



Universidad
Inca Garcilaso de la Vega

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y TRABAJO SOCIAL

Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en usuarios del IPSSIP
en el contexto de la pandemia por Covid-19, Lima 2021-2022

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Para optar el título profesional de Licenciado en Psicología

AUTOR

1964

Bachiller: Chávez Peña Nelly Edith

ASESOR

Mag. Miranda Vargas Víctor Darío
(<https://orcid.org/0000-0001-6372-2949>)

**Lima - Perú
2023**

Intervención cognitivo conductual para el manejo de la ansiedad en usuarios del IPSSIP en el contexto de la pandemia por Covid-19, Lima 2021-2022

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

21%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	intra.uigv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	repositorio.autonoma.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Inca Garcilaso de la Vega Trabajo del estudiante	1%
5	www.scribd.com Fuente de Internet	1%
6	ippsip.blogspot.com Fuente de Internet	1%
7	www.slideshare.net Fuente de Internet	1%
8	dspace.uazuay.edu.ec Fuente de Internet	1%



DEDICATORIA

A Dios, por permitirme cumplir con mi objetivo de poder culminar con mis estudios profesionales.

A mi familia por el constante apoyo en el logro de mis objetivos académicos.



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a dios por el inmenso amor, y por el cuidado de mi salud que me ha permitido estar predispuesta para continuar con mis labores académicas.

Agradezco a mis queridos padres y familiares por su apoyo constante en mis logros de mis objetivos

Agradezco a el instituto peruano de psicología de la salud e investigaciones psicosociales (IPPSIP), por darme la oportunidad de culminar mis practicas preprofesionales.

Agradezco a mi alma mater la Universidad Inca Garcilaso de la Vega y a sus docentes por sus enseñanzas que han permitido culminar mis estudios profesionales.

RESUMEN

El presente trabajo describe la experiencia profesional en el Instituto Peruano de Psicología de la Salud e Investigaciones Psicosociales durante los años 2021 y 2022, en que se implementó el programa de intervención cognitivo conductual dirigido a pacientes con sintomatología ansiosa por preocupaciones vinculadas a la pandemia por Covid-19 y otros que estuvieron recuperándose de la enfermedad o que perdieron a seres queridos producto de la pandemia. La atención psicológica fue integral, desde la entrevista, evaluación psicológica y diagnóstico, y la aplicación del programa de intervención con técnicas cognitivas conductuales con la finalidad de contribuir a su proceso de recuperación. La intervención se desarrolló en sesiones grupales previamente planificadas de acuerdo con la disponibilidad horaria de los pacientes, a través de la plataforma zoom. Se trabajó con 20 pacientes, de acuerdo con cada objetivo propuesto para cada sesión. Como protocolo de la evaluación previa a la intervención se aplicó el inventario de ansiedad de Beck para tener referencia de los niveles de ansiedad que presenta cada uno de los pacientes, encontrándose un nivel leve de ansiedad en el 15%, y un nivel moderado en el 65% y en un nivel alto de ansiedad en el 20%. Luego de las sesiones se volvió a aplicar, encontrándose un nivel leve de ansiedad en el 65%, nivel moderado en el 20% y nivel alto en el 15%, demostrándose de esta manera la eficacia del programa.

Palabras clave: Ansiedad, terapia cognitivo conductual, pandemia, Covid-19.

ABSTRACT

This paper describes the professional experience at the Peruvian Institute of Health Psychology and Psychosocial Research during the years 2021 and 2022, in which the cognitive behavioral intervention program was implemented for patients with anxious symptomatology due to concerns related to the Covid-19 pandemic and others who were recovering from the disease or who lost loved ones as a result of the pandemic. The psychological care was comprehensive, from the interview, psychological evaluation and diagnosis, and the application of the intervention program with cognitive behavioral techniques in order to contribute to their recovery process. The intervention was developed in group sessions previously planned according to the time availability of the patients, through the zoom platform. We worked with 20 patients, according to each objective proposed for each session. As a pre-intervention assessment protocol, the Beck anxiety inventory was applied to have reference of the anxiety levels presented by each of the patients, finding a mild level of anxiety in 15%, a moderate level in 65% and a high level of anxiety in 20%. After the sessions it was applied again, finding a mild level of anxiety in 65%, moderate level in 20% and high level in 15%, thus demonstrating the effectiveness of the program.

