



**UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA – UNIBE**

Escuela de Psicología

**“Transformando Mujeres en Tiempos de Covid.  
Una Intervención Grupal Integral para Disminuir La Ansiedad  
en Mujeres de 30 a 59 Años ”**

Sustentante:  
**Wendy Santos Berroa**

Matrícula:  
20-1020

Proyecto Final  
Especialidades en Intervenciones en Psicoterapia

Nombre asesora:  
Alba Polanco

Los conceptos expuestos en el presente trabajo son de la exclusiva responsabilidad del/la (los) sustentante(s) del mismo.

Santo Domingo, D.N.  
República Dominicana  
28 de Junio de 2021

### **Resumen**

El trastorno de ansiedad es uno de los de mayor prevalencia en la población mundial occidental, especialmente en tiempos de Covid. Este estudio cuasiexperimental tuvo por objetivo comprobar la hipótesis de que una intervención que conlleve la adquisición de hábitos alimenticios saludables, y que, a la vez, trabaje en la disminución de conductas alimentarias de riesgo, es más efectiva para contrarrestar la ansiedad en mujeres, que una intervención que no promueva una modificación en los hábitos alimenticios. La muestra no probabilística fue de 27 mujeres entre 30 y 59 años, divididas en dos grupos, que asistieron a 6 sesiones virtuales, semanales, de terapia grupal. Las variables de interés – ansiedad, bienestar subjetivo, hábitos alimenticios saludables y conductas alimentarias de riesgo - fueron medidas con la Escala de Ansiedad de Hamilton y el Cuestionario de Bienestar Integral y Hábitos Alimenticios. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la disminución de ansiedad, pre y post intervenciones, de ambos grupos ( $t=0.378$ ,  $p=0.708$ ). Sin embargo, se pudo apreciar una relación entre la mejora de los hábitos alimenticios, el bienestar subjetivo y la disminución de ansiedad (Schwaertzmán, 2003). Estos hallazgos sugieren que la hipótesis experimental no se puede descartar sin antes propiciar intervenciones grupales que superen las limitaciones metodológicas de esta investigación en lo concerniente a la aleatoriedad de la muestra, así como al plazo de las intervenciones, el cual se sugiere sea aumentando en, al menos, un 40%.

*Palabras Clave:* ansiedad, mujeres, Covid, intervención ecléctica, educación para la salud, hábitos alimenticios saludables, conductas alimentarias de riesgo, bienestar físico, bienestar subjetivo, autoestima.

En las últimas décadas, como consecuencia de los avances tecnológicos y científicos, la longevidad ha aumentado, no solo en los países desarrollados, sino también en los llamados del tercer mundo. Este aumento, sin embargo, no necesariamente ha acarreado una mejoría en la calidad de vida de la población, la cual está sometida a factores estresantes como inseguridad constante, desempleo o multiempleo, inestabilidad en la estructura familiar, pérdida de motivaciones y valores, consumismo, entre otros (Schwaertzmán, 2003).

El trastorno de ansiedad es uno de los de mayor prevalencia en la población mundial occidental; algunos estudios prevén que una quinta parte de esta padece o padecerá, en circunstancias normales, problemas de ansiedad susceptibles de requerir tratamiento (González, 2007), mientras que otros afirman que cuatro de cada diez personas experimentan síntomas de ansiedad (Moreno, 2011).

Los efectos de la ansiedad son múltiples y variados (González, 2007), y suelen comprometer la satisfacción con la situación física, estado emocional, vida familiar, social y amorosa, y propósito de vida que tiene la persona que lo padece (calidad de vida) (Schwaertzmán, 2003), debido a las repercusiones negativas en el ámbito intelectual, conductual y social, en detrimento de sus relaciones familiares, sociales y de pareja, así como de su desempeño laboral o académico (Moreno, 2011).

Esta situación se vio agravada a finales de diciembre del año 2019, cuando la salud emocional de las personas, en términos globales, empeoró como consecuencia de la aparición del nuevo coronavirus, que trajo consigo contagios masivos, muertes y confinamiento obligatorio preventivo a fin de evitar que la enfermedad se propague (Huarcaya-Victoria, 2020).

En la población general, se detectó un 35% de distrés psicológico, siendo las mujeres las que presentaron mayores niveles de estrés y ansiedad (Lozano-Vargas, 2020). Un metaanálisis realizado por investigadores canadienses indica que la

ansiedad tiene, a raíz de la crisis por el Covid, una prevalencia tres veces mayor que lo que habitualmente publica la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Porrás, 2020).

Una investigación local, promovida por las autoridades sanitarias dominicanas, establece que los tipos de eventos de salud mental identificados en el periodo de cuarentena preventiva son ansiedad, depresión, trastornos por estrés, conductas suicidas, trastornos del sueño, duelo, violencia, teniendo la ansiedad una prevalencia de 46%, muy por encima de los otros. Por otro lado, de un total del 9,561 personas consultadas, 67.5% eran mujeres, constituyendo el rango comprendido entre los 30 y 59 años, el 93% de las mismas (Viceministerio de Salud Colectiva, 2020).

El miedo, la incertidumbre, así como las restricciones relacionadas con la pandemia de COVID-19 (Valero, 2020) plantean grandes desafíos a las autoridades sanitarias y el personal de salud, al tener que concebir mecanismos más eficientes de cuidado del bienestar psicológico de la población en general (Lozano, 2020).

Una cantidad considerable de estudios científicos señalan que existe una correlación directa entre la alimentación y la forma en cómo se sienten las personas. De los 10 factores de riesgo identificados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como claves para la aparición de enfermedades, 5 de ellos están estrechamente vinculados a la alimentación, entre ellos, el consumo insuficiente de agua, frutas y vegetales (Calañas, 2005).

Una dieta baja en nutrientes, así como la ingesta habitual de carbohidratos simples (azúcar, harina refinada) y de alimentos procesados, se ha relacionado con mayores niveles de ansiedad (Fernández et al., 2017; Arbués et al., 2020).

En consecuencia, cualquier intervención dirigida a disminuir los síntomas de ansiedad en la población ha de incluir, necesariamente, herramientas para mantener una alimentación saludable (Arbués et al, 2020). Es por ello que un programa de educación para la salud – que intente modificar conductas alimenticias de riesgo - puede ser una buena estrategia para enfrentar y prevenir los trastornos de ansiedad, y,

por consiguiente, mejorar la calidad de vida de las personas y las comunidades (Giraldo et al, 2010; Roca, 2019). Es importante una aproximación más holística del cuidado de salud, de forma tal que se promueva el bienestar (Schwaertzmán, 2003).

A pesar de la evidencia de la eficacia de las terapias de corte cognitivo conductuales en la reducción de los trastornos de ansiedad (Moreno de la Torre, 2016), algunos autores consideran que dichos tratamientos no son satisfactorios a largo plazo (Albarracín et al, 2008), y que tendrían mayor eficacia y duración en el tiempo de complementarse con otras estrategias (Hernández-Guanir y Fernández-Martin, 2010).

La educación para la salud es un proceso de enseñanza-aprendizaje que gira en torno a la adquisición de hábitos alimenticios saludables, y a la modificación de conductas alimentarias de riesgo (Costa y López, 2008) que pudiera complementar las técnicas contemporáneas para disminuir la prevalencia de ansiedad en la población, sobre todo, en la femenina.

El programa *Transformando Mujeres* pretende responder estas preguntas: ¿Qué efectos tendría en la ansiedad experimentada por mujeres de 30 a 59 años, una intervención ecléctica que conlleve la adquisición de hábitos alimenticios saludables, así como la disminución de conductas alimentarias de riesgo? ¿Podría ser más efectiva para tratar este trastorno que una terapia que no promueva una modificación en los hábitos alimenticios? ¿Se produciría algún impacto en su bienestar subjetivo?

Esta investigación tiene los siguientes objetivos específicos: a) Identificar el nivel de ansiedad de cada una de las participantes, antes y después de la intervención; b) Medir la percepción de bienestar subjetivo de las mujeres, al inicio y al final del programa; c) Monitorear la adquisición de hábitos alimenticios saludables, así como la reducción de conductas alimentarias de riesgo durante las intervenciones; d) Comprobar los cambios conductuales en los hábitos alimenticios de las mujeres, una vez finalizadas las intervenciones; e) Descubrir las variables que, según las participantes, pudieran incidir en su bienestar; f) Relacionar los cambios conductuales en la alimentación con el

bienestar subjetivo y los niveles de ansiedad; g) Comparar los grupos experimental y control a fin de comprobar la eficacia de la intervención experimental.

### **Hipótesis**

La buena alimentación es un eje fundamental en la salud física de las personas y, por ende, en la prevención y tratamiento de enfermedades mentales.

Una intervención que entrene en habilidades para adquirir hábitos alimenticios saludables, y que, a la vez, trabaje en la disminución de conductas alimentarias de riesgo, es más efectiva para contrarrestar la ansiedad, que una intervención que no promueva una modificación en los hábitos alimenticios. Existe, pues, una correlación entre alimentación, bienestar subjetivo y ansiedad, impactando, de manera directa, el bienestar físico e intrapersonal (autoestima) de las mujeres.

## **Metodología**

*Transformando Mujeres en tiempos de Covid* fue un plan grupal de intervenciones diseñado por la investigadora, que combinó teorías de diferentes enfoques psicológicos – tanto tradicionales como contemporáneos – con el objetivo de disminuir la ansiedad en la población más afectada durante la pandemia: mujeres (Montalvo Batista, 2021) de 30 a 59 años de edad (Viceministerio de Salud Colectiva, 2020).

Se trató de un proceso planificado de enseñanza- aprendizaje enfocado en la adquisición y fortalecimiento de hábitos alimenticios saludables, en consonancia con las estrategias de Educación para la Salud promovidas por organismos internacionales (Organización Mundial de la Salud, 2004; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2011; Sociedad Española de Nutrición Comunitaria) y con las teorías conductistas de modificación de conducta. El entrenamiento en habilidades estuvo acompañado de un monitoreo sistemático de la ingesta de alimentos saludables (conductas saludables), así como en la disminución del consumo de alimentos perjudiciales a la salud (conductas alimentarias de riesgo). Luego, las intervenciones giraron en torno a pensamientos, emociones y su vinculación con los estados de ánimo y la conducta, aunque el acompañamiento en la adquisición de estilos de vida saludables permaneció hasta el final.

### **Diseño**

El diseño de la investigación fue de tipo cuantitativo, cuasiexperimental con grupo control y experimental: el primero, objeto de una intervención ecléctica con técnicas propias de los modelos cognitivo-conductual, de la terapia centrada en soluciones y de la Gestalt, y el segundo, de la misma intervención ecléctica a la que se añadió la educación para la salud y la modificación de conductas alimentarias de riesgo.

El tamaño esperado de la muestra era de 40 mujeres. La técnica de muestreo fue por conveniencia y no probabilística. Se utilizaron las redes sociales Vivo Mejor, con 180,000 seguidores en Facebook; vivomejor, con 4,400 seguidores en Instagram;

el canal de Youtube Wendy Santos Berroa, así como las redes sociales personales de la investigadora, para reclutar mujeres que quisieran participar en el programa Transformando Mujeres en tiempos de Covid, y que cumplieran los criterios definidos: ser mujeres y tener una edad entre 30 y 59 años (Apéndice A).

La inscripción al programa, por parte de las interesadas, se hizo a través de mensajes al correo electrónico de la investigadora, en el que manifestaron su voluntad de participar. En un periodo de 2 semanas, se fue haciendo un listado con nombres, fecha de nacimiento, edad y nacionalidad de las mujeres, con la finalidad de crear un padrón general en el que se verificarían los criterios de inclusión definidos en el plan.

De 71 mujeres que manifestaron interés en el programa, 56 cumplían con los requisitos para participar, para un 81.7%. Del porcentaje restante, la mitad pertenecía a mujeres con edad comprendida entre 20 y 29 años, y el otro, a mujeres de 60 a 69 años. De las 56, 6 se retiraron antes de que empezara el programa, por cuestiones de poca disponibilidad temporal.

