia de los pensamientos automáticos, cómo detectarlos y registrarlos para de esta manera encontrar la relación con las emociones como la tristeza o ansiedad aceptando la realidad en la que se encuentra.

Mindfulness representa prestar atención de manera consciente a la actual con interés, curiosidad y aceptación, Este tipo de atención" o "consciencia nos permite aprender a relacionarnos de forma directa con aquello que está ocurriendo en nuestra vida, aquí y ahora. Se emplea para referirnos a un constructo teórico, como a un práctico, es un proceso psicológico que involucra meditación, consiste en enfocar la atención en un objeto determinado dicho objeto en este caso suele ser, nuestra propia respiración. (Moñivas, García, & García de Silva, 2012).

Mindfulness puede ser practicado de varias y distintas formas y su aplicación no es dirigida necesariamente al paciente, sino también lo es para el terapeuta. La práctica de

Mindfulness conlleva desde la práctica más ortodoxa como el budismo hasta la más sencilla utilizando varios ejercicios de respiración en terapia. Normalmente, la práctica de mindfulness comienza con la práctica de la meditación concentración. Esto se hace así, porque como ya se ha visto anteriormente, la mente está siempre divagando continuamente de un lugar a otro, arrastrada por la corriente incesante de pensamientos, emociones, etc. El primer objetivo de la práctica de mindfulness es dirigir el foco de concentración hacia un solo lugar, calmarla, tornarla serena y tranquila. El estímulo seleccionado recibe normalmente el nombre de “objeto” de meditación. El objeto de meditación utilizado por excelencia es la propia respiración. Mindfulness y psicología clínica Mantener nuestra atención sobre nuestra propia respiración parece un reto bastante sencillo. (Mañas, 2009).

Coutiño (2012) ofrece una clara definición de dicha técnica, ésta surge al atender intencionalmente a la experiencia propia, momento a momento, aceptándola y sin juzgarla. Desarrollando así una nueva perspectiva sobre los pensamientos y los sentimientos, en la que se les reconoce como eventos mentales y no cómo aspectos del ser o reflejos exactos de la realidad. La práctica repetida de la atención plena permite a la persona desarrollar la habilidad de, tranquilamente apartarse de los pensamientos y sentimientos durante las situaciones de estrés en lugar de engancharse en preocupaciones ansiosas u otros patrones negativos de pensamiento, que de otra manera podrían elevarse en un ciclo de estrés reactivo. Se logra estar presentes con nuestra experiencia, en un primer momento durante las prácticas meditativas y luego de manera extendida en la vida cotidiana, la presencia plena también significa que la mente está presente en la experiencia corpórea cotidiana. Las técnicas están diseñadas para sacar a la mente de sus teorías y preocupaciones, desde la actitud abstracta, hacia la situación concreta del “ahora y aquí” de su propia experiencia.

Holzel y col. (2007) descubren en sus investigaciones trabajando con dos grupos mixtos de meditadores y no meditadores, mayor concentración de masa gris en la ínsula anterior derecha concerniente con la conciencia interoceptiva, Sus conclusiones reflejan que el entrenamiento en conciencia corporal durante la meditación mindfulness tuvo un efecto significativo con respecto al grupo de no meditadores entrenados. El grupo de meditadores obtuvo más concentración de masa gris en el giro temporal inferior izquierdo y en el hipocampo derecho, ambas regiones están relacionadas con la meditación.

A nivel psicológico, la práctica sistemática de atención plena ha demostrado tener significativos efectos los cuales se manifiestan tanto a nivel de auto percepción general del individuo como en el desarrollo de habilidades específicas, mejorando la capacidad de responder y no reaccionar, desarrollo de la habilidad de "descentramiento" la que corresponde a la capacidad para observar pensamientos, emociones y sensaciones corporales tanto negativas como positivas, sin dejarse llevar por las reacciones automáticas que estas gatillan, mejora la capacidad de auto observación, validación y aceptación de la propia experiencia, mejora de la capacidad de autorregulación emocional. (Véliz & Ramírez, 2011).

Según Ramos & Hernández (2010), cuando la atención emocional va acompañada de la valoración o juicio sobre la emoción sentida, lejos de permitirnos integrar adecuadamente la experiencia nos podría conducir a la reactivación de determinados patrones de pensamientos que nos alejan de la experiencia inmediata y tienden a perpetuarse. El entrenamiento en Mindfulness permite tomar perspectiva frente a estos patrones de respuesta y por ende, dar una respuesta no condicionada a los mismos. El modelo de Inteligencia Emocional podría beneficiarse de la inclusión de la conciencia plena como un elemento imprescindible para hacer

énfasis en una forma de percibir las emociones que realmente ira acompañada de una mayor clarificación y reparación de los estados emocionales.

Durante los últimos quince años, la investigación se ha centrado principalmente en el mindfulness o atención plena, o darse cuenta de la experiencia presente, con aceptación. Se considera que la plena atención es un factor subyacente de una psicoterapia eficaz y de la curación emocional en general. Cuando la terapia funciona, los pacientes desarrollan una actitud de aceptación hacia cualquier cosa que experimenten en la sala de terapia como miedo, ira, tristeza, alegría, alivio, aburrimiento, amor y esta actitud benevolente se transfiere a la vida diaria. (Germer, 2011).

Según Siegel (2012), ser vulnerable también es un punto de partida en la mayoría de los encuentros clínicos, cuando alguien busca psicoterapia o acude a la consulta médica es porque hay algo en su vida que no funciona bien y desea que el terapeuta lo ayude a mejorar. A veces esta mejora se consigue mediante una evaluación que aclara la confusión; otras veces, a partir de una intervención que cura una herida o estimula el crecimiento allí donde se había estancado. En todos estos encuentros clínicos, la persona acude a psicoterapia pidiendo ayuda, Mindfulness es el camino para despejar la confusión mediante la conciencia plena.

1.5 MINDFULNESS Y LAS ADICCIONES

En los EEUU se realizó una encuesta que fue pública el 2007 por una de las revistas de más realce entre los especialistas de salud mental de Norteamérica (Psychotherapy Networker),

donde se consultaba a los terapeutas por su suscripción a un enfoque terapéutico, en esta más del 40% se identificó con una terapia basada en Mindfulness. Además recientemente se habría creado una revista “Mindfulness”, dedicada exclusivamente a publicaciones relacionadas a este tema, por otra parte encuestas de amplitud nacional, muestran como existiría una creciente demanda en el uso de meditación como tratamiento, siendo uno de los 10 más usados como tratamiento alternativo y complementario (Jarpa, 2013).

Según Millet (2017) Mindfulness se caracteriza por poner atención plena de forma intencionada al momento actual sin reprimir, proponiendo como objetivo: mantener la abstinencia; atención consiente y plena sobre el proceso de cambio hacia este compromiso, en todo momento del día a través de planes de acción y evitación de situaciones de riesgo, relacionado con el antiguo concepto de “no bajar la guardia”; y sin juzgar: experimentando así a través de la meditación la actitud en Mindfulness: “de curiosidad, apertura, aceptación y amor” que libera al paciente de los juicios.

En los últimos años el interés en las aplicaciones de terapias de tercera generación basadas en mindfulness en el campo de las adicciones ha aumentado de manera creciente. La intención de reconocer y aceptar los pensamientos, sensaciones y sentimientos que ocurren en el momento presente sin reaccionar a ellos, puede ser de suma utilidad en el ámbito terapéutico de las adicciones. Este programa puede ser útil para enfrentar la patología del adicto caracterizada por una vivencia de sensaciones, emociones y pensamientos no deseados, el riesgo de mantener conductas desadaptativas y la preocupación y ansiedad. En este sentido la práctica de mindfulness ayuda al paciente a desarrollar una relación sabia con sus propios pensamientos y sensaciones, la misma que a su vez puede prevenir el pensamiento automático que conducente a la recaída, incremento de la conciencia, regulación y tolerancia de los

precipitantes de la recaída, promoviendo la habilidad de manejar los disparadores e interrumpir conductas automáticas o compulsivas de consumo. (Recarey, 2016).

El mindfulness es un factor importante dentro de la psicología budista y puede considerarse como un programa mediante el cual el paciente aprende uno nuevo modo de relacionarse con su propia experiencia y de esta manera responder ante las adversidades de la vida. El modo por el que se llega a una mejor salud mental es hacer conscientes los patrones de condicionamiento adquiridos que nublan la percepción de la experiencia, por otro lado reducir o eliminar las conductas encaminadas por el deseo, que es la principal fuente de sufrimiento. En el ámbito de las drogadicciones la adicción consiste en consumir la sustancia hasta conseguir un estado de ánimo alterado haciéndolo de manera compulsiva y destructiva en el cual se evidencia abstinencia que es un conjunto de signos y síntomas que se presenta tras el consumo de la sustancia, tolerancia que se requiere de mayor cantidad de sustancia para conseguir el efecto deseado. Desde este punto de vista se puede seguir que si el problema es la evitación, la solución deberá venir de su opuesto: la no evitación, la conciencia. Por tanto la intervención basada en mindfulness promueve aumentar la conciencia y con ello la capacidad de encaminar la vida sin los patrones comunes evasivos, y el papel del terapeuta sería el de guiar este cambio de conciencia.

Baer en el año 2003 realiza un estudio en el cual expone varias investigaciones basadas en el programa Mindfulness, mostrando que generalmente se lo realiza mediante sesiones grupales, sin embargo los pacientes son instruidos de manera en que puedan practicar las técnicas aprendidas individualmente al menos 45 minutos por día durante seis días a la semana ya que de esta forma se logra entrenar adecuadamente centrando la atención en los objetivos propuestos. Inicialmente, se presta atención en pequeños detalles como es la respiración o

caminar y ser consciente de las cosas que suceden alrededor esperando a que las emociones y cogniciones empiecen a surgir para observarlas como van vagando por nuestra mente sin prejuicios para luego anotarlas al momento de terminar la sesión.

Varios autores refieren que mediante la práctica del Mindfulness pueden llegar a producirse cambios en el pensamiento o en las actitudes, por ejemplo al observar el dolor y pensamientos relacionados con la ansiedad sin emitir juicios y aceptándolos dentro de nuestra vida, estos se convierten en “pensamientos justos” evitando de esta manera escapar de ellos y enfrentándolos como una realidad aceptando también las cogniciones aversivas que son comunes durante las obsesiones y compulsiones. La literatura de los estudios realizados durante los últimos años sugiere que las intervenciones mediante el Mindfulness ayudan a aliviar varios problemas de la salud mental mejorando el estilo de vida y funcionamiento psicológico. También se ha encontrado que muchas personas que siguen este programa llegan a completarlo, a pesar de todas las exigencias y tareas que demanda y que existe un porcentaje elevado de pacientes que siguen realizando los ejercicios una vez terminado el programa basado en atención plena. (Baer, 2003).