Key words: Anxiety, cognitive behavioral therapy, pandemic, Covid-19.

INDICE

Dedicatoria	2
Agradecimientos	3
Resumen	4
Abstract	5
Índice	6
Índice de Tablas	7
Introducción	8
CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES	10
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN	10
1.2 DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO.	18
1.2.1 Enfoque del trabajo clínico pedagógico.	
1.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y CONTEXTO SOCIOECONÓMICO	18
1.4 ACTIVIDAD GENERAL O ÁREA DE DESEMPEÑO	19
1.5 MISION Y VISION	20
1.5.1 Misión	20
1.5.2 Visión	20
CAPÍTULO 2: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA	21
2.1 ACTIVIDAD PROFESIONAL DESARROLLADA	21
2.2 PROPÓSITO DEL PUESTO Y FUNCIONES ASIGNADAS	22
CAPÍTULO 3: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA ELEGIDO	23

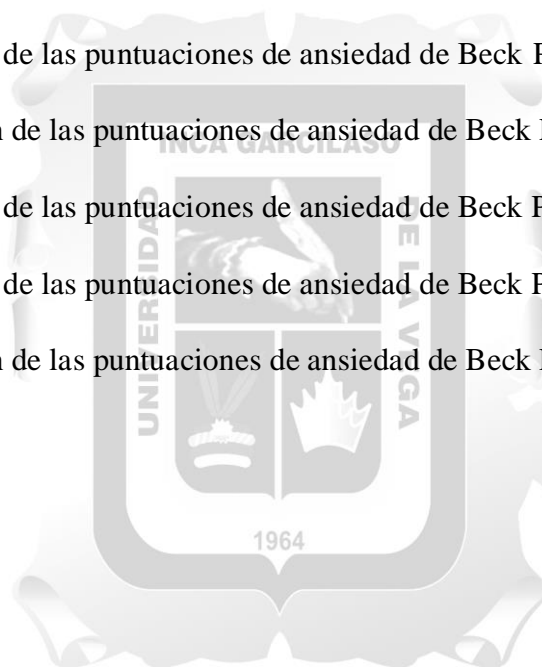
3.1 TEORÍA Y LA PRÁCTICA EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL	23
3.1.1 Definición de ansiedad	24
3.1.2 Tipos de trastorno de la ansiedad	24
3.1.3 Epidemiología	26
3.1.4 Antecedentes de investigaciones anteriores	27
3.1.5 Elementos de la Ansiedad	27
3.1.5.1 Ansiedad patológica	28
3.1.6 La Terapia Conductivo Conductual	30
3.1.7 Antecedentes de Investigación	33
3.1.8 Definiciones operacionales	34
3.2 ACCIONES METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS	35
3.2.1 Participantes	35
3.2.2 Instrumentos y Recolección de Información	36
3.2.3 Programa de Intervención con la TCC	38
3.2.4 Cronograma del Plan de Trabajo	49
3.2.5 Análisis de los resultados diagnósticos	50
CAPÍTULO 4: PRINCIPALES CONTRIBUCIONES	59
4.1 CONCLUSIONES	60
4.2 RECOMENDACIONES	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61
ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de los pacientes atendidos	35
Tabla 2: Confiabilidad de la consistencia interna de ansiedad de Beck	38
Tabla 3: Niveles de ansiedad de Beck	38
Tabla 4: Programa de intervención	40
Tabla 5: Cronograma de las sesiones TCC	49
Tabla 6: Distribución de los niveles de ansiedad de la muestra	50
Tabla 7: Puntuaciones de los pacientes ansiedad de Beck Pretest	50
Tabla 8: Distribución de los porcentajes de ansiedad Pretest.	51
Tabla 9: Puntuaciones de los pacientes ansiedad de Beck Postest	52
Tabla 10: Distribución de los porcentajes de ansiedad Postest	53
Tabla 11: Puntuaciones del test de ansiedad Pre y Postest	53
Tabla 12: Distribución de los porcentajes de ansiedad Pre y Postest	54