Al inicio de la investigación habían 50 mujeres con una media de 42.8 años, una mediana de 45, y un mínimo de 30 y máximo de 55 años, para una desviación estándar de 8.34, cuyas características sociodemográficas se detallan en la Tabla 1:

Tabla 1  
**Características Sociodemográficas de la Muestra**

<b>Rango de Edad</b>	<b>%</b>	<b>Cantidad de hijos</b>	<b>%</b>	<b>Ingresos Individuales</b>	<b>%</b>
30-39 años	43%	Sin hijos	16%	Ningún ingreso	12%
40-49 años	33%	De 1-3 hijos	78%	De RD\$5,000 a RD\$10,000	10%
50-59 años	24%	4 hijos o más	6%	De RD\$10,001 a RD\$30,000	25%
				De RD\$30,001 a RD\$50,000	25%
<b>Estado Civil</b>	<b>%</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>%</b>	De RD\$50,001 a RD\$100,000	22%
Soltera	18%	Secundaria	8%	Más de RD\$100,000	6%
Casada/ Unión libre	70%	Técnico	6%		
Divorciada sin pareja	12%	Universitario	86%		



## Instrumentos

La recolección de los datos socioeconómicos de las participantes se hizo a través del formulario Conociendo a las Participantes. Las otras informaciones se colectaron a partir de los siguientes instrumentos:

El primero de ellos fue la Escala de Valoración de Ansiedad de Hamilton, en su versión adaptada (Lobo et al, 2002), la cual fue suministrada con la finalidad de evaluar la eficacia de la investigación experimental frente al grupo control, al medir los niveles de ansiedad de las participantes antes y después de finalizada la intervención. Esta prueba consiste en 14 items que evalúan la intensidad y frecuencia de los síntomas propios de la ansiedad, en una escala de 0 a 4, con una puntuación total que puede fluctuar entre 0 y 56, siendo sus propiedades psicométricas muy similares a las de las escalas originales: validez discriminante  $p < 0.001$ ; validez convergente  $p < 0.05$ ; consistencia interna (coeficiente Alfa de Cronbach) = 0.89.

El segundo fue el Cuestionario de Bienestar Integral y Hábitos Alimenticios, elaborado por la investigadora, aplicado con el objetivo de medir autopercepción de bienestar y de hábitos, el estado de ánimo y el estilo de vida de las participantes antes y después de la intervención. El mismo consta de dos partes:

- *Cuestionario de Bienestar Integral*, con 25 afirmaciones de percepción de bienestar subjetivo y estilo de vida, cuyas respuestas se escriben en una escala tipo Likert, con valores numéricos del 0 al 4, que va desde totalmente en desacuerdo (0) hasta totalmente de acuerdo (4), para una puntuación total que fluctúa entre 0 y 100. A mayor puntuación, mejor percepción de bienestar. Este cuestionario fue elaborado inspirado en las directrices de la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York (Organización Mundial de la Salud, 1946). Las subescalas son las siguientes: Bienestar Físico, Bienestar Emocional, Bienestar Intrapersonal (Autoestima), Bienestar Social y Bienestar

Espiritual. Los reactivos fueron electos luego del análisis de diversos instrumentos psicométricos, dentro de los que encontramos las Escala de Bienestar Psicológico de RYFF, 1989, adaptada por Van Dierendock, 2004 (Véliz, Alex (2012) y la Escala de Bienestar Subjetivo de Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985 adaptada para la población de Argentina (Mikulic et Al, 2019). Los items contenidos en el Cuestionario de Bienestar Integral, con sus respectivas subescalas, se pueden visualizar en el Apéndice B.

- *Cuestionario de Hábitos Alimenticios*, con 25 preguntas de selección múltiple, sin valoración, que registran conductas alimenticias saludables o de riesgo, su frecuencia y cantidad: ingesta de agua, frutas, azúcares, comida procesada, entre otros. Este cuestionario se utilizó para documentar el impacto de las intervenciones en lo que respecta a la modificación de conductas (Apéndice C). Los reactivos de este cuestionario fueron seleccionados siguiendo los lineamientos de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (Dapcich et al, 2002), resumidos en la Pirámide de la Alimentación Saludable (2004) (Apéndice D).

Estos cuestionarios fueron elaborados para esta investigación a fin de ser utilizados como fuente de información cualitativa, ya que se desconocen sus propiedades psicométricas.

La Guía de Alimentación Saludable sobre la que se basa el Cuestionario de Hábitos Alimenticios (Dapcich et al, 2002) establece cuáles son los alimentos que han de ser consumidos para que el organismo funcione de manera óptima (alimentos saludables), así como aquellos cuya ingesta regular constituye una conducta alimentaria de riesgo (alimentos perjudiciales), como se podrá verificar en la Tabla 2:

Tabla 2

**Porciones Recomendadas de Ingesta de Alimentos (Saludables y Perjudiciales)**

<b>Alimentos Saludables</b>	<b>Porciones al Día</b>	<b>Alimentos Perjudiciales</b>	<b>Porciones a la Semana</b>
<b>Agua</b>	8 o más vasos	<b>Azúcar refinada</b>	Ocasional y moderado
<b>Frutas frescas</b>	3 o más porciones	<b>Harina refinada</b>	Ocasional y moderado
<b>Vegetales crudos</b>	2 o más porciones	<b>Comida procesada</b>	Ocasional y moderado
<b>Cereales integrales</b>	4 o más porciones		

El estado emocional de las participantes de ambos grupos fue monitoreado semanalmente, a partir de la segunda semana, por medio de encuestas diseñadas en Google Forms, contentivas de preguntas escala (del 1 al 10, siendo el 1 lo peor, y el 10 lo mejor), así como de preguntas abiertas.

**Procedimiento**

Se conformaron dos grupos que se reunirían una vez a la semana, durante 6 semanas, en el horario de 7:00 pm a 9:00 pm. Se escogieron dos días distintos, el lunes y martes, por conveniencia de la investigadora. La asignación a los grupos fue no probabilística debido a la disponibilidad de las participantes, a quienes se les dio la opción de inscribirse uno u otro día. Sin embargo, no se encontró diferencias sociodemográficas significativas entre ambos grupos, como lo demuestra el coeficiente de correlación entre el grupo experimental y el grupo control ( $p=0.361$ ,  $t=0.249$ ). En los demás aspectos sociodemográficos también hubo homogeneidad.

A fin de garantizar la validez del experimento, los parámetros de forma fueron homogéneos: modalidad de las reuniones, número y duración de las sesiones, siendo la variable independiente el contenido de las sesiones (Oblitas, 2008).

La investigadora diseñó las intervenciones integrales de las que serían objeto los grupos, a los fines de disminuir la ansiedad, las cuales combinaban técnicas de la

terapia cognitivo conductual, de la terapia Gestalt, así como de la terapia breve centrada en soluciones. La diferencia entre ambos grupos radicó en el entrenamiento en habilidades para adquirir hábitos alimenticios saludables y la modificación de conductas alimentarias de riesgo a los que sería sometido el grupo experimental, con técnicas propias de los modelos conductuales.

El programa inició el lunes 5 de abril de 2021, con la creación de dos grupos de WhatsApp, así como el envío – a través de la plataforma de Google Forms - de los siguientes documentos: a) Consentimiento Informado; b) Conociendo a las Participantes; c) Escala de Ansiedad de Hamilton y d) Cuestionario de Bienestar Integral Cuestionario de Hábitos de Bienestar Integral y Hábitos Alimenticios.

Las reuniones por Zoom empezaron el lunes 12 de abril, y tuvieron una duración de 2 horas cada una, y se prolongaron por el término de 6 semanas, finalizando el 17 de mayo de 2021.

El programa de intervenciones de Transformando Mujeres (Apéndice E) se sustentó en las técnicas psicológicas que se detallan en la Tabla 3:

Tabla 3

**Técnicas Psicológicas que Formaron parte del Programa Transformando Mujeres**

<b>Modelo Terapéutico</b>	<b>Técnicas</b>
Educación para la Salud	Promoción de estilos de vida saludables; análisis de costes y beneficios de las conductas saludable y las conductas de riesgo.
Terapias Conductuales	Modificación de conductas: aumento de comportamientos deseados (refuerzo positivo, modelamiento, entrenamiento asertivo), así como la disminución de los no deseados, a través del reforzamiento de conductas alternativas a las de riesgo.

<b>Modelo Terapéutico</b>	<b>Técnicas</b>
Terapia Cognitivo Conductual	Desensibilización sistemática, reestructuración cognitiva a través de la psicoeducación; relajación y respiración; refuerzo positivo, identificación de pensamientos y creencias irracionales biblioterapia, autorregistros, realización de tareas.
Terapia Gestáltica Grupal (TGG)	Atención plena, observación, proyección, interiorización, acompañamiento, diálogo, repetición.
Terapia Centrada en Soluciones	Preguntas de apertura, pregunta milagro, preguntas escalas, búsqueda de excepciones, externalización, toma de conciencia de las emociones, preguntas para fortalecer el autoestima.

El programa para el grupo control fue prácticamente el mismo. Se obvió el entrenamiento en educación para la salud, así como el uso de las técnicas conductuales - al no procurarse cambios en sus hábitos alimenticios - por lo que se pudo dedicar más tiempo al análisis y discusión grupal de los patrones de pensamientos, las emociones y su impacto en la conducta de las participantes.

A fin de monitorear los progresos de las participantes, además de responder la pregunta escala al inicio de cada sesión, a partir de la segunda semana de intervención, se les envió una encuesta con preguntas acerca de su estado de ánimo, con una valoración del 1 al 10, siendo el 1 lo peor, y el 10, lo mejor.

### **Análisis de datos**

El análisis de datos se hizo a través del programa JAMOVI, en su versión 1.8.1.0 para Mac. Se utilizó un estadístico descriptivo para el estudio de los datos sociodemográficos de las participantes, así como de las medias del nivel de ansiedad reflejado en la Escala de Ansiedad de Hamilton, y del nivel de bienestar subjetivo de las mujeres.

Para determinar la normalidad de los datos se utilizó la prueba Shapiro-Wilk, mientras que la *t* de Pearson fue utilizada con el objetivo de determinar se existían

diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. El tamaño del efecto fue calculado con el coeficiente de Cohen; la confiabilidad, con el alfa de Crombach, y para el seguimiento del antes y el después de cada grupo se aplicó la prueba *t* para muestras relacionadas.

## Resultados

### Al Inicio de las Intervenciones

Al momento de iniciar las intervenciones, el grupo experimental estaba compuesto por 23 mujeres, y el control por 27, para un total de 50 participantes. Sin embargo, por razones de carga académica y problemas relacionados con el suministro de internet, se retiraron 11 mujeres del primer grupo, y 12, del segundo, para un 47.8% y 44.4%, respectivamente, antes de que las intervenciones llegaran a la tercera semana. A partir de ese momento, el número permaneció invariable. La muestra final fue 27 mujeres, 15 en el grupo control y 12 en el grupo experimental, para una potencia estadística de 86%.

Las puntuaciones promedio y otros estadísticos descriptivos de la Escala de Ansiedad de Hamilton de ambos grupos antes de iniciar las intervenciones pueden verse en la Tabla 4. En términos clínicos, la ansiedad en ambos grupos se ubicaba dentro del rango establecido para la *ansiedad moderada*.

Tabla 4

### Estadísticos descriptivos de la Escala de Ansiedad de Hamilton antes de las Intervenciones

	Grupo Experimental	Grupo Control
N	23.0	27.0
Media	23.3	22.6
Mediana	22.0	23.0
Desviación estándar	10.4	10.4
Mínimo	5.0	3.0
Máximo	45.0	44.0

Se comprobó la normalidad de los datos con el coeficiente Shapiro-Wilk (0.970 y 0.980, para el grupo experimental y el control, respectivamente) como supuesto para la comparación de medias. La prueba t independiente evidenció un valor  $t= 0.302$  y una significancia de  $p=0.225 >0.05$  y lo que muestra que entre ambos grupos no había diferencias estadísticamente significativas en lo que respecta a los niveles de ansiedad presentados.

Esta información fue corroborada al inicio de la primera sesión, cuando las participantes, luego de haberse presentado, hablaron abiertamente sobre su situación particular y las causas que, según su criterio, les producían ansiedad.

Las causas identificadas fueron, en sentido general, las siguientes: exceso de carga familiar, miedo a enfermarse de Covid o a perder el trabajo, enfermedad de algún familiar cercano, situación económica precaria, toma de decisiones importantes en el horizonte, entre otras.