Un estudio realizado por Khanna & Greeson en el año 2013 muestra que mediante las enseñanzas sobre la atención plena se logra crear conciencia sobre las emociones y experiencias que van surgiendo sin tener que modificarlas, por esta razón el programa Mindfulness es valioso durante el tratamiento en pacientes que presentan adicciones ya que la adicción se trata de un pensamiento automático “actitud de escape”, el paciente la mayoría de veces no es consciente de la carga emocional que esto conlleva mostrando una sensación de vacío y pérdida la cual es llenada mediante el consumo de sustancias. La práctica de Mindfulness ayuda a mantener el foco de atención en el problema regulando las emociones logrando una mejoría,

fortalece el crecimiento personal y espiritual mediante la autoobservación fortaleciendo la concentración. Mediante las diferentes técnicas de meditación o respiración consciente se logra regular el estrés y de esta manera el paciente puede alejarse del impulso del consumo de alcohol y drogas durante ese momento ayudando a fortalecer la prevención de recaídas.

A pesar de que se han realizado muchos estudios sobre la conciencia plena a lo largo de los años, aún no se ha logrado clarificar con certeza a qué tipo de pacientes y con qué tipo de adicción beneficia en mayor cantidad, tampoco se ha logrado analizar la diferencia de género en respuesta al tratamiento. Cabe recalcar que se debe analizar a los subgrupos sociodemográficos para analizar si existe alguna diferencia en la recuperación entre estos grupos. (Khanna & Greeson, 2013).

Garland & col. En el año 2013 realizan una investigación sobre el entrenamiento en Mindfulness en pacientes adictos a sustancias, señalando que mediante este programa se realiza una serie de procesos neurocognitivos ejerciendo redes de control cognitivo cambiando las distorsiones del pensamiento que se forman durante la adicción. Mediante estos procesos se logra un avance en cuanto a la salud psicológica ya que se encuentran implicadas las emociones, la reactividad al estrés y la impulsividad las cuales no se encuentran aisladas y mediante la atención plena se pueden reestructurar.

La adicción se trata de respuestas automáticas hacia estímulos del exterior sin tener conciencia de tales actos, aunque a pesar de que para consumir cierto tipo de drogas se debe realizar una planificación significativa esto se debe especialmente a los pensamientos obsesivos que presenta el sujeto y a los impulsos compulsivos que aparecen aparentemente de manera intencionada y de forma intrusiva en contra de una decisión racional. Asimismo, estas rutinas

en la obtención y consumo de sustancias pueden llegar a convertirse en pensamientos automáticos sin tener conciencia de esto llegando a convertirse en situaciones cotidianas provocando alteraciones emocionales ya que presentan falta de sentido sobre las acciones que realizan, presentan mayores niveles de ansiedad y llegan a consumir mayores cantidades. Por tal razón, se da importancia a la aplicación del Mindfulness ya que conduce hacia la flexibilidad cognitiva y por ende a cambios comportamentales mostrando conciencia plena sobre los actos realizados durante la adicción debido a que el sujeto comienza a reflexionar sobre sus propias acciones con atención y mayor conciencia disminuyendo los niveles de impulsividad aumentando el control cognitivo proactivo sobre el consumo de sustancias. (Garland & col., 2013).

CAPÍTULO II

2. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Tipo de Estudio

El tratado investigativo es de orden cuantitativo bajo criterios descriptivos donde los individuos son seleccionados en base a criterios de inclusión y exclusión.

2.2 Área de Estudio

Se llevó a cabo en el hospital Humberto Ugalde Camacho CRA en el área de adicciones, ubicado en el sector Pasaje, El Paraíso entre Emiliano Crespo y Nicanor Corral. El cual cuenta con un departamento médico, psicológico, psiquiátrico, trabajo social y operadores.

2.3 Participantes

El universo de estudio estuvo conformado por todos aquellos que estuvieron internados en el hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho en el área de adicciones en los meses de Marzo y Abril, sin embargo para la eficacia del programa grupal, fue necesario elegir una muestra de todos los pacientes internados en el área de adicciones, que fueron seleccionados en base a los criterios de inclusión y exclusión establecidos.

2.4 Criterios de inclusión y exclusión

Los participantes fueron hombres, que estuvieron internados en el hospital psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho en el área de adicciones en el mes de marzo y abril, cumpliendo con los requerimientos y normas de la institución.

2.5 Criterios de Inclusión

- Edad cronológica entre los 16 a 85 años de edad.
- Pacientes internados en Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho (CRA) en el área de adicciones en el mes de marzo y abril.

- Pacientes de sexo masculino.
- Pacientes que ingresen en el mes de marzo y abril.

2.6 Criterios de Exclusión

- Mujeres que consuman sustancias psicoactivas.
- Pacientes del área de psiquiatría.
- Pacientes ambulatorios o de consulta externa.
- Pacientes con alta voluntaria.

2.7 Variables

2.7.1 Variable Independiente:

Las variables sociodemográficas utilizadas en el estudio son: Edad, Residencia, Escolaridad, Ocupación y Número de internaciones.

2.7.2 Variable Dependiente:

Estado inicial y final de ansiedad del paciente.

2.7.3 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 2. Variables

Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
<i>Edad</i>	Tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento hasta la actualidad.	Cronología	Años cumplidos.	<= 22
				23 – 38
				39 – 55
				56+
<i>Residencia</i>	Lugar donde radica el paciente	Procedencia	Lugar residencia	1=Ambato
				2=Azogues
				3=Cuenca
				4=Gualaceo
				5=Loja
				6=Machala
				7=Morona Santiago
				8=Napo
<i>Ocupación</i>	Actividad referida a las labores que desempeña para subsistir.	Status Laboral Status familiar	Actividad	1=Albañil
				2=Cargador
				3=Chofer
				4=Comerciante
				5=Diseñador Web
				6=Empleado privado

				7=Estudiante
				8=Guardia de Seguridad
				9=Jubilado
				10=Militar
				11=Ninguna
				12=Policia
				13=Profesor
				14=Soldador
				15=Supervisor Comisariato
<i>Nivel de Instrucción</i>	Nivel más alto de educación formal, de años aprobados o asistidos dentro del sistema educativo ecuatoriano.	Grados de escolaridad	Nivel de educación	1= Secundaria completa
				2=Secundaria Incompleta
				3=Primaria
				4=Primaria Incompleta
<i>Trastorno Clínico</i>	Estado de dependencia hacia cierta sustancia en diferentes estados o forma.	Adicción	Dependencia	1=Dependencia a anfetaminas
				2=Dependencia a la cocaína
				3=Dependencia a la cocaína y marihuana
				4=Dependencia a la marihuana
				5=Dependencia a varias sustancia
				6=Dependencia al alcohol

				7=Dependencia al alcohol y cocaína
				8=Dependencia al alcohol y nicotina
				9=Dependencia al cannabis
<i>Número de internamientos</i>	Cantidad de internamientos por persona en el centro de estudio.	Cantidad de Internamientos	Número de internamientos	<= 1
				2 – 3
				4+
<i>Ansiedad</i>	La ansiedad responde a un sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación.	Test de Hamilton	Test de Hamilton	1=Leve
				2=Moderada
				3=Severa
				4=Ausencia de ansiedad

Elaboración: Los Autores, 2017

2.8 Método e instrumentos para la recolección de la información

La selección de los pacientes se realizó mediante el diagnóstico que se obtuvo mediante la prueba psicometría de ansiedad de Hamilton, por lo que identifiqué la presencia de ansiedad leve, moderada y grave, para iniciar con la investigación y su respectivo tratamiento.

2.9 Procedimientos, autorización y aspectos éticos

Se llevó a cabo en el hospital Humberto Ugalde Camacho CRA. Sin embargo a todos los usuarios se les solicitó firmar un consentimiento, donde se dio a conocer los objetivos de estudio y en qué consiste su participación, beneficios, riesgos y con mayor realce la confidencialidad de la información personal.

Al momento en que los pacientes fueron ingresados, pasaron por un proceso de evaluación mediante valoraciones psicológicas, psicoterapia y observación clínica realizado por el psicólogo conjuntamente con el médico residente, el médico tratante y trabajadora social para determinar el tratamiento adecuado.

3. METODOLOGÍA Y APLICACIÓN DEL PROGRAMA.

Se aplicó el programa Mindfulness con los pacientes designados mediante los criterios de inclusión y exclusión durante el mes de marzo y abril.

Los ocho pasos que propone el programa Mindfulness según Bueso (2016): **Paso Uno:** Aceptar que esta vida humana nos traerá sufrimiento. El sufrimiento es inherente al ser humano y hay que conseguir aceptarlo a través de notar el dolor con atención plena. **Paso Dos:** Ver cómo creamos sufrimiento adicional en nuestra vida, identificando el detonante de las

situaciones de riesgo que lo producen. **Paso Tres:** Abrazar la “impermanencia”, entendiendo que se puede poner fin al sufrimiento aceptando que el cambio es posible.

Estos tres primeros pasos, implican prestar atención consciente, explorando con todo lujo de detalles nuestra experiencia y lo que sentimos (pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones físicas), percibiendo la naturaleza de nuestra aflicción visualizando la posibilidad de dejar atrás la adicción. **Paso Cuatro:** Empezar el camino de la recuperación y descubrir la libertad. En este paso se incluye la benevolencia (una de las cualidades de la atención consciente). **Paso Cinco:** Transformar nuestras palabras, acciones y forma de subsistencia, consiguiendo lograr la paz con lo incorrecto que se ha hecho en el pasado (por ejemplo, la propia adicción), modificándolas. **Paso Seis:** Situar valores positivos en el centro de nuestra vida. La exploración de estos valores, denominados por los autores como “refugio positivo”, ayudarán a la orientación hacia la recuperación. En este paso se trata de explorar lo que ocupará el lugar de la adicción que hasta este momento ha sido el centro de nuestra vida. **Paso Siete:** Esforzarse para mantenerse en el camino de la recuperación. **Paso Ocho:** Ayudar a los demás a compartir los beneficios que hemos obtenido (Bueso, 2016).

Una vez concluido el programa Mindfulness se realizó un Retest de la escala de ansiedad de Hamilton para medir el impacto que tuvo el programa aplicado y verificar si el programa dio resultado.

Las adicciones con y sin sustancia han formado parte de la historia de la humanidad y, aún ahora, siguen siendo un desafío para la salud mental en todos los países del mundo. No en todos los casos de adicción es necesaria la prescripción de psicofármacos, sin embargo sí que es absolutamente imprescindible la aplicación de tratamiento psicoterapéutico con eficacia demostrada, sin olvidar lo importante que es para el tratamiento la motivación y colaboración del paciente. Valerie MasonJohn y Paramabandhu Groves, desarrollan su actividad profesional

en el campo de las adicciones. Se postula un modelo de recuperación de la adicción basado en ocho pasos.