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo cognitivo de los pensamientos	33
Figura 2: Distribución de las puntuaciones de ansiedad de Beck Pretest	51
Figura 3: Distribución de las puntuaciones de ansiedad de Beck Posttest	52
Figura 4: Distribución de las puntuaciones de ansiedad de Beck Pre y Posttest	53
Figura 5: Distribución de las puntuaciones de ansiedad de Beck Pretest	58
Figura 6: Distribución de las puntuaciones de ansiedad de Beck Posttest	60
Figura 7: Distribución de las puntuaciones de ansiedad de Beck Pre y Posttest	62



INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los efectos generados por la pandemia por COVID 19, muchas personas han presentado diversas preocupaciones y pensamientos negativos con respecto a la enfermedad, otros han padecido la enfermedad y hay pacientes que han experimentado pérdidas de sus familiares, lo que ha generado cambios significativos en sus vidas y problemas psicológicos como depresión y/o ansiedad, padecimientos que se han observado con mucha frecuencia y que fueron causa de dificultades en su adaptación en general. Ante esta realidad se encuentra el departamento psicológico de la institución que desarrolla diversas estrategias para permitir a los pacientes lograr un cambio en sus pensamientos y manejo de emociones para generar una mejor adaptación en su medio.

Este trabajo está dividido en cuatro capítulos:

Capítulo I, describe cómo está conformada la institución en su estructura y organización, así como su ubicación geográfica y contexto socioeconómico, así como su percepción en relación con su misión y visión de la institución.

Capítulo II, describe las actividades generales de las experiencias desarrolladas en las prácticas preprofesionales, así como el propósito del puesto y funciones asignadas.

Capítulo III, fundamenta los aspectos teóricos del tema elegido, las actividades, los aspectos metodológicos y procedimientos que se aplicaron en el programa de intervención psicológica.

Capítulo IV, describe las recomendaciones y conclusiones precisas de los resultados del programa de intervención y del trabajo en general.

CAPÍTULO 1: ASPECTOS GENERALES

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA EMPRESA O INSTITUCIÓN

El INSTITUTO PERUANO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD E INVESTIGACIONES PSICOSOCIALES (IPPSIP) es la institución donde se ha desarrollado una serie de actividades conducentes a desarrollar nuestro objetivo. ha sido creado para propiciar el comportamiento psicológico saludable del ser humano en sus diversas manifestaciones promoviendo y generando proyectos para el desarrollo de la salud psicológica y social, así como todos los aspectos relacionados a la salud mental en general. Se encuentra situada en la ciudad de Lima, que alberga aproximadamente el 20% de la población total del país. El instituto inició sus actividades el 07 de abril del 2008.

La infraestructura oficina principal (IPPSIP) está ubicada en el Jr. Canterac 440 Dpto. 702 Jesús María – Lima. Referencia: Municipalidad de Jesús María. IPPSIP funciona en una oficina de construcción noble ubicada en el séptimo piso, de la ubicación antes indicada, el mismo que consta de 04 ambientes: 01 ambiente para sala de reuniones y 03 ambientes para consultorios psicológicos los cuales cuentan con todos los materiales psicológicos para el diagnóstico y tratamiento, así como la realización de la terapia de grupo.

El Departamento de PSICOLOGÍA, cuenta con un consultorio acondicionado para atender a los pacientes online. Es un ambiente cómodo, ventilado y cuenta con los elementos necesarios para una adecuada atención. En la coyuntura del aislamiento social hicimos uso de mobiliario propio, conexión de internet y materiales en este caso último las también fueron facilitadas por el centro para las entrevistas psicológicas, formatos de atención, cuestionarios y test psicológicos, para ser utilizados por el medio online.