### ***Bienestar Integral***

La percepción de bienestar subjetivo, valorada en una escala del 1 al 100 -donde 1 es lo peor, y 100, lo mejor - fue recogida por medio del Cuestionario de Bienestar Integral, y sus datos estadísticos se encuentran en la Tabla 5:

Tabla 5

#### **Estadísticos descriptivos del Cuestionario de Bienestar Integral antes de las Intervenciones**

	<b>Grupo Experimental</b>	<b>Grupo Control</b>
N	23.0	27.0
Media	61.8	62.3
Mediana	66.5	62.0
Desviación estándar	11.0	15.9
Mínimo	40.0	25.0
Máximo	77.0	94.0

Los ejes evaluados en el Cuestionario de Bienestar Integral fueron Bienestar Físico, Emocional, Intrapersonal (Autoestima), Social y Espiritual. Los ejes peor valorados por parte de las mujeres fueron Bienestar Emocional, Intrapersonal (Autoestima) y Físico, todos ubicados muy por debajo de la media.

De los 25 indicadores previstos en el cuestionario, los que peor puntuación obtuvieron al inicio de las intervenciones fueron los items *cuido mi alimentación* (Bienestar Físico), *me gusta como me veo*, y *estoy conforme con mi peso* (Bienestar Intrapersonal/ Autoestima). Estas tres variables parecen estar relacionadas entre sí: a menor cuidado de la alimentación, mayor posibilidades de aumentar de peso, y, por ende, no estar conforme con el mismo y no gustarse como se ve. En la Tabla 6 se puede ver la puntuación de cada uno de los grupos.

Tabla 6

**Variables peor Ponderadas en el Cuestionario de Bienestar Integral**

Item	Afirmación	Grupo Experimental	Grupo Control
12	Estoy conforme con mi peso	0.39	0.44
2	Cuido mi alimentación	0.45	0.51
11	Me gusta como soy y como me veo	0.51	0.47

**Hábitos Alimenticios**

Un insumo importante para determinar los comportamientos alimenticios saludables y las conductas alimentarias de riesgo de las participantes fue el Cuestionario de Hábitos Alimenticios, el cual evidenció una baja prevalencia de hábitos saludables y una alta incidencia de conductas alimentarias de riesgo en su cotidianidad.

Dentro de los hábitos saludables monitoreados se encuentran el consumo de agua, frutas, vegetales crudos, y cereales integrales, en la proporción recomendada en la Pirámide de la Alimentación Saludable (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria SENC, 2004), guía de referencia en esta investigación. Las conductas



alimentarias de riesgo observadas fueron el consumo de azúcar, harina refinada y comida procesada, los que, según investigaciones científicas, pueden crear estrés físico y mental (Menéndez, 2007).

Según el indicado cuestionario, la media diaria de consumo de agua para el grupo experimental fue de 5.76 vasos (46.08 onzas), mientras que para el grupo control, de 6.30 vasos (50.4 onzas), por debajo de los 8 vasos recomendados.

En relación con el consumo de frutas frescas y vegetales, el 12.1% del grupo experimental declaró no consumir frutas y el 39.4%, una porción, para un 51.5%, de consumo deficiente. En el grupo control, el 10% declaró no consumir, y el 65%, una porción, para un total de 75% por debajo de lo recomendado, recordando que la cantidad recomendada es alrededor de 4 porciones de frutas al día.

Con los vegetales, el porcentaje de mujeres que declaró no consumirlos fue 18.2% para el grupo experimental, y un 15%, para el grupo control.

En lo que respecta al consumo de alimentos nocivos a la salud, el 35% del grupo control declaró consumir azúcar de manera regular, en postres, jugos, maltas y otras bebidas, mientras que el experimental, un 37%; harina refinada, 25% del grupo control, y 52% del experimental; y alimentos procesados, el 25% en ambos grupos.

Una vez identificados los hábitos alimenticios de las mujeres, se empezó a trabajar con el grupo experimental, con las técnicas de modificación de conductas para reforzar los comportamientos saludables, y disminuir los de riesgo. Se hizo especial hincapié en el consumo de agua, al ser el componente más necesario para el cuerpo humano.

De manera paralela, al inicio del programa, se entrenó acerca de la estructura de alimentación de las participantes, cantidad de comidas al día, horario de las mismas, y la necesidad de tener un desayuno completo.

**Monitoreo Semanal**

Para dar seguimiento al programa, se enviaron cuestionarios con preguntas escala, del 1 al 10, donde 1 era lo peor, y 10, lo mejor, que medían la percepción de disminución de ansiedad, así como el nivel de bienestar subjetivo de las participantes, tal y como lo demuestran las Figuras 1 y 2.

Figura 1

**Monitoreo Semanal de Percepción de Disminución de Ansiedad para Ambos Grupos**

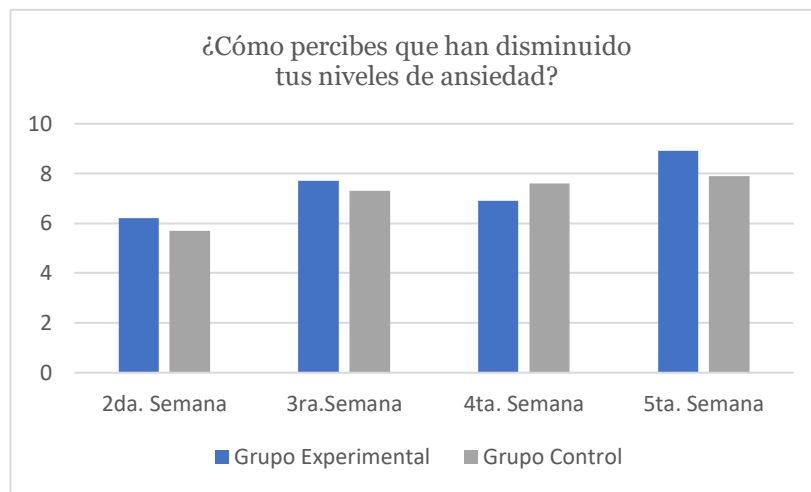
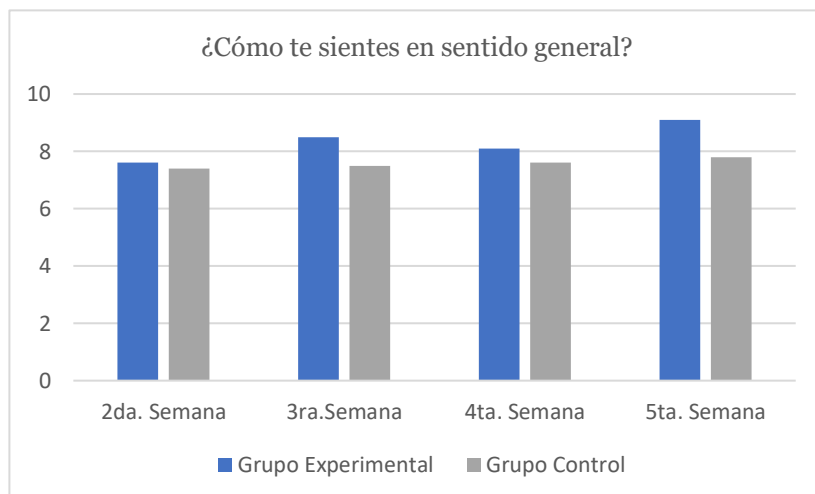


Figura 2

**Monitoreo Semanal de Percepción de Bienestar para Ambos Grupos**



De igual forma, a través de esos cuestionarios se hizo la pregunta abierta de *qué más necesitas hacer para mejorar tu bienestar*, las respuestas comunes a ambos grupos fueron las siguientes: *tener autocontrol sobre los alimentos, trabajar en mis hábitos, dedicar más tiempo al cuidado de mi cuerpo, quererme y conocerme más, y estar enfocada en mi bienestar*.

La adquisición de hábitos alimenticios era monitoreada, desde un principio, a través de los grupos de WhatsApp y de manera directa con cada participante.

### ***Participación en las intervenciones***

La asistencia a las sesiones por Zoom fue más consistente para el grupo control que el Experimental, el cual tuvo un porcentaje de asistencia que se mantuvo en un rango que oscilaba entre un 86% y 90%, frente a un 80%-85%, del último. Sin embargo, el 100% de las reuniones en Zoom fue grabado y enviado posteriormente, no solo a las que no asistieron, sino también a las que participaron de la dinámica grupal.

En sentido general, la participación fue muy activa en ambos grupos. La mayoría de mujeres interactuó, de manera abierta y activa, con las demás, y expuso sus puntos de vista acerca de los diferentes tópicos que fueron tratados. No obstante a ello, algunas decidieron escuchar, y limitar su participación.

Una de las participantes del grupo control presentó una especie de crisis por la forma en que se estaban llevando las dinámicas de grupo, y tuvo que ser intervenida personalmente en el consultorio de la investigadora. Luego de una sesión, se reincorporó al grupo sin mayores problemas. En el grupo experimental, otras tres tuvieron problemas personales: muerte de una madre, divorcio y pérdida de empleo. Tras ofrecérsele intervención personalizada, ellas rechazaron debido a la proximidad de sus respectivos sucesos.

Durante las 6 semanas, la armonía, la compenetración, la empatía y el respeto reinó en las reuniones y en los grupos de WhatsApp, no produciéndose ningún episodio desagradable o doloroso. La muerte de la madre de una de las participantes, así como el despido del trabajo de otra, sirvieron para que el grupo interactuara desde una perspectiva de solidaridad y afecto, situación que contribuyó a su unión.

El grupo experimental empezó a tener cambios en sus hábitos alimenticios desde la segunda semana, con el aumento paulatino del consumo de alimentos saludables (agua, frutas, vegetales y cereales), y la reducción gradual de conductas alimentarias de riesgo, como el consumo habitual de azúcar, harina refinada y alimentos procesados. Esto fue verificado por medio al seguimiento que se les dio vía WhatsApp.

### **Efectividad de las Intervenciones**

Luego de las intervenciones se realizaron evaluaciones con la finalidad de constatar si había cambios en los síntomas de ansiedad presentados por las participantes. A tal efecto, la Escala de Ansiedad de Hamilton, mostró las puntuaciones que se pueden apreciar en la Tabla 7:

Tabla 7

#### **Estadísticos descriptivos de la Escala de Ansiedad de Hamilton después de las Intervenciones**

	<b>Grupo Experimental</b>	<b>Grupo Control</b>
N	12.0	15.0
Media	17.1	18.1
Mediana	17.0	15.0
Desviación estándar	6.1	9.4
Mínimo	8.0	6.0
Máximo	30.0	36.0

Para el grupo experimental, se comprobó la normalidad de los datos de la Escala

de Ansiedad de Hamilton a través del coeficiente Shapiro-Wilk, el cual arrojó un resultado de 0.960. La prueba  $t$  para muestras relacionadas tuvo una significancia de  $t=1.60$ ,  $p=0.139$ , lo que sugiere que no hubo cambios estadísticamente significativos de los niveles de ansiedad entre el pre y el post, para un  $(n=12)$ .

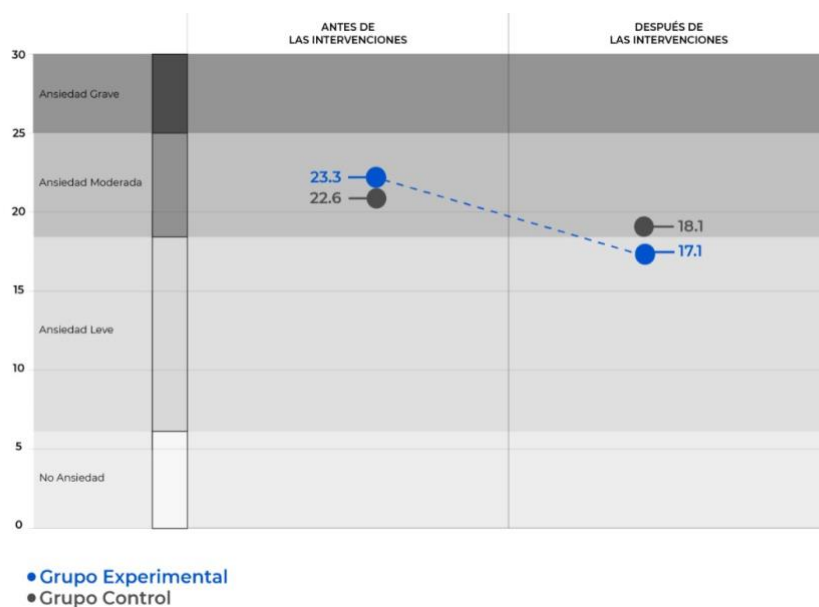
El resultado del coeficiente Shapiro-Wilk para el grupo control fue de 0.980, mientras que la prueba  $t$  para muestras relacionadas fue  $t=1.81$ ,  $p=0.121$ , evidenciando que no hubo un cambio estadísticamente significativo en los niveles de ansiedad presentados antes y después de las intervenciones.