Los ocho pasos que plantean los autores pueden definirse como principios que alejan al adicto del sufrimiento que le produce la adicción, llevándolo hasta la libertad a través de la respiración consciente y la atención plena (Mindfulness). Como se sabe el Mindfulness consiste en prestar atención, momento a momento, a pensamientos, emociones, sensaciones corporales y al ambiente circundante, utilizando la aceptación, sin juzgar. La práctica de la atención plena ha existido durante siglos, aunque es en los últimos años cuando más se ha integrado en la práctica clínica para ayudar a las personas en una amplia variedad de problemas de salud como puede ser el dolor crónico, la ansiedad, la depresión, la adicción (Bueso, 2016). Los dos programas a realizarse estarán planteados y distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 3. Objetivos

Sesiones	Objetivo	Tareas
Sesión 1	<p>Aceptar que esta vida humana nos traerá sufrimiento. El sufrimiento es inherente al ser humano y hay que conseguir aceptarlo a través de notar el dolor con atención plena.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “reflexión: cálculo del coste de las adicciones”: reflexión sobre la conducta adictiva. • “Reflexión sobre los cuatro recordatorios”. • “Atención plena de la respiración.” • “Espacio de tres minutos para respirar”
Sesión 2	<p>Ver cómo creamos sufrimiento adicional en nuestra vida, identificando el detonante de las situaciones de riesgo que lo producen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Notar nuestros detonadores”: cuadro expresando los detonadores del consumo. • “el deseo vehemente y las situaciones de alto riesgo”. • “Atención consciente a la respiración”: meditación para hacer frente a las dificultades. • “Reflexionemos: porque nos creamos más sufrimiento”. • “Responder a las cuatro necesidades básicas del corazón”. • “Espacio de tres minutos para respirar”

Sesión 3	Abrazar la “impermanencia”, entendiendo que se puede poner fin al sufrimiento aceptando que el cambio es posible	<ul style="list-style-type: none"> • “Notar el cambio”: espacio de 10 min para reflexionar. • “La sabiduría semejante a un espejo”. • “Tratar el deseo con amabilidad”. • “Cantar Mantras”. • “Espacio de tres minutos para respirar”.
Sesión 4	Emprender el camino de la recuperación y descubrir la libertad. En este paso se incluye la benevolencia (una de las cualidades de la atención consciente).	<ul style="list-style-type: none"> • “Reflexión sobre la bondad”. • “Crear un lugar seguro y amable”. • “Beneficios y costes de las apuestas”. • “Meditación de amor y bondad”. • “Haz cambios”: 5min para reflexionar sobre los cambios. • “Espacio de tres minutos para respirar”.
Sesión 5	Trasformar nuestras palabras, acciones y forma de subsistencia, consiguiendo lograr la paz con lo incorrecto que se ha hecho en el pasado (por ejemplo, la propia adicción), modificándolas.	<ul style="list-style-type: none"> • “Principios de entrenamiento para guiar nuestras acciones hacia la sobriedad y la abstinencia”. • “Reflexionar acerca de los cinco principios de entrenamiento”. • “Hacer una promesa”.

		<ul style="list-style-type: none"> • “Admitir nuestras faltas con compasión”. • “Espacio de tres minutos para respirar”.
Sesión 6	Situar valores positivos en el centro de nuestra vida. La exploración de estos valores, denominados por los autores como “refugio positivo”, ayudarán a la orientación hacia la recuperación. En este paso se trata de explorar lo que ocupará el lugar de la adicción que hasta este momento ha sido el centro de nuestra vida.	<ul style="list-style-type: none"> • “Conectarnos con nuestros valores”. • “Imagina una fiesta al final de tu vida”. • “Colocar lo que valoras en el centro de tu vida”. • “Hacernos conscientes de lo que nos inspira”. • “Espacio de tres minutos para respirar”.
Sesión 7	Esforzarse para mantenerse en el camino de la recuperación.	<ul style="list-style-type: none"> • “Espacio para respirar después de un desliz”. • “Ser buenos con nosotros mismo y solicitar ayuda”. • “Los obstáculos”. • “Las cuatro moradas sublimes dirigidas hacia nosotros mismos”. • “Espacio de tres minutos para respirar”.
Sesión 8	Ayudar a los demás a compartir los beneficios que hemos obtenido	<ul style="list-style-type: none"> • Compartir con los compañeros del grupo los conocimientos aprendidos • “Espacio de tres minutos para respirar”.

CAPITULO III

4. ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 Plan de tabulación y análisis

El proceso de minería de datos para la generación de resultados se lo realizo mediante el software estadístico SPSS, mismo que se utilizaron para generar análisis descriptivo y multivariado.

La información se presenta mediante cuadros y gráficos que describen las diferentes pruebas que avalan los objetivos de este trabajo.

4.2 Resultados

4.2.1 Análisis de variables Sociodemográficas de los sujetos de observación

A continuación se presenta la composición de la muestra tomada para el estudio y la información socio demográfica de primera mano que se puede visualizar:

4.2.2 Residencia

Los pacientes que componen el estudio en su gran mayoría (76%) provienen de 3 ciudades que son Cuenca, Machala y Loja con una representación del 48.5%, 12.1% y 15.2% respectivamente tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

Tabla 4. Residencia pacientes prueba Test Hamilton

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<i>Ambato</i>	1	3.0	3.0
<i>Azogues</i>	1	3.0	6.1
<i>Cuenca</i>	16	48.5	54.5
<i>Gualaceo</i>	1	3.0	57.6
<i>Loja</i>	4	12.1	69.7
<i>Machala</i>	5	15.2	84.8
<i>Morona Santiago</i>	2	6.1	90.9
<i>Napo</i>	1	3.0	93.9
<i>Pasaje</i>	2	6.1	100.0
Total	33	100.0	

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Al observar la gráfica se tiene una perspectiva de la diversidad de ciudades donde provienen los pacientes y que apoyan al estudio en confiabilidad de datos.

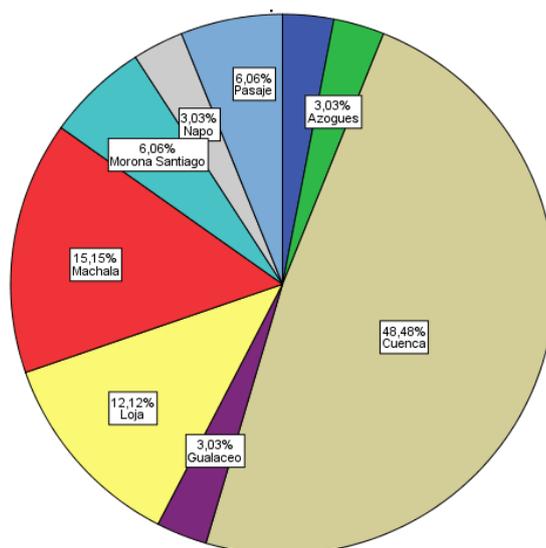


Gráfico 2. Composición por residencia pacientes CRA prueba Test Hamilton

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

4.2.3 Escolaridad

Al analizar el nivel de escolaridad de los pacientes que componen el estudio en su gran mayoría lo componen personas con secundaria (94%), donde el 48.5% ha culminado la misma y el 45.5% no ha culminado sus estudios secundarios tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

Tabla 5. Escolaridad pacientes prueba Test Hamilton

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<i>Secundaria completa</i>	16	48.5	48.5
<i>Secundaria incompleta</i>	15	45.5	93.9
<i>Primaria</i>	1	3.0	97.0
<i>Primaria incompleta</i>	1	3.0	100.0
Total	33	100.0	

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

En el gráfico se observa la escolaridad y su nivel de aprobación o no y que se espera sean factores discriminantes dentro de los resultados que se presenten a posterior.

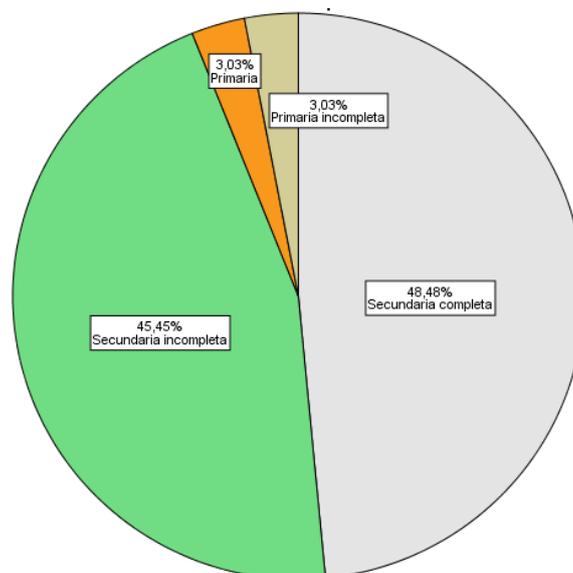


Gráfico 3. Composición por escolaridades pacientes CRA prueba Test Hamilton

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

4.2.4 Ocupación

Analizando la ocupación de los pacientes que componen el estudio el 36% no tienen ningún tipo de ocupación, los jubilados son adicional un porcentaje representativo con un 10%; juntos estarían cercanos a un 50% por lo que el remanente de actividades se encuentran distribuidas en proporciones similares tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

Tabla 5. Ocupación pacientes prueba Test Hamilton

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<i>Albañil</i>	1	3.0	3.0
<i>Cargador</i>	1	3.0	6.1
<i>Chofer</i>	2	6.1	12.1
<i>Comerciante</i>	2	6.1	18.2
<i>Diseñador web</i>	1	3.0	21.2
<i>Empleado privado</i>	2	6.1	27.3
<i>Estudiante</i>	1	3.0	30.3
<i>Guardia de seguridad</i>	1	3.0	33.3
<i>Jubilado</i>	3	9.1	42.4
<i>Militar</i>	2	6.1	48.5
<i>Ninguna</i>	12	36.4	84.8
<i>Policia</i>	1	3.0	87.9
<i>Profesor</i>	2	6.1	93.9
<i>Soldador</i>	1	3.0	97.0
<i>Supervisor comisariato</i>	1	3.0	100.0
Total	33	100.0	

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

El gráfico muestra las distribuciones y su representatividad dentro del estudio.

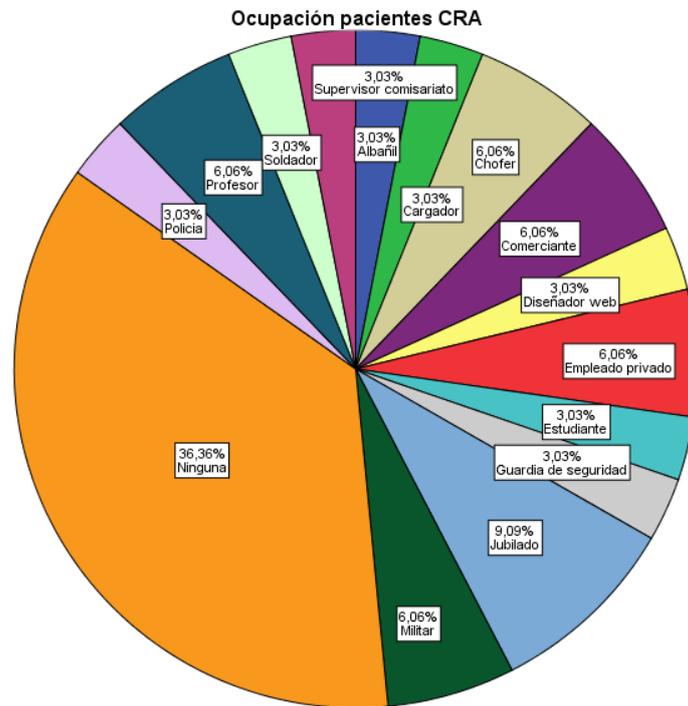


Gráfico 4. Composición por ocupación pacientes CRA prueba Test Hamilton

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

4.2.5 Trastorno Clínico

Al considerar el nivel de trastorno clínico que presenta cada uno de los pacientes que componen el estudio se determina que el 60.6% corresponde a dependencia al alcohol, el 9.1% tienen dependencia al alcohol y la nicotina, el porcentaje restante corresponde a demás trastornos que sufren los pacientes tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