La estructura orgánica del instituto se compone de una presidencia junta directiva y tres áreas, la primera corresponde al Departamento de Formación, Docencia e Investigación, la segunda al Departamento de Salud Mental y Comunitaria y la tercera al ámbito de Proyectos de Desarrollo. En el ámbito de la salud psicosocial, este último consta de tres áreas para programas de promoción y prevención de la salud psicosocial, a

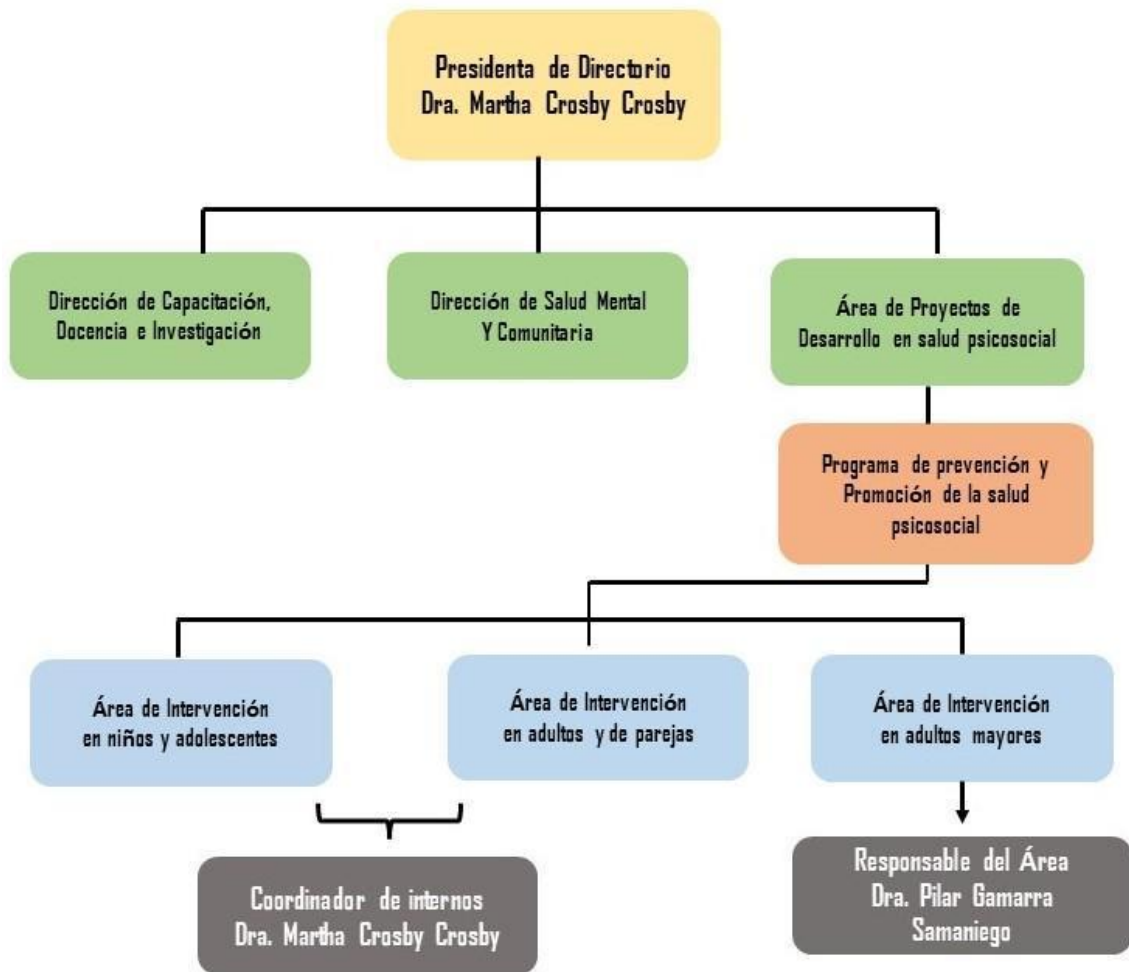
saber, áreas dedicadas a la niñez y la juventud, áreas para adultos y parejas, y áreas para adultos mayores. Esta estructura orgánica se puede observar en la siguiente figura. El área de proyectos de desarrollo de la salud psicosocial tiene como objetivo promover estilos saludables y habilidades personales en familias, adultos mayores, parejas, jóvenes y grupos. Abarca tres áreas para su programa, la primera de las cuales se enfoca en la niñez y juventud encargada de diseñar y formular proyectos dirigidos a la niñez y juventud, así como la ejecución de proyectos, su función es la elaboración y desarrollo de proyectos de investigación psicosocial a nivel nacional e internacional, así como la formulación e implementación de programas para la promoción y prevención de la salud psicosocial de niños, niñas y adolescentes; de igual forma para cada región, en las áreas de jóvenes, adultos mayores y familias, estos programas son elaborados, desarrollados, formulados e implementados; La línea de acción sobre adultos mayores cumple una función similar, además de desarrollar programas de difusión, capacitaciones, cursos, talleres, charlas, dirigidos a todos los sectores de la población.