En lo que respecta a la hipótesis experimental, la comparación de ambos grupos después de la intervención a través de la prueba  $t$  independiente evidenció una significancia de  $t=0.708$  y un valor  $p=0.378$  que sugiere que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

En términos clínicos, la ansiedad disminuyó un 26.7% en el grupo experimental y un 19.9% en el grupo control, situándola en *ansiedad leve*, al primero, y *ansiedad moderada*, al segundo, de conformidad con la escala expuesta en la Figura 3:

Figura 3

### Disminución Clínica de los Niveles de Ansiedad para Ambos Grupos De conformidad con la Escala de Ansiedad de Hamilton



En el Apéndice F se exponen las variaciones de las puntuaciones de cada una de las participantes en la Escala de Ansiedad de Hamilton.

### ***Bienestar Integral***

La percepción de bienestar subjetivo tuvo una mejoría para ambos grupos después de la intervención. En la Tabla 8, se muestran los estadísticos descriptivos del Cuestionario de Bienestar Integral post intervenciones:

Tabla 8

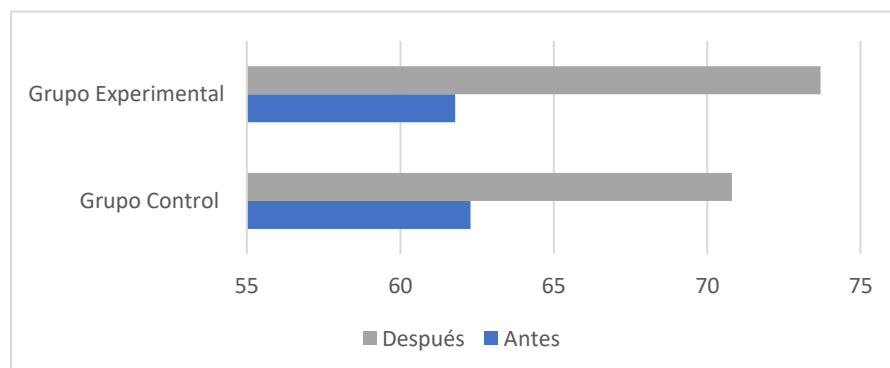
### **Estadísticos Descriptivos del Cuestionario de Bienestar Integral después de las Intervenciones**

	<b>Grupo Experimental</b>	<b>Grupo Control</b>
N	12	16
Media	73.7	70.8
Mediana	73.5	73
Desviación estándar	13.6	15.8
Mínimo	51	34
Máximo	89	95

El aumento de percepción de bienestar fue de 19.3%, en el grupo experimental, y de un 13.6%, en el grupo control, para una diferencia de 5.7% a favor del primero, como se puede observar en la Figura 4:

Figura 4

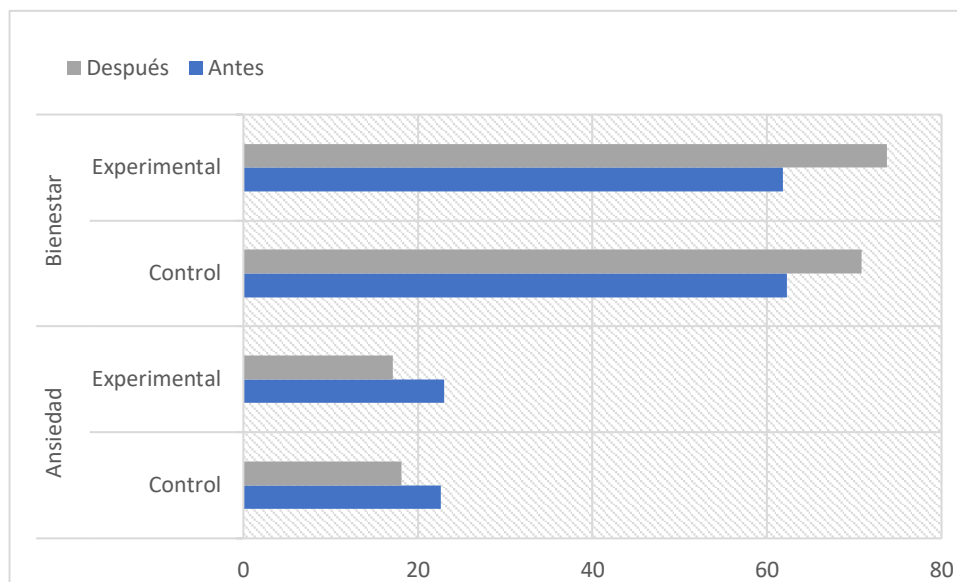
### **Variación en la Percepción de Bienestar Subjetivo para Ambos Grupos después de las Intervenciones**



Se evidencia la tendencia inversamente proporcional del aumento de bienestar subjetivo y la disminución de ansiedad, como se puede ver en la Figura 5.

Figura 5

**Relación entre Disminución de Ansiedad y Aumento de Bienestar Subjetivo después de las intervenciones para Ambos Grupos**



En el grupo experimental, por cada por ciento de aumento en la percepción de bienestar subjetivo, hubo una disminución de 1.38% en la ansiedad. La prueba *t* para muestras independientes tuvo una significancia de  $t=2.21$ ,  $p=-0.116$ , y un valor  $p=0.282$ . En el Apéndice G se pueden observar la puntuación, antes y después, de cada una de las participantes.

Por otro lado, el 81.5% de las participantes experimentó disminución en sus niveles de ansiedad y aumento en su percepción de bienestar subjetivo (75% del grupo experimental y 86.6% del grupo control), frente a un 18.5% que aumentó sus niveles de ansiedad (25% del grupo experimental y 13.3%, del control).

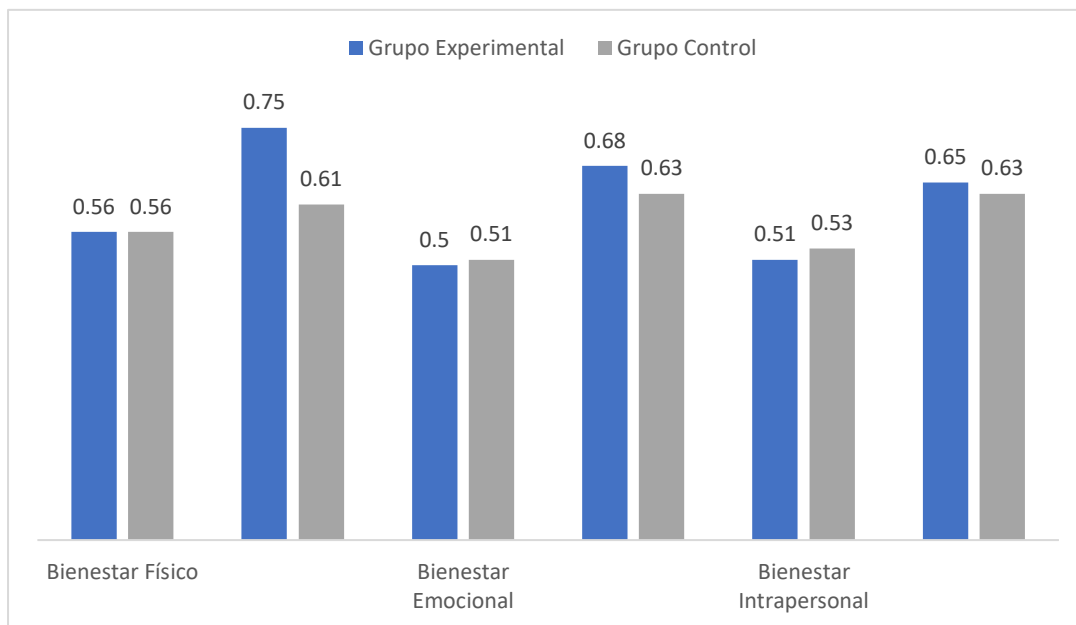
La ansiedad aumentó en un 38% promedio en las 3 mujeres del grupo experimental, en contraposición de un 15%, en las 2 participantes del grupo control.

Las dos mujeres del grupo experimental cuya ansiedad fue la mayor al inicio de las intervenciones, con puntuaciones de 35 y 36 en la Escala de Ansiedad de Hamilton, situándolas en *ansiedad muy grave*, recordando que la media se situaba en 23.3, experimentaron una disminución de 13 y 27 puntos, para un 36% y 77%, respectivamente.

La percepción de Bienestar Físico, Emocional e Intrapersonal aumentó luego de las intervenciones en mayor proporción para el grupo experimental, como se puede apreciar en la Figura 6:

Figura 6

**Variación en Ejes del Bienestar Integral peor Ponderados**



Después de las intervenciones, la variación de los indicadores peores ponderados al inicio del programa, ubicados dentro del Bienestar Físico e Intrapersonal (Autoestima), fue mayor en el grupo experimental que en el control, sobre todo el ítem *cuido mi alimentación*, tal y como se puede comprobar en las Figuras 7, para el grupo experimental, y 8, para el control:



Figura 7

**Variación de las Variables Clave de Bienestar Subjetivo luego de las Intervenciones (Grupo Experimental)**

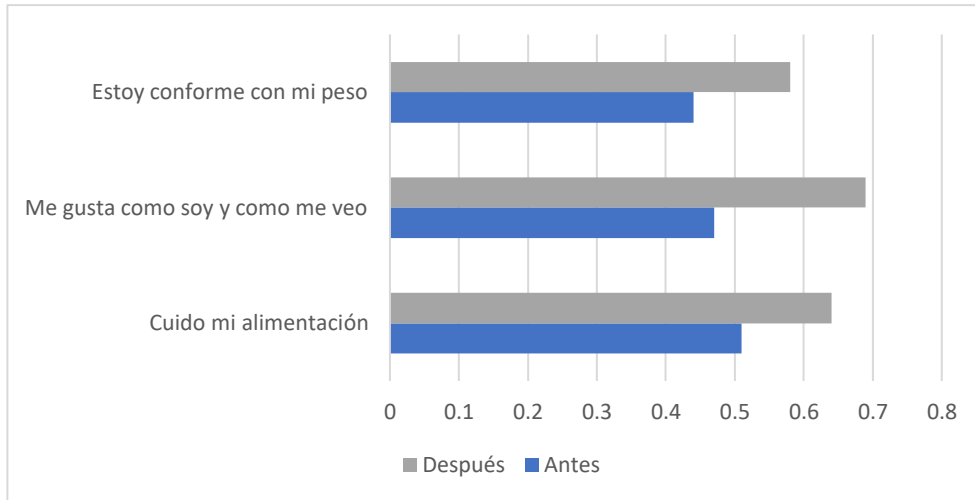
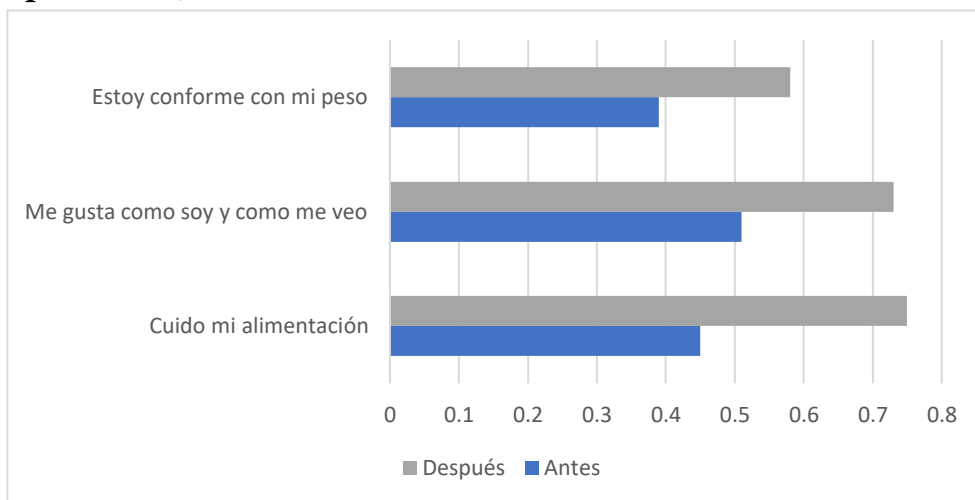