Tabla 7. Trastorno clínico pacientes prueba Test Hamilton

	Trastorno Clínico		
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<i>Dependencia a anfetaminas</i>	1	3.0	3.0
<i>Dependencia a la cocaína</i>	2	6.1	9.1
<i>Dependencia a la cocaína y marihuana</i>	1	3.0	12.1
<i>Dependencia a la marihuana</i>	1	3.0	15.2
<i>Dependencia a varias sustancias</i>	2	6.1	21.2
<i>Dependencia al alcohol</i>	20	60.6	81.8
<i>Dependencia al alcohol y cocaína</i>	1	3.0	84.8
<i>Dependencia al alcohol y nicotina</i>	3	9.1	93.9
<i>Dependencia al cannabis</i>	2	6.1	100.0
Total	33	100.0	

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

En el gráfico se puede observar la distribución por tipo de transtorno que sufre cada paciente consultado:

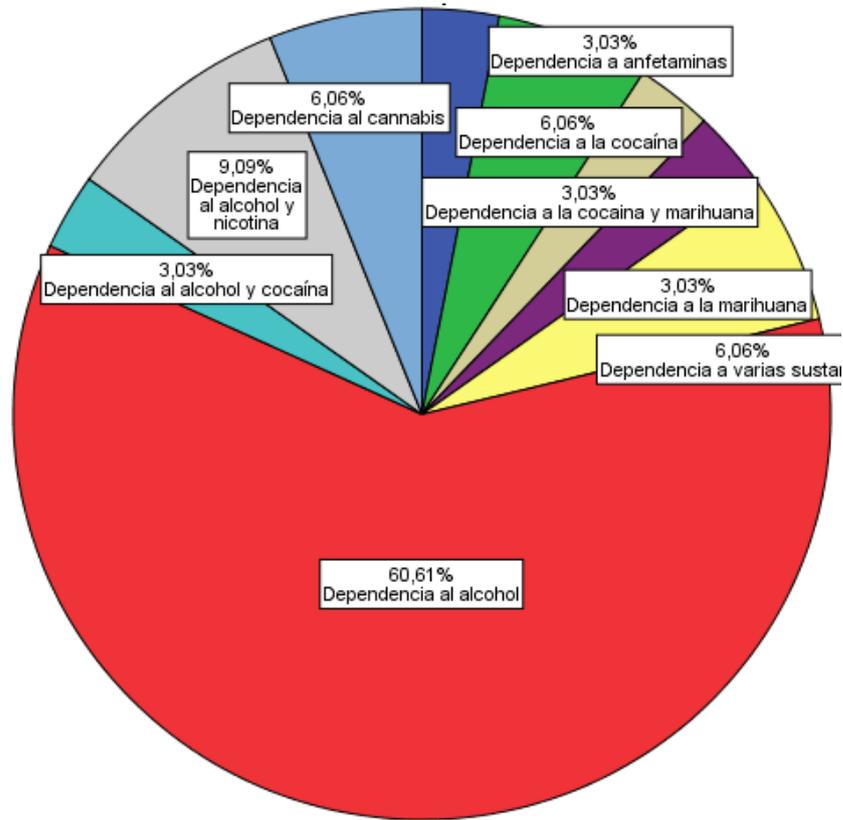


Gráfico 5. Composición por trastorno clínico pacientes CRA prueba Test Hamilton

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

4.2.6 Número de internamientos

Al analizar el número de internamientos que presenta cada uno de los pacientes que componen el estudio se puede ver la mayoría se concentra en números de internamiento que van de 1 a 3 donde acumulan el 87.9%, donde 1 internamiento representa el 51.5%, 2 internamientos el 15.2% y 3 internamientos el 21.2%, el porcentaje restante corresponde a los demás internamientos que sufren los pacientes, destacando que dos de ellos poseen 33 y 35 veces de internado tal como se puede evidenciar en la siguiente tabla:

Tabla 8. Número de internamientos pacientes prueba Test Hamilton

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	17	51.5	51.5
2	5	15.2	66.7
3	7	21.2	87.9
4	2	6.1	93.9
33	1	3.0	97.0
35	1	3.0	100.0
Total	33	100.0	

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

En el gráfico se puede observar el prorrateo por número de internado que sufre cada paciente consultado:

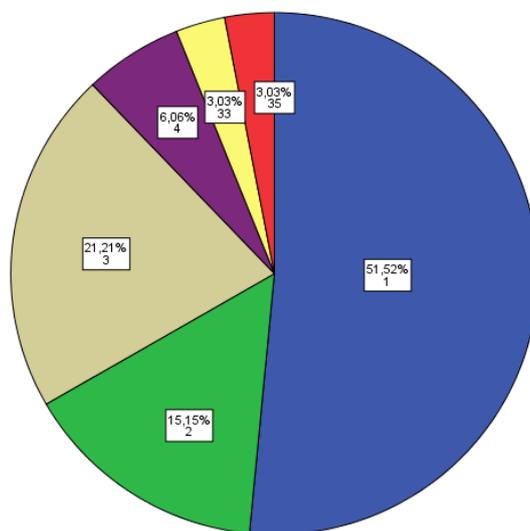


Gráfico 5. Composición por Número de internamientos pacientes CRA prueba Test Hamilton

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Para poder evidenciar de mejor forma la distribución de la concentración de internamientos y para el estudio posterior de relaciones entre variables se procede a clasificar bajo el criterio de +/- una desviación estándar para clasificar de forma óptima los intervalos, mismos que se observan a continuación:

Tabla 8.1. Rango de internamientos +/- 1 desviación estándar pacientes Test Hamilton

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<= 1	17	51.5	51.5
2 - 3	12	36.4	87.9
4+	4	12.1	100.0
Total	33	100.0	

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

En el gráfico se puede observar la repartición por rango de internado que sufre cada paciente consultado:

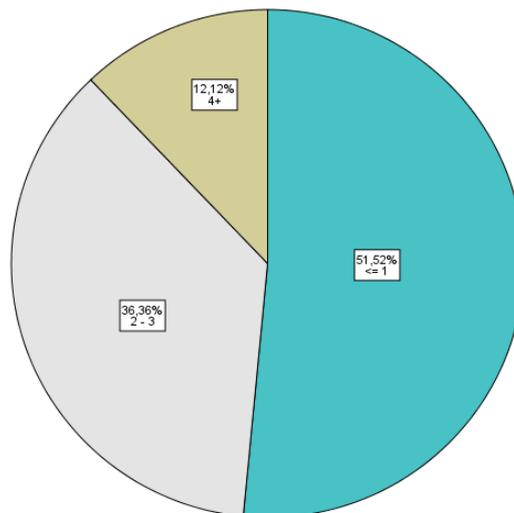


Gráfico 6.1 Composición por rango de internamientos pacientes CRA prueba Test Hamilton

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

4.2.7 Rangos de edad

Para poder evidenciar la composición y distribución de la edad de los pacientes entrevistados, se realizó una segmentación de rangos tomando +/- una desviación estándar con lo que se fortalece el análisis de relaciones e incidencia en las pruebas que se realizarán en lo posterior en la siguiente tabla se tienen los rangos:

Tabla 9. Rango de edad +/- 1 desviación estándar pacientes Test Hamilton

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<= 22	3	9.1	9.1
23 - 38	18	54.5	63.6
39 - 55	6	18.2	81.8
56+	6	18.2	100.0
Total	33	100.0	

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

En el gráfico se puede observar la distribución por rango:

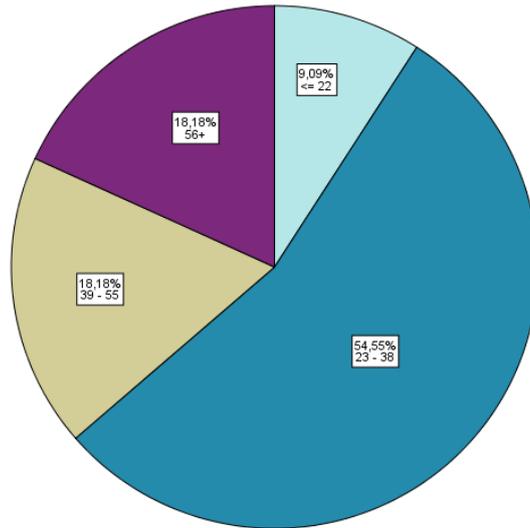


Gráfico 7. Composición por rango de edad pacientes CRA prueba Test Hamilton

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

4.3. Cumplimiento del estudio

Una vez realizados los Test de Hamilton se tienen los siguientes resultados:

4.3.1 Test Hamilton Inicial

Con el objetivo de evaluar la ansiedad en el paciente drogodependiente, en la etapa inicial de la investigación, mediante la escala de ansiedad de Hamilton se realizaron las entrevistas a los 33 pacientes del CRA, de los cuales los primeros resultados que deja el Test de Hamilton evidencian que el 45.5% de los pacientes entrevistados padecen de Ansiedad Leve, el 33.3% Ansiedad Moderada y el 21.2% Ansiedad Severa.

Tabla 10. Test de Hamilton

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<i>Ansiedad leve</i>	15	45.5	45.5
<i>Ansiedad moderada</i>	11	33.3	78.8
<i>Ansiedad severa</i>	7	21.2	100.0
Total	33	100.0	

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Para visualizar de forma gráfica la situación actual de los pacientes del CRA se genera el siguiente pastel donde cerca de la mitad posee una ansiedad leve:

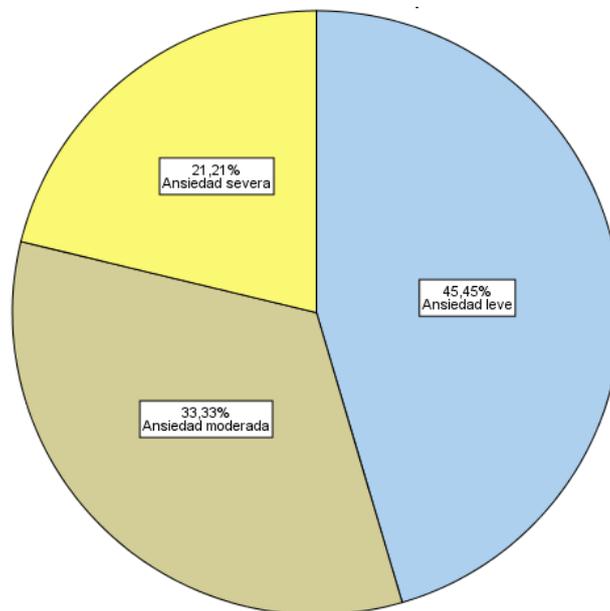


Gráfico 8. Test Hamilton pacientes CRA prueba Test Hamilton

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

4.3.2 Test Hamilton luego de aplicar el programa Mindfulness

Se diseña el programa Mindfulness acoplándolo según las necesidades de los pacientes internados en los meses de Marzo y Abril y se lo aplica a los pacientes y se evidencia que existe Ausencia de Ansiedad en el 54.5% de los pacientes, el 21.2% presenta Ansiedad Leve, el 12.1% Ansiedad Severa y en igual porcentaje Ansiedad Moderada.