IPPSISP realiza las actividades preventivas, promocionales de forma integral, contribuyendo de esta manera en el desarrollo del campo de la salud humana. Y en este contexto C- 19 se procedió formular el Plan Operativo para el Internado II de 06 meses 2021, el mismo que se desarrollará en adelante conforme a la normatividad y el marco metodológico establecido por IPPSIP de manera virtual, que permitirá una mejor identificación de los problemas prioritarios a ser atendidos. Los fines que persigue el IPPSIP, responden a los objetivos funcionales generales, los que están establecidos por la institución.

Figura 1
 Estructura orgánica del Instituto Peruano de Psicología de la Salud e Investigaciones Psicosociales.

Organigrama:

- **Organización funcional con plan estratégico anual**



Fuente: IPPSIP/Elaboración propia

1.1.1. DESCRIPCIÓN DEL PRODUCTO O SERVICIO

IPPSIP funciona en una oficina de construcción noble ubicada en el séptimo piso, de la ubicación antes indicada, el mismo consta de 04 ambientes: 01 ambiente para sala de reuniones y 03 ambientes para consultorios.

IPPSIP tiene como lineamientos propiciar un comportamiento mental más saludable en las personas en sus diversas maneras de comportarse.

- Proponer y desarrollar acciones para el desarrollo de la salud psicológica y mental en general, logrando así mejores condiciones de vida en la población apoyando el progreso del país y de donde se requiera.
- Coordinar, generar, así como promover el intercambio de experiencias de investigaciones psicológicas y otras relacionadas con este, beneficiosas al desarrollo de acuerdo con los objetivos del centro.
- Fomentar la igualdad de todos los seres humanos sin diferencia alguna ya sea de sexo, raza, religión, edad, ideología, condición social y económica.
- Realizar acciones educativas, preventivas, promocionales y de orientación psicosocial a nivel escolar, laboral, familiar. Difundir estas acciones por medios escritos, orales, conferencias, foros, seminarios y otros medios pertinentes a toda la comunidad.
- Fomentar la investigación científica en la salud psicológica en la infancia, la adolescencia, en la edad adulta, adulto mayor, en la familia y en el ámbito laboral.
- Incrementar estudios y conocimientos a través de investigaciones psico-sociales de nuestra realidad nacional que contribuyan a elaborar proyectos y programas destinados a elevar la calidad de vida y al desarrollo integral del ser humano.
- Prevenir y Abordar las problemáticas de la sociedad en comportamientos de riesgo, en los niños y adolescentes expuestos al pandillaje, delincuencia juvenil, violencia familiar, violencia de género, violencia de toda clase de discriminación, discriminación de enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA.

Horario de Trabajo:

Horario de trabajo: 36 horas por semana

- Facilidades que presenta el centro de prácticas (recursos humanos, materiales de infraestructura y de trámite).

De acuerdo con lo reglamentado en las de Prácticas Pre Profesionales. Tenemos:

a) OBJETIVOS DE PRÁCTICAS:

- Implementar la formación académica del practicante en relación con los grupos de interés y las opciones laborales, fundamentalmente en el área de la psicología.
- Formar en el practicante competencias para un mejor manejo de aspectos teórico práctico en el abordaje de sus casos con eficiencia y responsabilidad, cooperación y trabajo en con calidad y calidez.
- Brindar al psicólogo interno la posibilidad de iniciar una posibilidad en el mercado laboral y así como adquirir un perfil académico en su visión como buen psicólogo.

b) BENEFICIOS QUE PRESTA EL CENTRO DE INTERNADO:

- Asesoramiento a cargo de la Doctora Martha Crosby C. presidenta del IPPSIP y Psicóloga del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.
- Experiencia de conocimientos y riqueza de práctica en el abordaje, acompañamiento, evaluación y consejería de escolares, púberes, adultos, grupos familiares y personas de la tercera edad.
- Flexibilidad y creatividad en su elaboración de los planes de trabajo en el acompañamiento y consejería a los pacientes para que puedan utilizar sus recursos emocionales en su recuperación y vida diaria.
- Facilidades y asesoramiento para la organización y/o formulación de programas a trabajar tanto en el área de la salud como en el área comunitaria.
- Participación en eventos académicos intramurales como extramurales.
- Organización y participación en campañas de salud mental.
- Facilidades en los recursos materiales:

- Ambientes de IPPSIP para la organización y realización de talleres, charlas y consejerías tanto a pacientes captados durante la campaña de salud mental y público en general.
- Facilidades al interno para la elaboración de proyectos y propiciar eventos académicos, así como la formulación y desarrollo de programas de intervención.

c) **EXPERIENCIA QUE ADQUIERE EL PRACTICANTE:**

- Tener practica en sus actividades de grupo en relación con otras disciplinas, así como propiciar su capacidad de dirección, asumiendo una actitud crítica frente a su comunidad y el contexto donde se desarrolla.
- Tener una actitud de transformar su realidad social.
- Establecer redes sociales, a nivel local y regional.
- Conocer las diferentes zonas de ejecución de los proyectos, en las diferentes localidades.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS

RECURSOS HUMANOS:

Dra.: Martha Crosby Crosby

Dra.: Pilar Gamarra Samaniego

Dra. Martha Navarro (asesor externo)

Dr. Diego Mestanza (asesor externo) y el equipo de Internos de IPPSIP.

La Dra. Martha Crosby Crosby preside la institución. Especializada en Psicología clínica y de la salud, con postgrado en Psiconeuroinmunología, Psicoterapeuta. Terapia individual, de pareja y familia.

Con formación en el área educativa y vocacional, Selección del talento, clima organizacional (empresas). Intervención en ansiedad y estrés, conducción de grupos y comunicación.

E-mail: anamartha88@yahoo.com, ippsip@hotmail.com

Teléf.: 330-4142 Cel: 947817000,

Dra. Pilar Gamarra Samaniego: Médico Internista y Geriatra.

Maestría en Gerontología Social

Jefe de Servicios de Medicina Interna 7 “C”-Hospital Edgardo Rebagliati.

Jefe de la Unidad de atención al anciano frágil del Hospital Edgardo Rebagliati.

Past presidente de la Sociedad Peruana de Geriátrica y Gerontología.

Docente de Pre y Post Grado de la asignatura de la U.S.M.P

E-Mail: pilargamarra@gmail.com

Teléfono: 4420618 Cel. 998679373

Francisco Chávez Galván Colaborador asesor de voluntarios en IPPSIP.

Especializado en Psicoterapia Humanista de enfoque Gestalt.

Con licencia para abordar programas de prevención a través de talleres.

Actualmente en formación de Psicodrama para manejos de Grupos.

Enfocado en el área clínica, de la Salud, así como lo Social.

Ponente en congresos en la U.I.G.V de la Facultad de Psicología.

Miembro activo de ALFEPSI (Asociación Latinoamericana de Formadores en Psicología)

En formación Psicoterapia Análisis Bioenergética y en el nivel III de Dirección en Psicodrama.

E-mail: franciscogestalt@hotmail.com, francisco_ippsip@hotmail.com

*Coordinador de Internos de Equipo de IPPSIP consta de diferentes practicantes preprofesionales de psicología como voluntarios.

Cel: 964300905 (claro)-996058592 (movistar)

Recursos Materiales:

Test Psicológicos, cuestionarios

Auditorio, Banderolas, Volantes.

- Orientación de la corriente psicológica del centro de práctica.
- Humanista-
- Gestáltica
- Cognitivo conductual
- Integrativa.

Antecedentes históricos de la organización

El Instituto Peruano de la Psicología de la Salud (IPPSIP) es un órgano no gubernamental, que nace de la inquietud solidaria de aportar los conocimientos científicos en la generación de comportamientos psicológicos saludables que permitan un desarrollo integral en forma individual, familiar y social para contribuir con el mejoramiento de la calidad de vida en nuestro país.