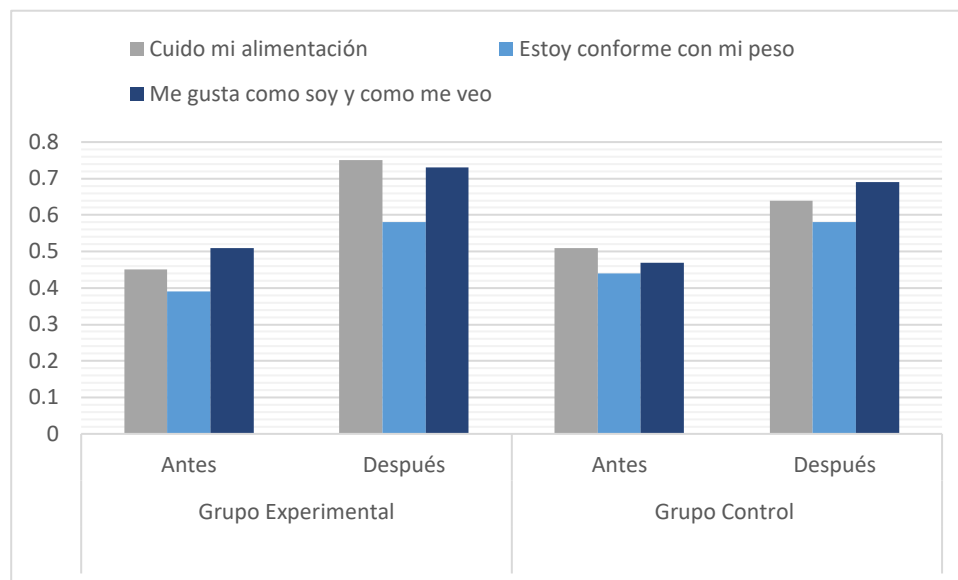
Figura 8

**Variación de las Variables Clave de Bienestar luego de las Intervenciones (Grupo Control)**



Las variables *cuido mi alimentación*, *estoy conforme con mi peso* y *me gusta como me veo*, tuvieron una notable mejoría con las intervenciones, sobre todo para las mujeres del grupo experimental. En la Figura 9 se pueden apreciar dichos cambios:

Figura 9

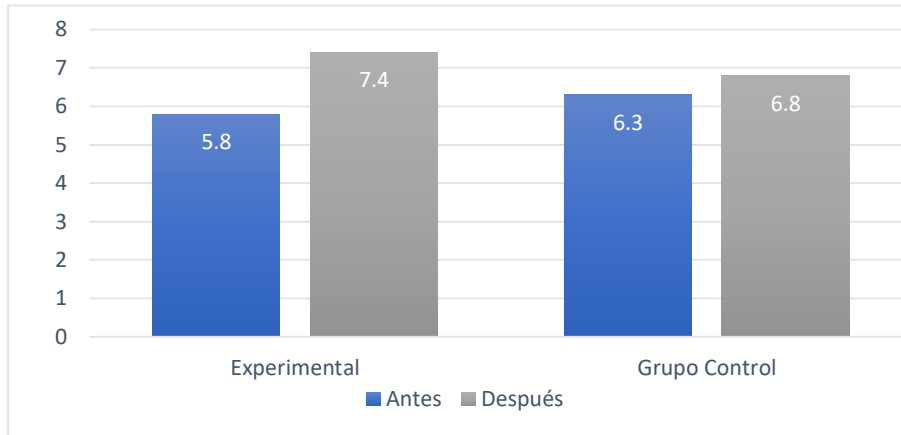
**Mejoría en Variables Peor Ponderadas al inicio de las Intervenciones*****Hábitos Alimenticios***

Como parte de la intervención, el grupo experimental recibió acompañamiento a fin de adquirir hábitos alimenticios saludables, mientras que el grupo control, no. A pesar de ello, las participantes de ambos grupos llenaron el Cuestionario de Hábitos Alimenticios, instrumento que arrojó información importante acerca de su patrón de consumo, antes y después de las intervenciones.

El consumo de agua aumentó en ambos grupos, aunque la variación fue más alta en el grupo experimental, como se puede ver en la Figura 10. Sin embargo, es importante resaltar que no se esperaba que el grupo control tuviera una modificación de conductas, ya que con ellos no se trabajó la variable alimentación saludable. Todavía el consumo medio está por debajo al recomendado por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) (Dapcich et al, 2002).

Figura 10

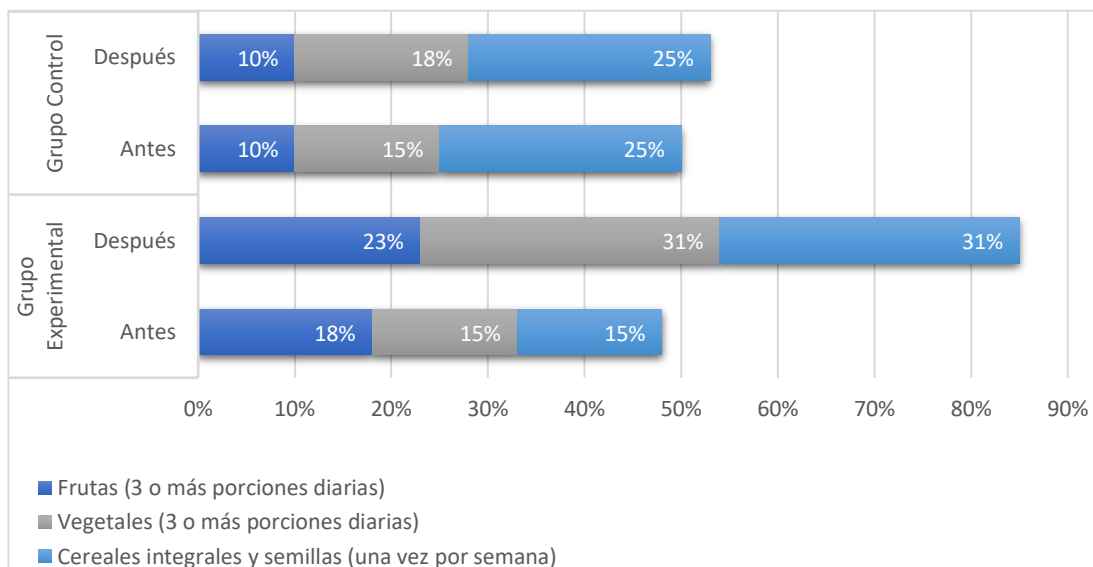
**Variación en el Consumo de Agua después de las Intervenciones para Ambos Grupos (expresado en vasos de 8 onzas)**



El consumo de frutas, vegetales y cereales integrales también tuvo incrementos considerables para el grupo experimental, no sucediendo lo mismo con el grupo control, tal y como se puede comprobar en la Figura 11, el cual presentó un ligero aumento en el consumo de vegetales:

Figura 11

**Aumento de Hábitos Alimenticios Saludables después de las Intervenciones para Ambos Grupos**



La modificación de conductas alimentarias de riesgo fue significativa para el grupo experimental, llegando a extinguir una de ellas: la ingesta de refrescos de soda. El grupo control tuvo una ligera variación, a pesar de no haber recibido acompañamiento en la adquisición de hábitos saludables, como se puede constatar en las Figuras 12 y 13:

Figura 12

**Disminución de Conductas Alimentarias de Riesgo después de las Intervenciones para el Grupo Experimental**

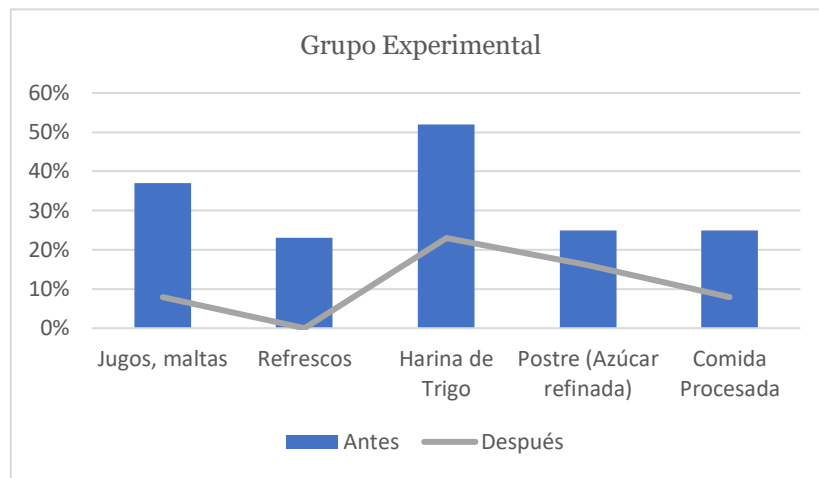
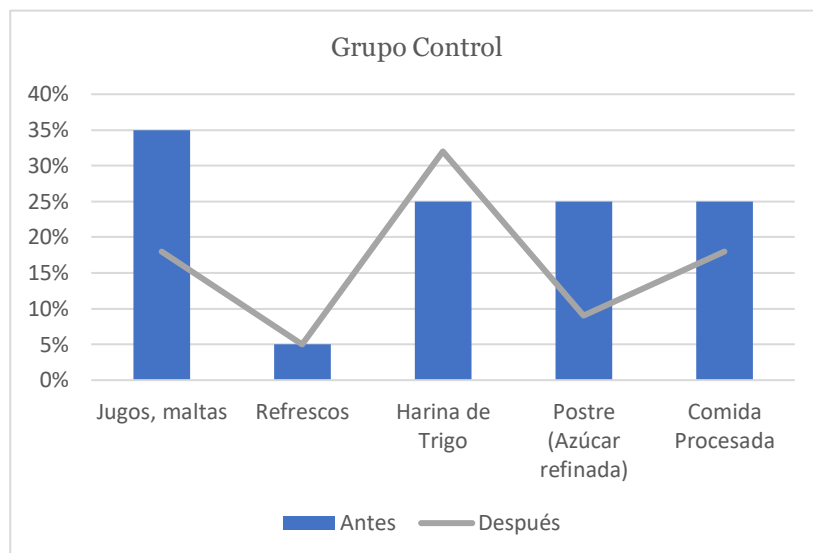


Figura 13

**Disminución de Conductas Alimentarias de Riesgo después de las Intervenciones para el Grupo Control**



### Discusión

El objetivo de esta investigación era verificar la hipótesis de que una intervención que incluyera entrenamiento en adquisición de hábitos de vida saludables, y que, a su vez, trabajara en la disminución de conductas alimentarias de riesgo sería más efectiva para contrarrestar la ansiedad, que una intervención ecléctica que no promoviese una modificación en los hábitos alimenticios.

A pesar de que, en términos estadísticos, Transformando Mujeres no tuvo una mayor efectividad en la reducción de la ansiedad del grupo experimental frente al control, hubo hallazgos que han de ser considerados para futuros estudios acerca de la ansiedad y su relación con el bienestar subjetivo y los hábitos alimenticios.

En términos clínicos, se observó una disminución significativa de ansiedad en las mujeres del grupo experimental, al pasar la ansiedad de *moderada a leve*.

A su vez, se evidenció una mejora en su bienestar subjetivo - semejantes a los mostrados por Souza et al (2008) en su abordaje grupal para la reducción de ansiedad en mujeres brasileñas - la cual fue corroborada por los cuestionarios de seguimiento y de autopercepción de bienestar.

Los hechos identificados como detonantes de ansiedad en las mujeres eran circunstancias externas ajenas a ellas, las que, en ningún momento, vincularon su estilo de vida, ni su estructura de pensamiento, a la ansiedad que estaban padeciendo en ese momento.

No obstante a que las participantes manifestaron su interés de aprender a comer mejor, después de muchos intentos fallidos, tampoco relacionaron sus conductas alimentarias de riesgo con la forma en cómo se sentían, por lo que constituyó un reto adicional para la investigadora, hacerlas conscientes de tal vinculación, en consonancia con las conclusiones de Arbués (2020) de que la alimentación no saludable se relaciona, de forma significativa, con la prevalencia de ansiedad.

Al final de las intervenciones, las mujeres pudieron apreciar la relación existente entre la adquisición de hábitos alimenticios saludables y su bienestar subjetivo, que las llevó a sentirse más conformes con su peso y su imagen física, y experimentar disminución en sus niveles de ansiedad, un hallazgo que corrobora con lo planteado por Roca (2019), quien afirma que la ansiedad puede disminuir con una buena alimentación, y por Giraldo (2010), al proponer que la educación para la salud ayuda a las personas a mejorar su calidad de vida.

Asimismo, este hallazgo coincide con los estudios que han vinculado la baja autoestima con el exceso de peso, como causa y consecuencia a la vez (Díaz, 2008).

Se han identificado algunas limitaciones metodológicas en esta investigación que pudieron haber incidido negativamente en los resultados estadísticos.