Tabla 11. Test de Hamilton aplicando programa Mindfulness

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<i>Ansiedad leve</i>	7	21.2	21.2
<i>Ansiedad moderada</i>	4	12.1	33.3
<i>Ansiedad severa</i>	4	12.1	45.5
<i>Ausencia de ansiedad</i>	18	54.5	100.0
Total	33	100.0	

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Gráficamente se tiene:

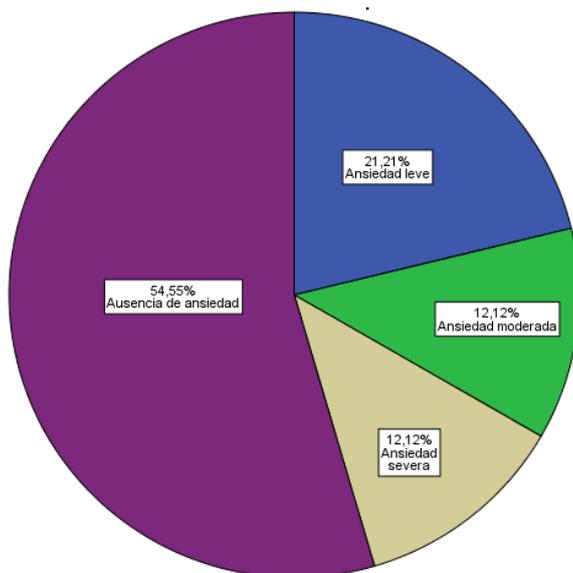


Gráfico 8. Resultado aplicando el programa Mindfulness

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

4.4 Contraste de variables y validación de resultados

Con la finalidad de evaluar la sintomatología ansiosa luego de la aplicación del programa Mindfulness se aplicó una serie de metodologías multivariantes que ayudan a vislumbrar las variables discriminantes o decisorias en los test antes y después del programa Mindfulness.

4.4.1 Escalamiento multidimensional

El siguiente análisis reduce a pocas dimensiones las proximidades existentes entre un conjunto de objetos o de estímulos que permitan visualizar los grupos de preferencia o las variables que influyen para la determinación del grado ansiedad de los pacientes entrevistados. Del análisis se tienen las siguientes apreciaciones:

Tabla 11. Alfa de Cronbach

Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza contabilizada para	
		Total (autovalor)	% de varianza
1	.795	3.511	35.114
2	.569	2.050	20.501
Total	,911^a	5.562	55.615

a. Se utiliza el total de alfa de Cronbach en el autovalor total.

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Del análisis de variables se generan dos grupos o dimensiones de comportamiento. Es evidente que las dos dimensiones tienen un importante aporte para el modelo. La primera explica más inercia (0,795) que la segunda (0,569), sin embargo ambas dimensiones tienen un

valor similar de inercia. El alfa de Cronbach denota correlaciones directas entre variables (0.911).

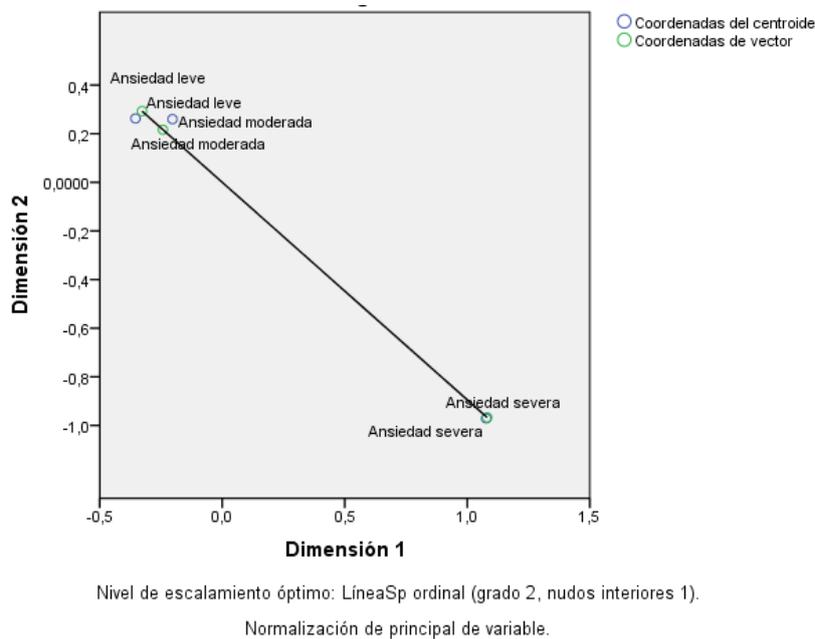


Gráfico 9. Puntos de categoría

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Se puede ver un comportamiento inicial, donde un grupo está catalogado bajo un comportamiento de ansiedad severa y otro grupo donde las características convergen hacia pacientes que tienen ya definido un perfil bajo Ansiedad Leve y Moderada.

Ahora tomando una medida que involucra todas las variables sociodemográficas transformadas y no; versus sus resultados del Test de Hamilton inicial y con la aplicación del programa Mindfulness se establece que la edad de los pacientes es crucial en la primera toma del Test de Hamilton ya sea en su forma natural como en transformación de rangos, además existe una correlación media con los resultados obtenidos con la aplicación del programa. Al contrastar las variables con la segunda toma de resultados se puede evidenciar que la edad y el

número de internamientos son discriminantes para definir el nivel o no de ansiedad, tal como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 12. Alfa de Cronbach

	Edad	Residencia	Escolaridad	Ocupación	Trastorno Clínico	Resultado Inicial	# Internamientos	Edad (+/- 1sd)	# Internamientos (+/- 1sd)	Resultado final
Edad	1.000	-.197	-.062	-.023	-.078	.565	.436	.944	.579	-.491
Residencia	-.197	1.000	-.019	.081	.521	-.336	.124	-.199	.080	.093
Escolaridad	-.062	-.019	1.000	-.328	.121	-.009	-.314	-.118	-.282	.150
Ocupación	-.023	.081	-.328	1.000	.163	.148	.210	-.016	.201	.002
Trastorno Clínico	-.078	.521	.121	.163	1.000	-.194	.097	-.069	.099	.173
Resultado Inicial	.565	-.336	-.009	.148	-.194	1.000	-.016	.524	.071	-.430
# Internamientos	.436	.124	-.314	.210	.097	-.016	1.000	.367	.905	-.222
Edad (+/- 1sd)	.944	-.199	-.118	-.016	-.069	.524	.367	1.000	.551	-.511
# Internamientos (+/- 1sd)	.579	.080	-.282	.201	.099	.071	.905	.551	1.000	-.324
Resultado final	-.491	.093	.150	.002	.173	-.430	-.222	-.511	-.324	1.000
Dimensión	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Autovalor	3.511	2.050	1.276	1.042	.758	.542	.391	.315	.076	.039

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

No obstante en ambos casos las variables discriminantes no muestran un nivel alto de causalidad que permita definir variables decisorias con un alto grado de certeza, por lo cual se desarrolla nuevos análisis para definir las variables causales en las dos instancias del test de Hamilton.

En el siguiente análisis se definen dos grupos de comportamiento mismos que en el primer caso las variables que definirán el nivel de ansiedad serán la edad y el número de internamientos y el restante de variables no tendrían ningún tipo de injerencia; y en el otro caso el lugar de residencia, el tipo de trastorno clínico y el número de internamientos son cruciales para definir los niveles de ansiedad.

Tabla 13. Saturaciones en componentes

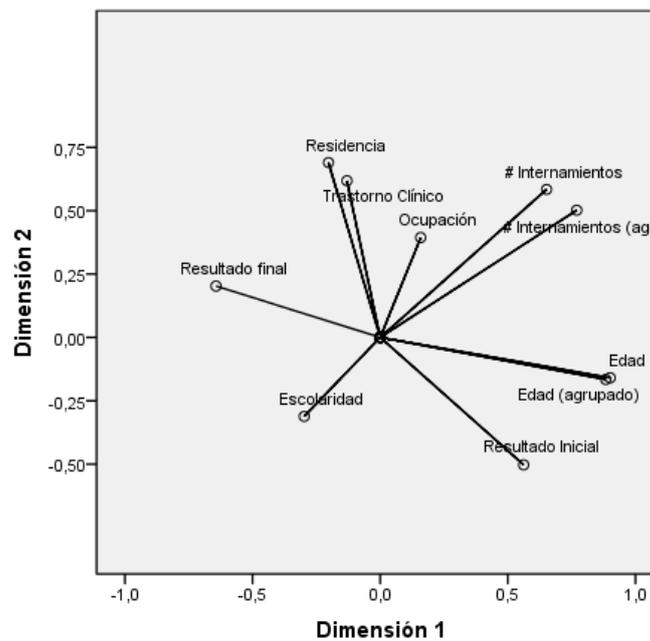
	Dimensión	
	1	2
<i>Edad</i>	.901	-.159
<i>Residencia</i>	-.203	.690
<i>Escolaridad</i>	-.298	-.312
<i>Ocupación</i>	.159	.394
<i>Trastorno Clínico</i>	-.130	.618
<i>Resultado Inicial</i>	.562	-.503
<i># Internamientos</i>	.652	.584
<i>Edad (agrupado)</i>	.884	-.166
<i># Internamientos (agrupado)</i>	.770	.502
<i>Resultado final</i>	-.643	.202

Normalización de principal de variable.

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

En el gráfico se puede evidenciar que las variables que se alejan más del origen y convergen a uno son discriminantes para definir un nivel de comportamiento que llevaría a definir características conductuales, en este caso la ansiedad.



Normalización de principal de variable.

Gráfico 10. Saturaciones de componentes

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

4.4.2 Análisis de Correspondencias

Con la finalidad de establecer los determinantes válidos y su influencia en los resultados del Test de Hamilton con la aplicación del programa, se lleva a cabo el análisis estadístico y se obtienen los siguientes resultados:

Tabla 14. Historial de iteraciones

	Varianza contabilizada para		Pérdidas
	Total	Aumentar	
24 ^a	3,552162	,000010	3,447838

a. El proceso de iteración se ha detenido porque se ha alcanzado el valor de prueba de convergencia.

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Al realizar la prueba de homogeneización en la veinte y cuatro iteración, el proceso consideró que las variables analizadas cumplen el criterio de convergencia y se ajustan totalmente al modelo, teniendo un valor de pérdida de 3.44 y una varianza de 3.55 denotando un buen ajuste ya que no requiere un valor considerable para aumentar la varianza.

Tabla 15. Alfa de Cronbach

Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza contabilizada para		
		Total (autovalor)	Inercia	% de varianza
1	,864	3,849	,550	54,980
2	,808	3,256	,465	46,510
Total		7,104	1,015	
Media	,838 ^a	3,552	,507	50,745

a. La media de alfa de Cronbach se basa en la media de autovalor.

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

La tabla de resumen del modelo, permite observar que se crearon 2 dimensiones, donde la primera dimensión es más importante para el modelo que la segunda, por tanto, la primera explica más inercia (0,864) que la segunda (0,808). Esto quiere decir que las categorías presentan mayor dispersión de varianza en la dimensión 1, sin embargo ambas dimensiones tienen un valor similar de inercia. El alfa de Cronbach evalúa que tan correlacionadas están las variables observables que componen las variables latentes, las dimensiones, para este caso mantiene una relación directa entre variables o preguntas de 0.507 que denota un ajuste óptimo y evidencia la presencia de relación entre variables, no obstante no todas contribuyen a esta relación por lo cual en las pruebas posteriores se podrán vislumbrar cuales si aportan positivamente al contraste.