La primera limitación giró en torno al plazo contemplado para las intervenciones. El programa Transformando Mujeres, originalmente diseñado para 10 sesiones, fue reducido a 6 semanas para cumplir con los plazos establecidos, dada la naturaleza académica de esta investigación, lo que implicó una gran carga de información para el grupo experimental, en un tiempo relativamente corto, situación que, como lo confirman diversos estudios en el área educativa, podría ser una fuerte adicional de estrés en los estudiantes y perjudicar su desempeño académico (Berrío y Mazo, 2011; García et al., 2011).

La reducción del plazo conllevó dedicar menor tiempo a las técnicas propias de la Terapia Cognitivo-Conductual y de la Terapia Breve Centrada en Soluciones, en desmedro de una mejoría más significativa en la ansiedad del grupo experimental. Se hizo más énfasis en las técnicas conductuales de modificación de conductas: aumento de comportamientos deseados (refuerzo positivo, modelamiento, entrenamiento asertivo), así como la disminución de los no deseados, a través del reforzamiento de conductas alternativas a las de riesgo.

La limitante del tiempo puede subsanarse a través del diseño de programas para disminuir la ansiedad que tengan una duración que oscile entre 10 y 14 semanas, teniendo en cuenta que las investigaciones de Riveros (2005), Almudena (2008) y Santesteban-Echarri (2015) demuestran que el plazo de intervención no puede ser menor a 8 semanas. En lo que concierne al tema de educación para la salud, diversos estudios sugieren que 15 sesiones son las adecuadas para empezar a ver cambios significativos en las personas (Méndez et al, 2015; Imazú et al, 2015).

La segunda limitante fue el haber permitido que las participantes eligieran el día en el que iban a tener las sesiones, lo cual pudo haber afectado la validez de la investigación, confirmando la tesis de Echavarría (2016), acerca de la no aleatoriedad de la muestra y sus efectos en los resultados. En futuras investigaciones, este punto deberá ser tomado en cuenta, y la muestra ha de ser elegida por métodos aleatorios.

La tercera limitante fue la convocatoria a la participación en la investigación, que fue hecha a través de los medios digitales de la investigadora. Es posible que la muestra estuviese sesgada a favor de mujeres cuyo interés era salud y bienestar, por lo que el grupo control, a pesar de no haber sido objeto, de manera directa, de intervenciones en educación para la salud, aumentó algunos comportamientos alimenticios saludables, y disminuyó conductas alimentarias de riesgo. Estos datos sugieren que pudo haber una predisposición positiva hacia el cambio de hábitos por parte de ese grupo, por la posible incidencia de la investigadora a través de los medios digitales seguidos por las participantes, lo que pudo haber incidido en una mayor disminución de ansiedad después de las intervenciones, estrechando el margen con el grupo experimental. En futuras investigaciones, las convocatorias deberán ser hechas a través de medios imparciales, independientes del investigador. De igual forma, el Cuestionario de Bienestar Integral y de Hábitos Alimenticios fue creado por la investigadora para tener información cualitativa de apoyo para este programa. Sería

recomendable convertir dicha prueba en un instrumento psicométrico confiable, y validarla en el contexto dominicano.

Una cuarta causa es atribuible a situaciones adversas ocurridas en el transcurso de las intervenciones del grupo experimental: la muerte de la madre de una de las participantes, el divorcio de una segunda, y la desvinculación laboral de una tercera, que repercutieron negativamente en la ansiedad de dichas mujeres, las que optaron por no recibir terapia individualizada, tal y como se les había propuesto.

La experiencia virtual fue interesante, y se logró un buen rapport entre investigadora y participantes, según la apreciación de la primera, y la retroalimentación de las segundas al finalizar cada sesión. Sin embargo, este método presenta limitaciones que pudieran dificultar el proceso enseñanza-aprendizaje. Una de ellas es la imposibilidad de apreciar, en todas sus dimensiones, el lenguaje corporal de las participantes, quedando demostrada la importancia del mismo en investigaciones como la de Valenzo, Alibali y Klatzky (2003). Es por ello que sería preferible optar por la modalidad presencial para este tipo de intervenciones, siempre que las circunstancias lo permitan. En este contexto de pandemia, la plataforma virtual fue la opción más viable.

Por último, la experiencia como grupo fue enriquecedora para todas las partes involucradas. Se logró una compenetración entre las participantes, que las motivaba a modificar las conductas que les hacían daño, a la vez que servían como modelos a ser imitadas por otras. Se produjo una especie de círculo virtuoso de aprendizaje-enseñanza que redundó en beneficio de la mayoría.

En conclusión, si bien es cierto que a través de la investigación no se encontraron evidencias estadísticamente significativas que apoyen la hipótesis experimental, debido a las limitaciones expuestas, no es menos cierto que se encontraron hallazgos que motivan a seguir investigando acerca de la relación existente entre hábitos alimenticios, bienestar subjetivo y ansiedad. En consecuencia, es



importante que se sigan haciendo experimentos, con el rigor científico y metodológico necesarios, a fin de que el entrenamiento en adquisición de hábitos alimenticios saludables sea incluido como intervención complementaria en las terapias para disminuir la ansiedad, sin importar el modelo terapéutico de que se trate.

Constituye, pues, un desafío para las autoridades sanitarias del país, así como para los profesionales de salud mental, fomentar programas grupales de disminución de ansiedad, sobre todo en un momento en el que la pandemia por Covid ha triplicado sus efectos (Montalvo Batista, 2021).

Las mujeres, al ser la población más vulnerable a padecer ansiedad (Lozano-Vargas, 2020; Viceministerio de Salud Colectiva, 2020) han de ser objeto de políticas públicas que aligeren un poco su carga como pieza clave en la formación de la familia.

### Referencias

- Almudena, C., Cortés-Funes, F., Gómez, R., y García, A. (2008). *Valoración de la eficacia de una terapia grupal cognitivo-conductual en la imagen corporal, autoestima, sexualidad y malestar emocional (ansiedad y depresión) en pacientes con cáncer de mama*. Madrid, España. Hospital Universitario.
- Arbués E., Martínez, B., Granada, J., Echániz, E., Pellicer, B., Juárez, R., Guerrero. Minerva Sáez, M. (2020). *Conducta alimentaria y su relación con el estrés, la ansiedad, la depresión y el insomnio en estudiantes universitarios*. Zaragoza, España: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad San Jorge. Villanueva de Gállego.
- Arenas, M., Puigcerver, A. (2009). *Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica*. Valencia, España: Facultad de Psicología, Universitat de València, España.
- Berrío, N. Y Mazo, R. (2011). *Estrés Académico*. Colombia. Universidad de Antioquía.
- Calañas, A. (2005). *Alimentación Saludable basada en la Evidencia*. Endocrinología y Nutrición.
- Capafons, A. (2001). *Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada*. Oviedo, España: Psicothema, vol. 13, núm. 3. Universidad de Oviedo.
- Costa, M., López, E. (2008). *Educación para la Salud. Guía Práctica para promover Estilos de Vidas Saludables*. Pirámide.
- Dapcich, V., Castell, G., Ribas, L., Pérez, C., Aranceta, J., Serra, L., (2002). *Guía de la Alimentación Saludable*. España. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.
- Díaz, M. (2008). *Obesidad y Autoestima*. Hospital San Juan de la Cruz.
- Echavarría, H. (2016). *Diseños de investigación cuantitativa en psicología y educación*. Argentina. UniRío Editora.

- Fernández, M., Rodríguez, I., López, M., (2017) *Suplementos Nutricionales en los Trastornos de Ansiedad*.
- García, A., Escalera, M. (2011). *El estrés académico. ¿Una consecuencia de las reformas educativas del nivel medio superior?* Ecuador. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.
- Giraldo A., Toro, M., Macías, A., Valencia C., & Palacio, S. (2010). *La Promoción de la Salud como Estrategia para el Fomento de Estilos de Vida Saludables*. Colombia: Revista Hacia la Promoción de la Salud, vol. 15. núm. 1. Universidad de Caldas.
- González, M. (2007). *Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental*. La Habana, Cuba: Revista Cubana de Medicina General.
- González-Celis R, Martínez, R. (2009). *Análisis comparativo de la calidad de vida y la ansiedad en jóvenes estudiantes universitarios y adultos mayores*. México. Universidad Autónoma de México.
- Hernández-Guanir, P., Fernández-Martín, A. (2010). *Mejora de los moldes mentales y reducción de la ansiedad: un estudio piloto*. La Laguna, España: Congreso Europeo en Avances en el Tratamiento de los Trastornos por Ansiedad y Depresión.
- Huarcaya-Victoria, J. (2020). *Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19*, Perú.
- Imazú, M., Faria, B., Oliveira, G., Aparecida, C., Silva, S. *Efectividad de las intervenciones individual y en grupo en personas con diabetes tipo 2*. Brasil.
- Lobo A, Chamorro L, Luque A, Dal-Ré R, Badía X, Baró E y el Grupo de Validación en Español de Escalas Psicosométricas (GVPEEP) (2002). *Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la*

- Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad.* Barcelona, España. Medical Clinic
- Lozano- Vargas, A. (2020). *Impacto de la epidemia del Coronavirus (COVID-19) en la salud mental del personal de salud y en la población general de China.* Lima, Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Méndez, S., Mota, V., Maldonado, E., Rivas, I. (2015). *Efectividad de una intervención en nutrición en pacientes con hipertensión arterial sistémica que reciben atención primaria de salud: resultados de un estudio piloto en la Ciudad de México.* Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria.
- Menéndez, I (2007). *Alimentación Emocional.* Barcelona. De Bolsillo.
- Mikulic, I., Crespi, M., Caballero, R. (2019). *Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS): Estudio de las Propiedades Psicométricas en Adultos de Buenos Aires.* Buenos Aires, Argentina. Universidad de Buenos Aires.
- Moreno, P. (2011). *Superar la ansiedad y el miedo. Un programa paso a paso.* Murcia, España: Colección Serenditipy, 7ma. Edición.
- Moreno de la Torre, V. (2016). *Evidencia de la eficacia de la terapia cognitivo-conductual, mediante neuroimagen, en trastornos de ansiedad.* Barcelona, España: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Olmedilla, A., Ortega, E.\* y Garrido, M. (2008). *Variables sociodemográficas, ejercicio físico, ansiedad y depresión en mujeres. Un estudio correlacional.* Murcia, España: Universidad Católica San Antonio.
- Organización Mundial de la Salud (1946). *Preámbulo de la Constitución.* Record oficiales, No. 2.
- Pérez, J., Dorado, A.; Rodríguez-Brioso, M., López, J. (2020). *Resiliencia para la promoción de la salud en la crisis Covid-19 en España.* Madrid, España: Universidad Complutense de Madrid.
- Porrás, J. (2020). *Las cifras confirman el impacto de la pandemia sobre la salud mental.* España: Periódico El País, edición 24 de diciembre de 2020.

- Ribot, V., Chang, N.; González, A. (2020). *Efectos de la COVID-19 en la salud mental de la población*. La Habana, Cuba: Universidad de la Habana.
- Riveros, A., Cortazar-Palapa, J., Alcazar, F., Sánchez-Sosa, J. (2005). *Efectos de una intervención cognitivo-conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales*. México. Universidad Autónoma de México.
- Roca, C. (2019). *Beneficios del ejercicio físico y la buena alimentación en personas con trastorno de ansiedad*. Zaragoza, España: Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza.
- Rovira, J., Carreras, L., Rejas, J. (2008). *Aspectos económicos y epidemiológicos de los trastornos de ansiedad generalizada: una revisión de la literatura*. España.
- Sánchez López, M., Aparicio García, M. y Dresch, V. (2006). *Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres*. España: Universidad Complutense de Madrid y Centro Universitario Feevale.
- Santaesteban-Echerri, O., Hernández, L., Rentero, D., Güerre, J (2015). *Programa de Terapia Grupal para Niños con Ansiedad*. Madrid, España. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Schwartzmann, Laura (2003). *Calidad de vida relacionada con la salud. Aspectos conceptuales*. Uruguay: Revista Ciencia y Enfermería.
- Silva, D. (2013). *Trastorno de Ansiedad y su asociación con estados de sobrepeso y obesidad (según Índice de Masa Corporal IMC) en estudiantes del Colegio Técnico Huasipamba del Cantón Pelileo y la Unidad Educativa Liceo Policial Bilingüe MYR. Galo Miño J, en el período Octubre-Diciembre 2013*. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC, 2004). *Guía de Alimentación Saludable*. España.

- Souza, A., Fraga, M., Moraes, L., García, M., Moura, K., Aalmeida, P. (2008). *Grupo terapêutico com mulheres com transtornos de ansiedade: avaliação pela escala de ansiedade de Hamilton*. Facultad de Farmacia, Odontología y Enfermería.
- Valenzo, L., Alibali, M., Klatzky, R. (2003). *Teachers' Gestures Facilitate Students' Learning: A Lesson In Symmetry*. Contemporary Educational Psychology.
- Valero, N., Vélez, M.; Duran, A., Torres, M. (2020). *Afrontamiento del COVID-19: estrés, miedo, ansiedad y depresión*. Revista Enfermería Investiga.
- Véliz, A. (2012). *Propiedades psicométricas de la Escala de Bienestar Psicológico y estructura factorial en universitarios chilenos*. Chile, Universidad de los Lagos.
- Viceministerio de Salud Colectiva. Departamento de Salud Mental (2020). *Informe Ejecutivo sobre acciones de Salud Mental ante la Pandemia de 2019-nCoV*. 25. Santo Domingo, República Dominicana: Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana.

## Apéndice A. Invitación a Participar

SE BUSCAN PARTICIPANTES

# Transformando Mujeres en tiempos de COVID-19

Un programa integral para la disminución de la ansiedad

Si te interesa participar, por favor comunícate con Wendy Santos Berroa.

[wendyelizabethsantos@gmail.com](mailto:wendyelizabethsantos@gmail.com)

-  Ser mujer en el rango de edad de 30 a 59 años.
-  Tener la nacionalidad dominicana.
-  Ser residente en el Distrito Nacional o el Gran Santo Domingo.
-  Que esté experimentando ansiedad.
-  De cualquier estado civil, estrato socioeconómico y nivel educativo.
-  Es totalmente GRATUITO.

 **UNIBE**  
LEADING GLOBAL EDUCATION

 **VNIVERSIDAD DE SALAMANCA**  
CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

**Apéndice B. Cuestionario de Bienestar Integral**  
**Con sus Subescalas**

<b>Item</b>	<b>Subescala de Bienestar</b>	<b>Afirmación Positiva</b>
1	<b>Bienestar Físico</b>	Soy una persona saludable
2		Cuido mi alimentación (lo que como y lo que bebo)
3		Hago ejercicios físicos con frecuencia
4		Las horas que duermo me permiten descansar lo suficiente
5		No fumo ni consumo drogas
6	<b>Bienestar Emocional</b>	Soy una persona feliz, a pesar de los problemas
7		Reconozco mis emociones y sé gestionarlas
8		Mis pensamientos no suelen divagar en el pasado ni perderse en el futuro. Están centrados en el ahora
9		No tengo miedo del futuro
10		Estoy conforme con mi trabajo
11	<b>Bienestar Intrapersonal</b>	Me gusta como soy y como me veo
12		Me siento satisfecho con mi peso
13		Tengo una vida sexual satisfactoria
14		Estoy consciente de mis propias limitaciones
15		Tengo disciplina y autocontrol
16	<b>Bienestar Social</b>	Tengo buenas relaciones con mi familia, mis compañeros de trabajo y las personas que me rodean
17		Tengo buen sentido del humor/ sonrío con frecuencia
18		Salgo con mis amigos a menudo o me comunico con ellos por un medio virtual
19		Soy tolerante y respeto las ideas de los demás, aunque no coincidan con las mías (por ej. creencia religiosa, aborto, matrimonio homosexual...)
20		Me pongo en el lugar de los demás, no los juzgo y hago todo lo posible por ayudar
21	<b>Bienestar Espiritual</b>	Mi vida tiene significado, propósito
22		Tengo fe en mi mismo y en los demás
23		Creo en Dios o en algo que es más grande que nosotros
24		Medito o rezo con regularidad
25		Realizo acciones de bien al prójimo, sin pedir nada a cambio



**Apéndice C. Cuestionario de Hábitos Alimenticios**

### CUESTIONARIO DE HÁBITOS ALIMENTICIOS

Programa Transformando Mujeres 2021

Correo \*  
Correo válido:  
Este formulario registra los correos. [Cambiar configuración](#)

---

**Hola! ¿Cómo te llamas?**

Texto de respuesta corta

---

**¿Qué cantidad de vasos de agua bebes al día? \***

Menos de 3

3-4

5-6

6-7

7-8

Más de 10

---

**¿Cuántos vasos de jugos, maitas o té frío consumes? \***

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**¿Cuántos vasos de refrescos de soda consumes? \***

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**¿Cuántos vasos de leche de vaca consumes? \***

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**¿Cuántos vasos de bebidas alcohólicas consumes? \***

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**¿Cuántas porciones de frutas frescas consumes al día? (Ej: una taza= un guineo grande o una manzana)**

No consumo

1

2

3

4+

---

**¿Cuántas porciones de vegetales consumes al día? (Ej: una taza= una tajada pequeña) \***

No consumo

1

2

3

4+

---

**¿Cuántas porciones de alimentos crudos consumes al día? (Ej: frutas, verduras y vegetales) \***

No consumo

1

2

3

4+

---

**Consumo alimentos balanceados \***

Nunca

Casi nunca

Con frecuencia

Casi siempre

Siempre

---

**¿Mi menú alimenticio es variado todos los días? \***

Nunca. Todos los días como lo mismo

Casi nunca

Con frecuencia

Casi siempre

Siempre

---

**Consumo cereales integrales o semillas como avena integral, ajonjolí, chíla, linaza, semillas de ayuama, semillas de girasol... \***

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**Consumo carne roja (una porción de 6 onzas aprox.) \***

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**Consumo productos hechos de harina de trigo (Ej: pan, pastillitos, bizcochos, galletas -incluida galleta de sodo- donas, tortas, empanadas...)**

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**Consumo una cucharadita de azúcar (De cualquier tipo: refinada, pasta, dietética, de coco...)**

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**Consumo postres después de la comida \***

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**Consumo caldo de pollo (sopa), pasta de tomate, sazón líquido \***

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**Consumo frituras (Ej: papas fritas, tostones, salami, huevo frito, pastelitos...)**

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**Consumo comida procesada (Ej: cornflakes, galletas, pancakes, jamón, pechitas, mariscos en fonditos...)**

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**Consumo productos dietéticos \***

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**Consumo líquidos con las comidas \***

No consumo

Varias veces a mes

Varias veces a semana

Una vez al día

Varias veces al día

---

**Consumo cítricos en ayuna \***

Nunca

Casi nunca

Con frecuencia

Casi siempre

Siempre

---

**¿Desayunas? \***

No desayuno

Casi nunca

A veces

Casi todos los días

Todos los días

---

**¿Acostumbra a comer a la misma hora todos los días? \***

Nunca

Casi nunca

Con frecuencia

Casi siempre

Siempre

---

**¿Cuántas veces al día comes? \***

1 vez al día

2 veces al día

3 veces al día

4 veces al día

5 veces al día

---

**¿A qué hora sueles cenar? \***

No cenó

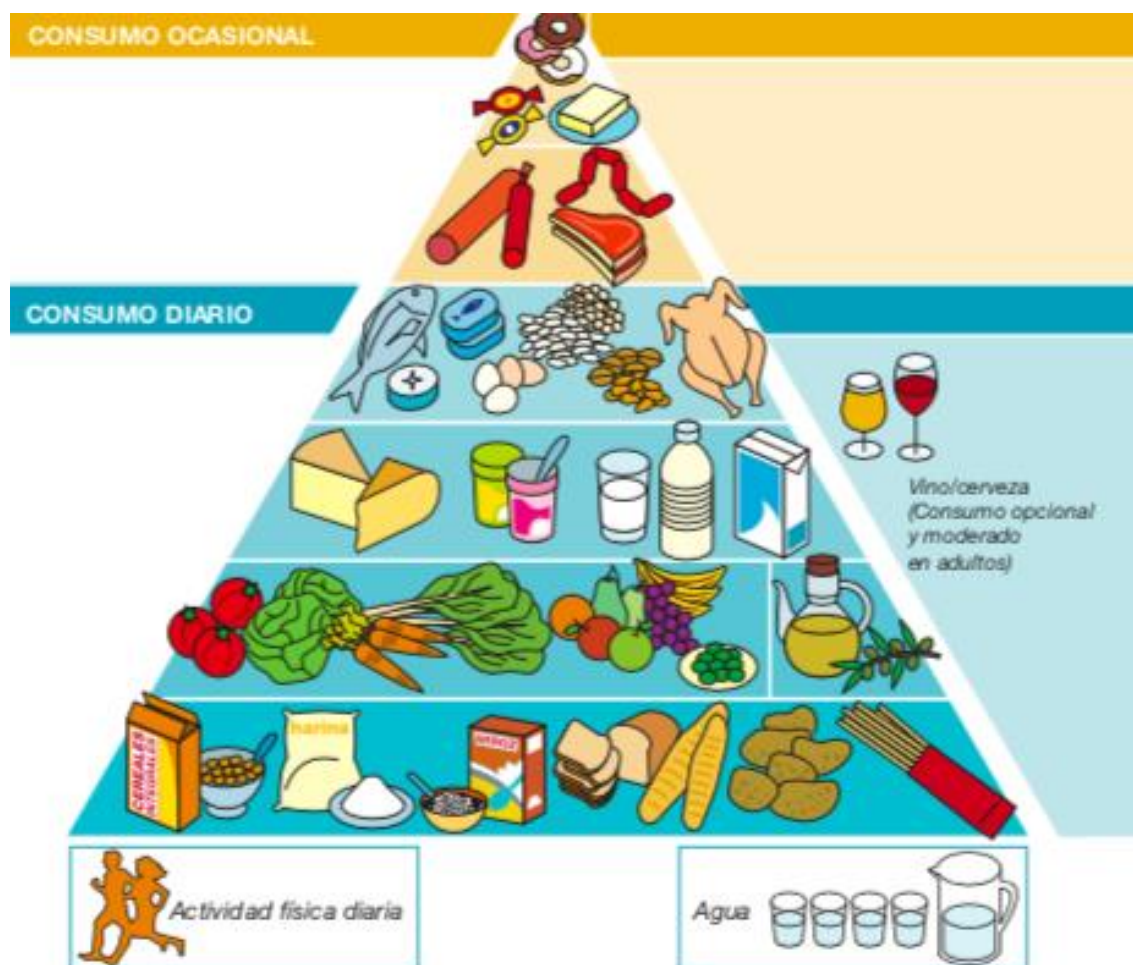
Ceno, pero no tengo horario

Justo antes de dormir

1 hora antes de dormir

3 horas antes de ir a dormir

**Apéndice D. Pirámide de la Alimentación Saludable (SENC, 2004)**



**Apéndice E . Programa de Intervención Grupal para el Grupo Experimental**

<b>SESIÓN 1</b>	
<b>Promoviendo el Cambio</b>	
<b>Introducción</b>	Resultados del Cuestionario de Hamilton y del Cuestionario de Bienestar Integral Indicadores individuales Razones por las que se inscribieron al programa
<b>Discusiones Grupales</b>	¿Cuáles crees son los detonantes de tu ansiedad? ¿Cuáles son los cambios que quieres implementar en tu vida y con qué recursos cuentas para llevarlos a cabo? ¿Por qué te cuesta tanto cambiar? ¿Con qué frecuencia actúas guiada por el cerebro reptil o emocional? ¿Cuáles son las excusas que te mantienen en tu zona de confort?
<b>Psicoeducación</b>	Ejes del Bienestar Integral La ansiedad en el mundo Sistema límbico o cerebro emocional Las excusas Ciclo de decepción Principales excusas que nos impiden el cambio ¿Por qué nos resistimos al cambio? Cómo detectar tus propias excusas Receta para un cambio exitoso
<b>Ejercicio práctico en reunion</b>	Baile de un merengue en el intermedio
<b>Recursos audiovisuales</b>	¿Qué es el cerebro reptiliano y cómo funciona? <a href="https://youtu.be/Pdi72vcs0M4">https://youtu.be/Pdi72vcs0M4</a>
<b>Recursos bibliográficos</b>	Lectura “Tus metas” (tomado de habitualmente.com)
<b>Entrenamiento en habilidades</b>	Técnicas de relajación y de respiración
<b>Tarea</b>	¿Cuáles son los cambios que quieres implementar en tu vida y con qué recursos cuentas para llevarlos a cabo?

<b>SESIÓN 2</b>	
<b>Adquiriendo Hábitos de Vida Saludables</b>	
<b>Introducción</b>	Retroalimentación de la sesión anterior Sesión de preguntas Revisión de Cuestionario de Hábitos Saludables
<b>Discusiones Grupales</b>	¿Cuáles son los cambios que quieres implementar en tu vida?