Tabla 16. Correlaciones

	Residencia	Escolaridad	Ocupación	Trastorno Clínico	Edad (+/-1sd)	# Internamientos (+/-1sd)	Resultado final
<i>Residencia</i>	1,000	,058	,628	,681	,405	,538	,353
<i>Escolaridad</i>	,058	1,000	,144	,101	,212	,509	,201
<i>Ocupación</i>	,628	,144	1,000	,842	,586	,714	,557
<i>Trastorno Clínico</i>	,681	,101	,842	1,000	,503	,547	,403
<i>Edad (+/-1sd)</i>	,405	,212	,586	,503	1,000	,533	,328
<i># Internamientos (+/-1sd)</i>	,538	,509	,714	,547	,533	1,000	,530
<i>Resultado final</i>	,353	,201	,557	,403	,328	,530	1,000

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Se contrasta el aporte individual y se obtiene que las variables que de cierta forma aportan a la categorización del nivel de ansiedad aplicando el programa Mindfulness son el número de internamientos, el trastorno clínico y la ocupación.

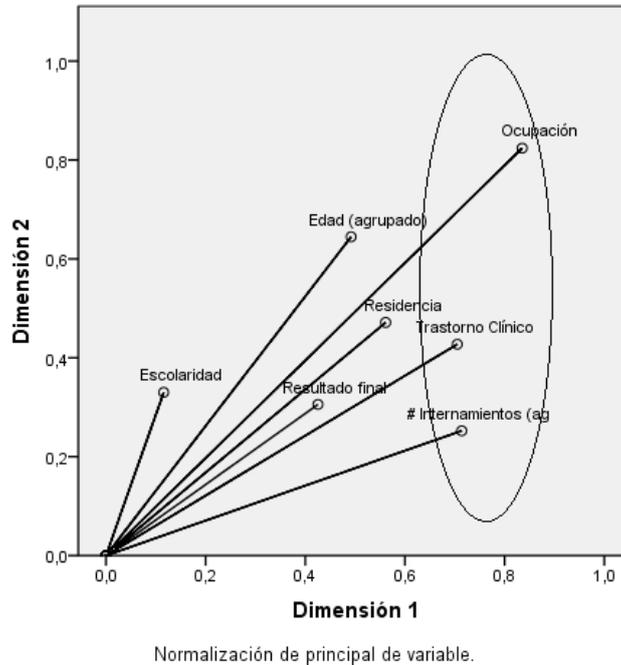


Gráfico 11. Medidas discriminante

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Tomando en consideración este criterio se procederá a realizar un análisis de las variables y su nivel de incidencia dentro del estudio:

4.4.3 Ocupación

Tabla 17. Tabla de correspondencias ocupación – Niveles de ansiedad

Ocupación	Resultado final				
	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Ausencia de ansiedad	Margen activo
<i>Albañil</i>	1	0	0	0	1
<i>Cargador</i>	0	0	0	1	1
<i>Chofer</i>	1	0	0	1	2
<i>Comerciante</i>	0	1	1	0	2
<i>Diseñador web</i>	0	0	0	1	1
<i>Empleado privado</i>	0	0	0	2	2
<i>Estudiante</i>	0	0	0	1	1
<i>Guardia de seguridad</i>	0	1	0	0	1
<i>Jubilado</i>	2	1	0	0	3
<i>Militar</i>	0	0	0	2	2
<i>Ninguna</i>	1	1	2	8	12
<i>Policia</i>	0	0	0	1	1
<i>Profesor</i>	2	0	0	0	2
<i>Soldador</i>	0	0	1	0	1
<i>Supervisor comisariato</i>	0	0	0	1	1
<i>Margen activo</i>	7	4	4	18	33

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Se evidencia que los pacientes que no poseen ningún tipo de ocupación y de cierta forma dejaron sus actividades como los Jubilados presentan niveles de Ausencia de Ansiedad y Ansiedad Leve, considerando adicional el 25% de las personas que no poseen ninguna actividad si denotan Ansiedad Moderada y Severa, es de concluir a mayores participaciones mayores incidencias tendrán en cada uno de los niveles de ansiedad.

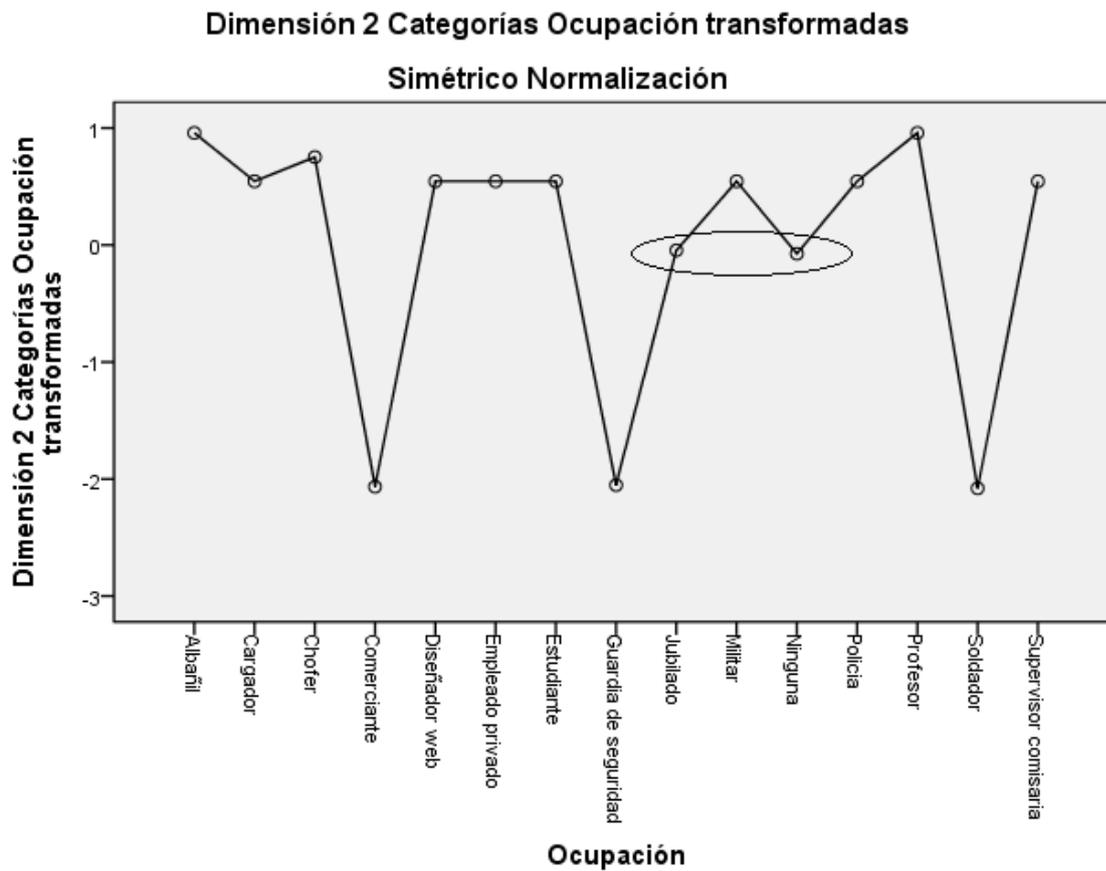


Gráfico 12. Categorías de Ocupación transformadas

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Tabla 18. Chi cuadrado actividad pacientes Test de Hamilton

Dimensión	Valor singular	Inercia	Chi cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Valor singular de confianza	
					Contabilizado para	Acumulado	Desviación estándar	Correlación 2
1	,819	,671			,458	,458	,079	,168
2	,718	,516			,353	,811	,089	
3	,526	,277			,189	1,000		
Total		1,464	48,311	,233^a	1,000	1,000		

a. 42 grados de libertad

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

El $p_value = 48,311 > 0,05$ con lo que se concluye que los patrones de actividad tienen relación con cada nivel de ansiedad y estos variarán de acuerdo al grado de concentración.

4.4.4 Trastorno clínico

Tabla 19. Tabla de correspondencias Trastorno clínico – Niveles de ansiedad

Trastorno Clínico	Resultado final				
	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Ausencia de ansiedad	Margen activo
<i>Dependencia a anfetaminas</i>	0	0	0	1	1
<i>Dependencia a la cocaína</i>	0	1	0	1	2
<i>Dependencia a la cocaína y marihuana</i>	0	1	0	0	1
<i>Dependencia a la marihuana</i>	0	0	1	0	1
<i>Dependencia a varias sustancias</i>	0	0	0	2	2
<i>Dependencia al alcohol</i>	5	2	3	10	20
<i>Dependencia al alcohol y cocaína</i>	0	0	0	1	1
<i>Dependencia al alcohol y nicotina</i>	2	0	0	1	3
<i>Dependencia al cannabis</i>	0	0	0	2	2
<i>Margen activo</i>	7	4	4	18	33

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Se evidencia que pacientes con Dependencia al Alcohol presentan niveles de Ausencia de Ansiedad y Ansiedad Leve, considerando adicional el 25% de las personas bajo este trastorno poseen Ansiedad Moderada y Severa.

Tabla 20. Chi cuadrado trastorno clínico pacientes Test de Hamilton

Dimensión	Valor singular	Inercia	Chi cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Valor singular de confianza	
					Contabilizado para	Acumulado	Desviación estándar	Correlación 2
1	,590	,348			,427	,427	,180	,032
2	,528	,279			,343	,770	,146	
3	,432	,187			,230	1,000		
Total		,814	26,861	,311^a	1,000	1,000		

a. 24 grados de libertad

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

El p_value $26,861 > 0,05$ con lo que se concluye que los patrones de trastorno clínico tienen relación con cada nivel de ansiedad y estos variarán de acuerdo al grado de concentración.

4.4.5 Número de internamientos

Tabla 21. Tabla de correspondencias # internamientos – Niveles de ansiedad

# Internamientos (agrupado)	Resultado final				
	Ansiedad leve	Ansiedad moderada	Ansiedad severa	Ausencia de ansiedad	Margen activo
<= 1	2	3	2	10	17
2 - 3	2	1	1	8	12
4+	3	0	1	0	4
Margen activo	7	4	4	18	33

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

La mayor concentración de internamientos se encuentra en rangos que van de 1 a 3 internamientos mismos que presentan niveles de Ausencia de Ansiedad y Ansiedad Leve, considerando adicional el 24% de las personas bajo estos rangos poseen Ansiedad Moderada y Severa.