	<p>¿Crees que existe alguna relación entre tus hábitos de vida y tu estado de ánimo?</p> <p>¿Qué cantidad de frutas comes en el día?</p>
<b>Psicoeducación</b>	<p>Salud física y estilos de vida saludables</p> <p>Importancia del agua en nuestro organismo</p> <p>Alimentos que nos hacen bien</p> <p>Estructura saludable de alimentación</p> <p>Pirámide nutricional</p> <p>El plato saludable</p> <p>Incidencia de los alimentos en los trastornos emocionales</p> <p>Índice glicémico</p> <p>Aprendiendo hábitos alimenticios esenciales</p>
<b>Ejercicio práctico en reunion</b>	<p>Análisis individual de las cualidades de las frutas</p> <p>Baile de un merengue en el intermedio</p>
<b>Recurso bibliográfico leídos en la sesión</b>	<p>“Los siete pilares de la salud” de Don Colbert. Capítulo No. 1. °La importancia del agua</p>
<b>Entrenamiento en habilidades</b>	<p>Vamos a movernos</p> <p>Ritual mañanero: agradecer, respirar de manera consciente, sonreír y tomar 2 vasos de agua</p>
<b>Tarea</b>	<p>Llevar una bitácora de los alimentos ingeridos durante la semana.</p> <p>Aumentar, poco a poco, la ingesta de agua hasta llegar a 10-12 vasos, dependiendo de la actividad física</p> <p>Respirar de manera consciente todos los días</p>

**SESIÓN 3**

**Disminuyendo Conductas Alimentarias de Riesgo**

<b>Introducción</b>	<p>Retroalimentación de la sesión anterior</p> <p>Sesión de preguntas</p> <p>Revisión de bitácora de alimentos ingeridos durante la semana</p>
<b>Discusiones Grupales</b>	<p>¿Estás notando algún cambio en tu organismo al haber incrementado el consumo de agua?</p> <p>¿Qué cantidad de azúcar comes en tu diario vivir?</p> <p>¿Dónde crees que está el azúcar?</p> <p>¿Cuál es tu estructura de alimentación?</p> <p>¿Desayunas siempre? ¿Qué?</p> <p>¿Cenas temprano?</p> <p>¿Cuál es la forma en la que usualmente comes tus alimentos?</p>
<b>Psicoeducación</b>	<p>Conceptos básicos de nutrición</p> <p>Diferencia entre Alimentación y Nutrición</p> <p>Clasificación de los nutrientes</p> <p>Desayuno completo</p> <p>Alimentos naturales vs. alimentos procesados</p> <p>Alimentos cuya ingesta debemos disminuir</p> <p>Venenos blancos</p> <p>Aspectos psicosociales y biológicos del consumo del azúcar</p> <p>Efectos del azúcar</p>

	<p>¿Es el azúcar adictivo?</p> <p>Proceso conductual para la desintoxicación del azúcar</p> <p>Los 7 peores alimentos</p>
<b>Ejercicio práctico en reunion</b>	<p>Análisis del azúcar contenida en los alimentos procesados</p> <p>Baile de un merengue en el intermedio</p>
<b>Recursos audiovisuales</b>	<p>Vídeo El Demonio Del Azúcar (6`22")  <a href="https://youtu.be/tI_7_-ijU2M">https://youtu.be/tI_7_-ijU2M</a></p> <p>Cómo el azúcar afecta el cerebro - Nicole Avena (5'02")  <a href="https://youtu.be/lagowvVjzNY">https://youtu.be/lagowvVjzNY</a></p>
<b>Entrenamiento en habilidades</b>	<p>Lectura de etiquetas de alimentos procesados</p>
<b>Tarea</b>	<p>Identificar la cantidad de azúcar que se come durante la semana (incluyendo la ingesta de alimentos procesados)</p> <p>Disminuir, poco a poco, la cantidad de azúcar ingerida por día</p>

**SESIÓN 4**

**Gestionando las Emociones**

<b>Introducción</b>	<p>Retroalimentación de la sesión anterior</p> <p>Sesión de preguntas</p> <p>Revisión de tareas</p> <p>Pregunta escala: ¿cómo están tus niveles de ansiedad?</p>
<b>Discusiones Grupales</b>	<p>¿Qué sientes al ver cada una de las imágenes?</p> <p>De las 4 emociones básicas...¿cuáles son las positivas y las negativas?</p> <p>¿Qué sucedería si no sintiéramos miedo, tristeza, ira o alegría?</p> <p>¿Por qué si no existen emociones buenas o malas nos sentimos tan mal cuando experimentamos tristeza, miedo o ira?</p> <p>¿Dónde sientes el miedo?</p> <p>¿Cuál crees que es la relación entre emoción y comportamiento?</p> <p>¿Qué hacer cuando tienes miedo o sientes ira?</p>
<b>Psicoeducación</b>	<p>Salud emocional</p> <p>Vivir el "aquí y el ahora"</p> <p>¿Qué es una emoción?</p> <p>¿Cuáles son las emociones básicas?</p> <p>Papel que juegan las emociones en nuestra vida</p> <p>Relación entre emoción y sentimiento</p> <p>Sentimientos que se derivan de la ira, el miedo, la tristeza y la alegría</p> <p>Manifestación física de las emociones</p> <p>Manejo patológico de las emociones</p> <p>Ausencia de emociones</p> <p>Componentes del comportamiento humano</p> <p>Círculo vicioso de las emociones</p>
<b>Ejercicio práctico en reunion</b>	<p>Visualización de 8 imágenes y descripción de emoción que evocan</p> <p>Baile de un merengue en el intermedio</p>

<b>Recursos audiovisuales</b>	<p>Trailer Intensamente  <a href="https://youtu.be/DTnvFdFW14">https://youtu.be/ DTnvFdFW14</a></p> <p>"Intensamente"                  Uso de las emociones  <a href="https://youtu.be/cB2CUdv_aHQ">https://youtu.be/cB2CUdv_aHQ</a></p> <p>¿Cómo controlar las emociones? - 8 técnicas de autocontrol   psicología en 5 minutos  <a href="https://youtu.be/TlhGY24OSkQ">https://youtu.be/TlhGY24OSkQ</a></p>
<b>Entrenamiento en habilidades</b>	Técnica de relajación con respiración ujayi
<b>Tarea</b>	<p>Identificar las emociones que siente durante la semana, con sus detonantes.</p> <p>Hacer un listado de sentimientos que predominan en su vida.</p>

<b>SESIÓN 5</b>	
<b>Identificando Pensamientos</b>	
<b>Introducción</b>	<p>Retroalimentación de la sesión anterior</p> <p>Sesión de preguntas</p> <p>Revisión de tareas</p> <p>Pregunta escala: ¿cómo están tus niveles de ansiedad?</p> <p>¿Cómo te estás sintiendo?</p>
<b>Discusiones Grupales</b>	<p>¿Estás notando alguna relación entre lo que piensas y cómo te sientes?</p> <p>¿Cuáles son tus pensamientos más comunes centrados en el pasado?</p> <p>¿Cuáles son tus pensamientos recurrentes que giran en torno al futuro?</p> <p>¿Qué sucede primero, pensamiento o emoción?</p>
<b>Psicoeducación</b>	<p>Diferencia entre tristeza y miedo</p> <p>Pensamientos y sentimientos característicos</p> <p>Los pensamientos</p> <p>Algunos tipos de pensamientos</p> <p>Pensamientos inútiles, negativos y centrados en el pasado que generan culpa (toma de decisiones pasadas)</p> <p>Pensamientos inútiles, negativos y centrados en el pasado que generan ira (acontecimiento externos)</p> <p>Pensamientos inútiles, negativos o positivos, centrados en el futuro</p> <p>Pensamientos útiles</p>
<b>Ejercicio práctico en reunion</b>	Baile de una canción positiva en el intermedio
<b>Recursos audiovisuales</b>	<p>Cómo detener los pensamientos negativos y dejar de preocuparte por todo   Jorge Benito (9`55")  <a href="https://youtu.be/3cLmx-P548A">https://youtu.be/3cLmx-P548A</a></p> <p>Cambia tu cerebro con afirmaciones positivas diseñadas por ti, para ti (8'00")  <a href="https://youtu.be/8VtPDD4Xfk4">https://youtu.be/8VtPDD4Xfk4</a></p> <p>MINDFULNESS: cómo empezar a meditar desde cero (paso a paso para principiantes)   Jorge Benito (12`39")</p>

	<a href="https://youtu.be/ykIpn9qjvEg">https://youtu.be/ykIpn9qjvEg</a>
<b>Entrenamiento en habilidades</b>	Cómo contrarrestar, a corto plazo, los pensamientos centrados en el pasado y en el futuro  Atención plena: cómo empezar a meditar desde cero
<b>Tarea</b>	Identificar los pensamientos que tengas durante la semana y clasificarlos en: útiles o inútiles; positivos o negativos; centrados en el pasado, presente o futuro.  Diseñar catálogo de afirmaciones positivas.

**SESIÓN 6**

**Ideas o Creencias Irracionales**

<b>Introducción</b>	Retroalimentación de la sesión anterior Sesión de preguntas Revisión de tareas Pregunta escala: ¿cómo están tus niveles de ansiedad? ¿Cómo te estás sintiendo? ¿Cuál fue la afirmación positiva que diseñaste?
<b>Discusiones Grupales</b>	¿Identificaste los pensamientos que tuviste durante la semana? ¿Qué tipo de pensamientos tuviste? ¿Cuáles son las creencias centrales que aprendiste desde niña? Estudio de situación: ¿qué comportamiento tienes si tu marido llega con dos horas de retraso a la casa y no responde el celular? ¿Cuáles pensamientos automáticos pasaron por tu cabeza? ¿Qué sentiste? Identificaste las creencias centrales?
<b>Psicoeducación</b>	Creencias centrales Creencias centrales acerca de uno mismo, del otro y del mundo Sesgo de confirmación Ideas o creencias irracionales ¿Qué podemos hacer para sustituir las creencias? Proceso de autoevaluación y autogestión Pensamientos automáticos Distorsiones cognitivas o creencias irracionales  Viviendo el aquí y el ahora
<b>Ejercicio práctico en reunion</b>	Baile de una canción positiva en el intermedio  Análisis de caso, donde se planteó una situación en la que las participantes debían identificar pensamientos automáticos, emociones involucradas, creencias centrales y comportamientos.
<b>Recursos audiovisuales</b>	La Tiranía de los Deberías (3`46") <a href="https://youtu.be/z4X5mceluOo">https://youtu.be/z4X5mceluOo</a>  La Tiranía de los Deberías (3`40") <a href="https://youtu.be/qig7EoZwONc">https://youtu.be/qig7EoZwONc</a>

<b>Recursos bibliográficos leídos en la sesión</b>	“Yo soy yo” Virginia Satir  Resumen del libro “No te ahogues en un vaso de agua” Richard Carlson
<b>Entrenamiento en habilidades</b>	Proceso de toma de decisiones. Matriz de decisión  Cómo vivir el aquí y el ahora, y conectarse con uno mismo, con los demás y la naturaleza
<b>Fin del programa. Retroalimentación de las participantes</b>	



**Apéndice F. Resultados individuales de la Escala de Ansiedad de Hamilton  
Antes y Después de las Intervenciones**

Participantes	Grupo Experimental		Participantes	Grupo Control	
	Antes	Después		Antes	Después
1	18	14	1	30	26
2	36	23	2	19	8
3	20	30	3	22	22
4	17	20	4	23	17
5	10	9	5	29	31
6	33	20	6	8	6
7	19	13	7	26	20
8	35	8	8	14	11
9	22	14	9	31	15
10	23	20	10	24	30
11	12	18	11	9	10
12	15	16	12	34	6
			13	14	9
			14	24	24
			15	43	15

**Apéndice G. Resultados individuales del Cuestionario de Bienestar Integral**

Participantes	Grupo Experimental		Participantes	Grupo Control	
	Antes	Después		Antes	Después
1	68	68	1	25	34
2	40	59	2	79	84
3	72	89	3	60	67
4	69	73	4	69	65
5	55	51	5	79	87
6	73	69	6	69	70
7	69	84	7	46	47
8	77	89	8	74	88
9	62	87	9	34	77
10	50	53	10	68	65
11	69	73	11	75	77
12	65	83	12	50	50
			13	77	77
			14	61	59
			15	60	84