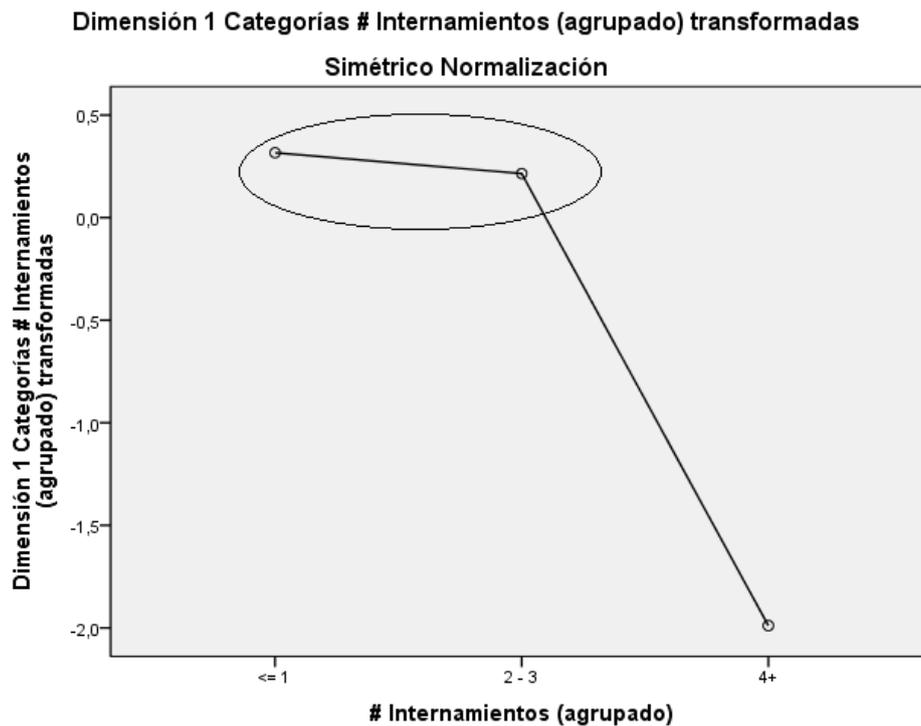


Gráfico 13. Categorías # internamientos transformadas

Fuente: Investigación de Campo

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

Tabla 22. Chi cuadrado trastorno clínico pacientes Test de Hamilton

Dimensión	Valor singular	Inercia	Chi cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Valor singular de confianza	
					Contabilizado para	Acumulado	Desviación estándar	Correlación
								2
1	,548	,300			,934	,934	,135	-,013
2	,145	,021			,066	1,000	,167	
Total		,321	10,59623016	,102 ^a	1,000	1,000		

a. 6 grados de libertad

Fuente: Investigación de Campo – IBM SPSS Statistics 24

Elaboración: Matovelle - Saldaña, 2017.

El $p_value = 10.59 > 0,05$ con lo que se concluye que los patrones de número de internamientos tienen relación con cada nivel de ansiedad y estos variarán de acuerdo al grado de concentración.

CAPITULO IV

DISCUSIÓN

La ansiedad definida como un estado de confusión cognitiva compuesto con una falta de control en el comportamiento, mostrando síntomas de mayor o menor grado que se originan a partir de interpretaciones erradas de estímulos reales en la cual se ve una magnificación de los hechos, ha sido aspecto central en el estudio de la salud física y mental, sobre todo en la incidencia de la drogodependencia, ya que la ansiedad es un factor de riesgo en el consumo. (Fornasini, 2010).

En los últimos años las terapias cognitivo conductual de tercera generación han causado gran impacto en el campo de la psicoterapia, siendo uno de ellos la terapia basada en Mindfulness. La intención del Mindfulness busca modificar en el sujeto la forma de relacionarse con los pensamientos y no pretender cambiarlos, reconocer y aceptar, sensaciones y sentimientos que acontecen en determinado momento sin reaccionar a ellos, siendo de esta manera muy útil en el contexto terapéutico de las adicciones, ya que puede ayudar al paciente a afrontar las áreas de su vida afectadas por consumo de sustancias. (Recarey, 2016).

En este sentido la práctica del programa Mindfulness ayuda a que el paciente construya una relación con sus propios pensamientos y sensaciones, previniendo que los pensamientos intrusivos conduzcan a la recaída. Incrementando la conciencia plena, promoviendo la habilidad para manejar la impulsividad y conductas automáticas propias del adicto. (Recarey, 2016).

Los resultados obtenidos en el estudio realizado en el Hospital Humberto Ugalde Camacho “CRA” quienes fueron evaluados al inicio del programa mediante el test de Ansiedad de Hamilton indican que el 73.3% de los pacientes internados en el área de adicciones presentan ansiedad, siendo de esta manera el 45.5% de los pacientes entrevistados que padecen de Ansiedad Leve, el 33.3% Ansiedad Moderada y el 21.2% Ansiedad Severa corroborando con lo mencionado por Rodríguez, Gonzales, Cano e Iruarrizaga quienes en el año 2007 mencionan que existe una fuerte relación e influencia entre la adicción y ansiedad realizando un estudio empírico comparando un grupo de control con un grupo que consume sustancias evidenciando que en el segundo grupo es mayor la ansiedad con el 79% sobre el 66% del primer grupo lo cual demuestra que existen mayores niveles de este padecimiento en personas drogodependientes lo cual interfiere en su recuperación.

La investigación de Miró & colaboradores (2011) se realizó con el objetivo de conocer si el programa Mindfulness tiene eficacia en el tratamiento de los trastornos de ansiedad mediante una revisión sistemática de investigaciones realizadas anteriormente obteniendo como resultado que estas intervenciones son moderadamente eficaces reduciendo síntomas de ansiedad y puede ayudar significativamente en intervenciones de grupo, lo cual se corrobora con este estudio debido a que luego de la aplicación del programa Mindfulness en los meses de Marzo y Abril se pudo evidenciar que existe disminución de ansiedad en los participantes, mostrando Ausencia de Ansiedad en el 54.5% de los pacientes, el 21.2% presenta Ansiedad Leve, el 12.1% Ansiedad Severa y en igual porcentaje Ansiedad Moderada.

Es de suma importancia recalcar que no se puede establecer si la ansiedad evidenciada en los pacientes es causa directa de la ingesta de drogas, ya que los primeros resultados de la muestra estudiada pudieron estar influenciados por varios factores externos como el uso de

psicofármacos para manejar la abstinencia, poca colaboración al momento de la prueba, estresores como problemas en la dinámica grupal, el hecho directo de encontrarse internados en un centro de rehabilitación o poca comprensión de la consigna del reactivo aplicado.

Con el fin de enriquecer el contenido de esta investigación, se tomaron en cuenta diversas variables tales como la edad, nivel de instrucción, ocupación, número de internamientos y trastorno clínico para detallar los factores de riesgo que influye en los pacientes que padecen de ansiedad y en qué pacientes tiende a disminuir los síntomas considerablemente.

Es relevante mencionar que del porcentaje total de pacientes que consumen drogas ilegales, se encuentra que los más frecuentes son el cannabis, la cocaína y estas son utilizados en su gran mayoría por pacientes de edades entre 18 a 35 años de edad, reafirmando la información en el estudio realizado en México por Chertorivski (2011) La Encuesta Nacional de Adicciones donde se menciona que el cannabis y la cocaína han sido las drogas de mayor elección durante los últimos años y a diferencia del estudio anterior realizado en el 2008, la edad de inicio de consumo de dichas drogas cada año ha ido disminuyendo, provocando un factor de riesgo importante en los adolescentes debido a la facilidad para conseguirlas. Sin embargo, encontramos que el porcentaje más elevado es el de consumo de alcohol con el 60.6%, confirmando el estudio realizado por el diario El Comercio (2014) donde menciona que según las últimas actualizaciones de la OMS, Ecuador se encuentra en el noveno puesto regional de consumo de alcohol.

CONCLUSIONES

El objetivo general del estudio fue, aplicar el programa Mindfulness, en el tratamiento de ansiedad en pacientes drogodependientes que se encontraban en proceso de internamiento del Hospital Psiquiátrico Humberto Ugalde Camacho (CRA). Con la aplicación de ésta herramienta psicoterapéutica se logró comprobar la hipótesis de investigación y demostrar su efectividad en la disminución de la sintomatología ansiógena y, por tanto, éste programa se convierte en una herramienta importante en el manejo de éstos síntomas ayudando a disminuirlos de forma considerable concluyendo que:

En los resultados de la primera y segunda valoración del cuestionario de ansiedad de Hamilton, los datos revelaron que el 45.5% de los pacientes entrevistados padecen de Ansiedad leve, el 33.3% Ansiedad moderada y el 21.2% Ansiedad Severa. Concluido el programa y mediante el respectivo retest se evidencia que existe Ausencia de Ansiedad en el 54.5% de los pacientes, el 21.2% presenta Ansiedad Leve, el 12.1% Ansiedad Severa y en igual porcentaje Ansiedad Moderada. Evidenciando de esta manera que el programa aplicado tuvo eficacia.

Las variables que de cierta forma aportan a la categorización del nivel de ansiedad aplicando el programa Mindfulness son el número de internamientos, el trastorno clínico y la ocupación de los usuarios.

Se evidencia que los pacientes que no poseen ningún tipo de ocupación y de cierta forma dejaron sus actividades como los Jubilados presentan niveles de Ausencia de Ansiedad y Ansiedad Leve, considerando adicional el 25% de las personas que no poseen ninguna

actividad si denotan Ansiedad Moderada y Severa, es de concluir a mayores participaciones mayores incidencias tendrán en cada uno de los niveles de ansiedad.

Se evidencia que pacientes con Dependencia al Alcohol presentan niveles de Ausencia de Ansiedad y Ansiedad Leve, considerando adicional el 25% de las personas bajo este trastorno poseen Ansiedad Moderada y Severa.

La mayor concentración de internamientos se encuentra en rangos que van de 1 a 3 internamientos mismos que presentan niveles de Ausencia de Ansiedad y Ansiedad Leve, considerando adicional el 24% de las personas bajo estos rangos poseen Ansiedad Moderada y Severa.

RECOMENDACIONES

Como recomendación principal se debe concientizar y socializar en establecimientos educativos e instituciones de salud y allegados, la importancia de la ansiedad como factor de riesgo en el uso y abuso de sustancias, utilizando programas de prevención, psicoeducativos, con profesionales de salud competentes y preparados, que den a conocer a las personas las consecuencias el mal manejo de la ansiedad, formando desde edades tempranas hábitos cognitivos y conductuales que combatan saludablemente la ansiedad.

Las autoridades destinadas a la salud mental deberían actuar lo más pronto posible y de manera eficaz ante la alarmante ola de drogodependencia en el país, que con el paso de los años se va incrementando en cantidades abismales, estableciendo programas o planes de trabajo dirigidos al diagnóstico, prevención, psicoeducación y tratamiento adecuado de la drogodependencia, sobre todo en la población más vulnerable que son los adolescentes.

En cuanto al proceso de internamiento que se debe llevar con personas drogodependientes en los centros de salud destinados a esta, se recomienda centrar su intervención principalmente en el manejo de la ansiedad; como medio para prevenir futuras recaídas ya que es uno de los primordiales factores de riesgo. Para ello se debe establecer en primera instancia un diagnóstico previo que debe ser evaluado a través del cuestionario de ansiedad de Hamilton o allegados, y subsecuentemente realizar un Retest semanal, consiguiendo de esta manera tener un mayor control del estado de ánimo del paciente.

Posteriormente abordar de manera individual, poniendo en práctica técnicas y herramientas destinadas al manejo de ansiedad, partiendo de la observación de sus viejos hábitos.

Ondeando el programa Mindfulness desde la experiencia que se obtuvo al momento de realizar esta investigación; se recomienda ser manejado por profesionales expertos en el tema para que la práctica del mismo sea más eficaz. Por otro lado se recomienda que el programa debe ser aplicado dos veces por semana en intervalos de dos horas, ya que las técnicas empleadas en este programa requieren de un tiempo considerable.

Se recomienda utilizar el programa Mindfulness como técnica complementaria en el manejo de la ansiedad y en el proceso de recuperación en pacientes drogodependientes ya que los resultados que se consiguieron en este estudio fueron muy productivos en el proceso de recuperación.

BIBLIOGRAFIA

- Agudelo, D., Buela-Casal, G., & Spielberger, C. D. (2007). Ansiedad y depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, (2013) Asociación Americana de Psiquiatría.
- Bados, A. (2005). Trastorno de ansiedad generalizada. Facultad de psicología, departamento de personalitat, avaluacio i tractamentpsicologics, 2-3. Recuperado de: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/65621/1/TAG.pdf>
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 125-143. Recuperado de: http://www.personal.kent.edu/~dfresco/mindfulness/Baer_Mindfulness.pdf
- Baquero, A., Calvo, G., Ballester, R., Francés, S., Dalae, M., & Haro, G. (2015). Ansiedad, depresión y autoestima en población general, transeúnte y consumidora de sustancias adictivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 24-39
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Redalyc, Salud y drogas*, 3(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/839/83930106/>
- Behar, E., DiMarco, I. D., Hekler, E. B., Mohlman, J., & Staples, A. M. (2011). Modelos teóricos actuales del trastorno de ansiedad generalizada (TAG): revisión conceptual e implicaciones en el tratamiento. *RET, Revista de Toxicomanías*, 63.
- Bueso, V. G. (2016). Mindfulness y las adicciones. Recuperación en 8 pasos. Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatria de enlace. Vol 2 pp 15-145

Castillo García, M. (2014). Intervención psicológica para el tratamiento de las adicciones en el centro de psicología clínica Olivencia. Recuperado de:

<http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3081/IntervencionPsicologicaOlivencia.pdf?sequence=6>.

Ceinos, M. G. (2007). Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 23(1), 1.

Chacón, J., Torres, M. (2016). NIVEL DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADOLESCENTES VARONES CON TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN EL CENTRO DE ADICCIONES “HOGAR CRECER”, 2011-2015. Universidad de Cuenca, 20-25. Recuperado de:

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25392/1/tesis.pdf>

CONSEP (2014) IV Estudio nacional sobre uso de drogas en población de 12 a 65 años. Dirección Nacional del Observatorio de Drogas, 1-20. Recuperado de:

<http://www.prevenciondrogas.gob.ec/wp-content/uploads/2015/08/Cuarta-Encuesta-Nacional-sobre-uso-de-drogas-en-poblaci%C3%B3n-de-12-a-65-a%C3%B1os.pdf>

Coutiño, A. M. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): la atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(01). Recuperado

de: <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/66/63>.

Ferré, J. (2014). Psicología para todos: guía completa para el crecimiento personal: trastornos, somatizaciones y terapias, v.4. Barcelona. Océano. ISBN: 978-84- 494-3669-7.

- Fornasini, A, 2010, Aprendiendo sobre la ansiedad, psiquetiva, vol 1. Recuperado de:
<http://psiquevita.com/aprendiendo-sobre-la-ansiedad>.
- Garland, E. L., Froeliger, B., & Howard, M. O. (2013). Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-appraisal-emotion interface. *Frontiers in psychiatry*, 4. Recuperado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3887509/pdf/fpsy-04-00173.pdf>
- Germer, C. (2011). El poder del mindfulness. *Editorial Paidós de Espasa Libros. Madrid, 2*. Recuperado de:
file:///C:/Users/Zona_Info/Downloads/9788449326370.pdf
- Hamilton, H. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine and Psychology*, 32, 50 – 55.
- Holzel, B., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K. y Vaitl, D. (2007). Investigation of mindfulness meditation practitioners with voxelbased morphometry. *Social Cognitive & Affective Neuroscience*, 3 (1), 55-61.
- Khanna, S., & Greeson, J. M. (2013). A narrative review of yoga and mindfulness as complementary therapies for addiction. *Complementary therapies in medicine*, 21(3), 244-252. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3646290/>
- Keegan, E. (2007). La ansiedad generalizada como fenómeno: criterios diagnósticos y concepción psicopatológica. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 16(1).
- Irurtia, M. J., Caballo, V. E., & Ovejero, A. (2009). Trastorno de ansiedad provocado por sustancias psicoactivas. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17(1), 155-168.

Jarpa Insausti, J. M. (2013). Mindfulness, una experiencia en adicciones. Evaluación de la influencia de la participación en un taller basado en meditación Mindfulness, en el tratamiento general de una población de usuarios del Programa Intensivo de Adicciones del COSAM de Pudahuel, a partir de su experiencia y visión de los Profesionales involucrados en el tratamiento.

Lane RD, Reinman EM, Ahern GL, Schwartz GE y Davidson RJ. Neuroanatomical correlates of happiness, sadness, and disgust. *American Journal of Psychiatry*. 1997;7: 926-933.

Lazarus RS. From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*. 1993; 44: 1-21.

Lora, C. R. (2014). Ansiedad estado versus ansiedad rasgo: influencia en el postoperatorio de pacientes sometidos a extracción de terceros molares inferiores incluidos (Doctoral dissertation, Universidad de Sevilla). Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/57439>.

Mañas, I. (2009). Mindfulness (Atención Plena): La meditación en psicología clínica. *Gaceta de psicología*, 50, 13-29. Recuperado de: <http://psicopedia.org/wp-content/uploads/2014/01/MINDFULNESS-ATENCI%C3%93N-PLENA-LA-MEDITACI%C3%93N-EN-PSICOLOG%3%8DA.pdf>.

Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., Cano Vindel, A., & García-Fernández, J. M. (2012). Estado actual de la investigación sobre la teoría tridimensional de la ansiedad de Lang. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/35859/1/2012_Martinez-Monteagudo_etal_AnsiedadyEstres.pdf.

Millet Pi-Figueras, A. (2017). Trabajando con mindfulness y compasión en conductas adictivas. *Metas de Enfermería*, 20(3), 3-3. Recuperado de:

<http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81049/>.

Miró, T., Perestelo-Pérez, L., Pérez, J., Rivero, A., González, M., De La Fuente, J., Serrano, P. (Septiembre, 2010) EFICACIA DE LOS TRATAMIENTOS BASADOS EN MINDFULNESS PARA LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología*. 16(1), 1-14. Recuperado de:

http://aepcp.net/arc/01_2011_n1_miro_perez_rivero_gonzalez_fuente_serrano.d.f.

Moñivas, A., García Diex, G., & García de Silva, R. (2012). Mindfulness (Atención plena): Concepto y teoría. Recuperado de:

http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5939/Mindfulness_atencion_plena.pdf?sequence=2.

National Institute on Drug Abuse (2016) Entendiendo el uso de drogas y la adicción. Institutos Nacionales de la Salud; Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. 1-4. Recuperado de:

https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/understandingdrugusefact_s_spanish_final_112016.pdf

Pérez, M. A., & Botella, L. (2007). Conciencia plena (Mindfulness) y psicoterapia: concepto, evaluación y aplicaciones clínicas. *Revista de psicoterapia*, 17(66-67), 77-120. Recuperado de:

<https://scholar.google.es/scholar?hl=es&q=mindfulness+concepto&btnG=&lr=>.

- Ramos, N. S., & Hernández, S. M. (2010). Inteligencia emocional y mindfulness; hacia un concepto integrado de la inteligencia emocional. *Revista de la Facultad de Trabajo Social*, 24(24), 134-146. Recuperado de: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/trabajosocial/article/view/251/213>.
- Recarey, L. R. (2016). APLICACIÓN DE UN ENFOQUE BASADO EN MINDFULNESS EN PATOLOGÍA DUAL. *Revista de Patología Dual*, 3(2), 16. Recuperado de: http://www.patologiadual.es/publishingimages/revista/pdfs/2016_16.pdf.
- Resnic, P. (2007). Modelos Conceptuales del Trastorno de Ansiedad Generalizada: Más allá de los criterios diagnósticos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 16(1). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/2819/281921832008/>.
- Reyes-Ticas, J. A. (2010). Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento. *Trastornos de ansiedad*. Recuperado de: <http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf>.
- Romero-Gutiérrez, G., Rocha-Morales, D., & Ruiz-Treviño, A. S. (2013). Resultados de la aplicación de la escala de Hamilton modificada en el diagnóstico de ansiedad materna durante el puerperio inmediato. *Ginecol Obstet Mex*, 81, 180-185. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21, 1-24. Recuperado de http://www.aepcp.net/arc/01_2015_n1_varios.pdf.
- Siegel, D. J. (2012). *Mindfulness y psicoterapia: técnicas prácticas de atención plena para psicoterapeutas*. Grupo Planeta (GBS).
- Véliz, C. A., & Ramírez, G. L. (2011). Mindfulness, pasos hacia un consumo consciente. *Economía Global e Gestão*, 16(3), 75-89. Recuperado de: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0873-74442011000300005&script=sci_arttext&tlng=en.

ANEXOS







MINDFULNESS Y LAS ADICCIONES

Recuperación en ocho pasos

Valerie Mason-John y Paramabandhu Groves

Prólogo: Javier García Campayo



siglantana



Nombre del Paciente
Fecha

ESCALA DE ANSIEDAD HAMILTON (HAM-A)

El HAM-A consta de 14 parámetros y toma de 15 a 20 minutos para completar la entrevista y para medir los resultados. Cada parámetro es calificado en una escala de 5 puntos, extendiéndose desde 0 = no presente hasta 4 = severo.

Nombre del Paciente

Fecha

1. HUMOR ANSIOSO

Se preocupa
Anticipa lo peor

2. TENSIÓN

Presenta temor
Llora fácilmente
Se agita
Tiembla

3. MIEDOS

Miedo a la oscuridad
Miedo a extraños
Miedo a estar solo
Miedo a los animales

4. INSOMNIO

Dificultad para dormir o mantenerse dormido
Dificultad con pesadillas

5. INTELECTO

Poca concentración
Debilitación de la memoria

6. HUMOR DEPRESIVO

Interés disminuido en las actividades
Falta de placer en lo que hace
Insomnio

7. PROBLEMAS SOMÁTICOS: MUSCULARES

Dolor musculares
Contractura

8. PROBLEMAS SOMÁTICOS: SENSORIALES

Zumbidos
Visión borrosa

9. SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES

Taquicardia
Palpitaciones
Dolor en el pecho
Sensación de debilidad

10. SÍNTOMAS RESPIRATORIOS

Prisión en el pecho
Sensación de asfixia
Respiración entrecortada

11. SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES

Disfagia
Náusea o vómito
Estreñimiento
Pérdida de peso
Llenura abdominal

12. SÍNTOMAS GENITOURINARIOS

Frecuencia urinaria o urgencia
Dismenorrea
Impotencia

13. SÍNTOMAS AUTONOMICOS

Boca seca
Rubor facial
Palidez
Sudor

14. COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA

Intranquilidad
Temblor
Marcha, pasos

TOTAL ITEMS 1 AL 14: _____

Instrucciones de puntaje HAM-A:
Suma de las puntuaciones de los parámetros
14-17 = Ansiedad leve
18-24 = Ansiedad moderada
25-30 = Ansiedad severa