Objetivos de IPPSIP:

- Ejecutar programas preventivo-promocionales de orientación psicosocial de nivel escolar, laboral, familiar y comunitario.
- Prevenir y abordar problemáticas de comportamientos de riesgo de niños y adolescentes expuestos al pandillaje y delincuencia juvenil, violencia familiar, violencia de género y violencia de toda clase de discriminación.
- Formar líderes y gestores de desarrollo local, así como también promover el desarrollo de valores.
- Elaboración y desarrollo de proyectos de investigaciones psicosociales a nivel nacional e internacional

PROYECCIÓN A LA COMUNIDAD

En relación con el desarrollo en salud psicosocial a través de programas de prevención y promoción de la salud comunitaria permite promover los estilos saludables y habilidades personales en familias, adulto mayor, parejas, jóvenes y grupos.

Reseña y funciones del departamento, servicio o área de desempeño con su Objetivos y Actividades a fin de llegar a la Comunidad

Líneas de Acción en niños y adolescentes

El Equipo del Área de Intervención en niños y Adolescentes está encargado del diseño y formulación de Proyectos orientados hacia dicha población, asimismo está encargado de su respectiva ejecución.

Funciones:

- Elaboración y desarrollo de proyectos de investigaciones psicosociales en diferentes áreas al interior y exterior del país.
- Formulación y ejecución de programas de promoción y prevención de los aspectos psicosociales en la niñez y adolescentes.

Líneas de Acción en adultos mayores

El Equipo del Área de Intervención en adultos mayores está encargado del diseño y formulación de Proyectos orientados hacia dicha población, asimismo está encargado de la ejecución de esta.

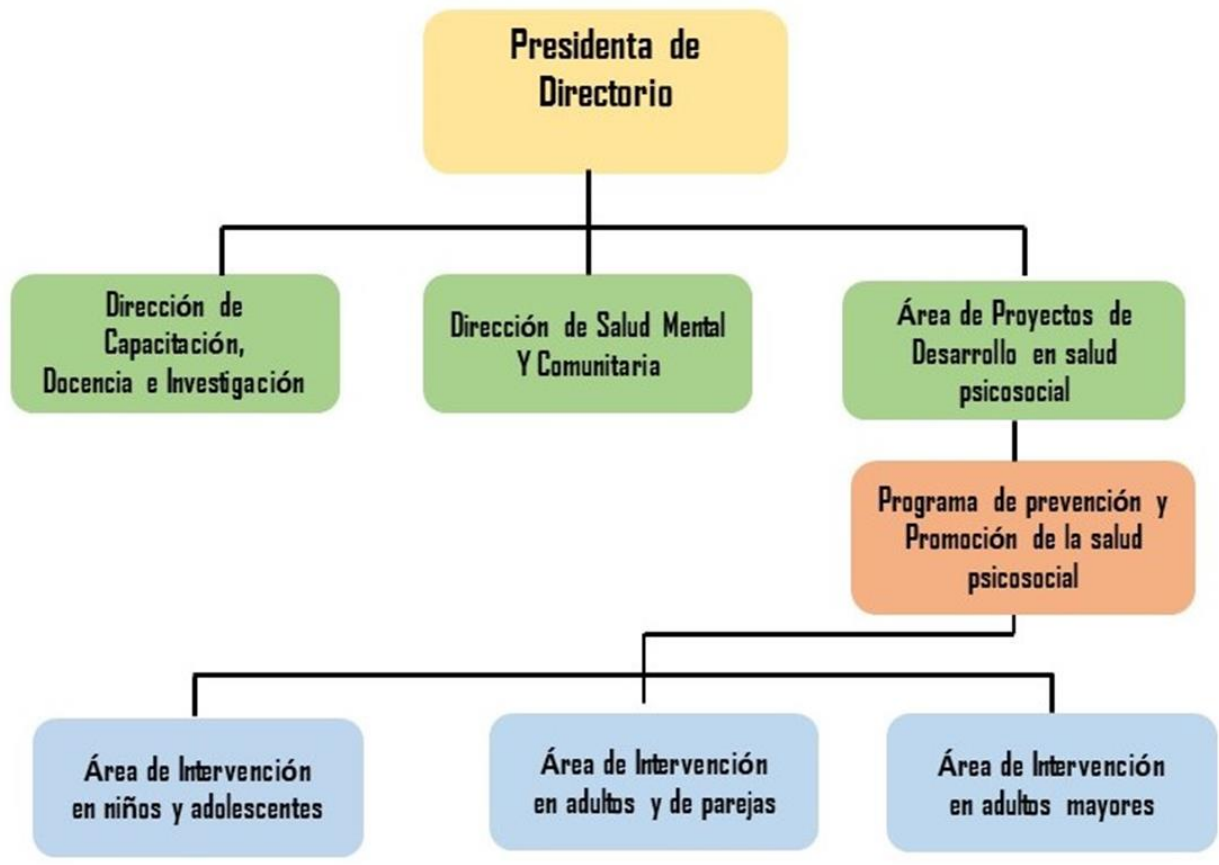
Funciones:

- Elaboración y desarrollo de proyectos de investigaciones psicosociales tanto en el interior y exterior del país.

- Formulación y ejecución de programas para mejorar la salud psicológica en jóvenes, pareja, familia.
- Desarrollar programas de difusión, capacitación, cursos talleres, charlas, dirigidas a todos los sectores de la población.

Figura 2

Estructura del directorio del Instituto Peruano de Psicología de la Salud e investigaciones Psicosociales.



Fuente: IPPSIP/Elaboración propia

1.1.2 Enfoque del trabajo clínico. Las prácticas preprofesionales desarrolladas en la institución tienen un enfoque integral y humanista, caracterizado por el buen trato al paciente que acude a sus servicios, igualmente la debida orientación a los respectivos familiares que consultan por problemas de diferente índole, realizando una atención con calidad y calidez.

Las áreas de atención en la institución se centran la unidad de capacitación y docencia donde existe una retroalimentación académica constante a los internos de psicología, el área de salud psicológica, el área de proyectos del desarrollo en salud psicosocial, el área

de elaboración de programas preventivos promocionales tanto en niños, adolescentes y adultos y finalmente el área de intervención en adultos mayores.

Los enfoques de intervención son multidisciplinarios en el abordaje de la diferente problemática que afectan la salud psicológica, Así tenemos:

Enfoque Cognitivo Conductual

Enfoque de terapia gestáltica

Enfoque Humanista

Psicoterapia breve y auxilios psicológicos

Terapia de cuarta generación y mindfulness

1.1.3 UBICACIÓN GEOGRÁFICA Y CONTEXTO SOCIOECONÓMICO

a) Ubicación geográfica

El IPPSIP se ubica en el departamento de Lima, específicamente en la dirección Jr. Canterac No. 440, Of. 702 Jesús María

RUC: 20518191285

CIIU: Actividad económica 91993

INSTITUTO PERUANO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD E INVESTIGACIONES PSICOSOCIALES - IPPSIP especializada en ACTIVIDADES DE OTRAS ASOCIACIONES N.C.P. Fue creada y fundada el 31/01/2008, registrada dentro de las sociedades mercantiles y comerciales como una ASOCIACIÓN.

Dirección: Jr. Canterac No. 440, Oficina. 702 –Lince.

Teléfono: Teléf.:330-4142 Cel.: 947817000

Director General: Dra. Ana Martha Crosby Crosby

Correo electrónico: anamartha88@yahoo.com

Característica de la infraestructura: funciona en una oficina de construcción noble ubicada en séptimo piso de la dirección anteriormente indicada, el mismo que cuenta con 4 ambientes:01 ambiente para la dirección, 01 ambiente para sala de reuniones y 02 ambientes de consultorio. Servicios higiénicos. Cuenta con una oficina con vistas al campo de marte.

Figura 3

Ubicación geográfica del Instituto Peruano de Psicología de la Salud e Investigaciones Psicosociales.



Fuente: Google Maps

b) **Contexto socioeconómico**

Los servicios que ofrece el IPPSIP están dirigidos a personas de los niveles socioeconómicos B, C, D y E, lo que incluye a personas que tienen ingresos mensuales regulares a bajos, quienes, según la Asociación Peruana de Empresas de Inteligencia de Mercados, representan el 57,9% del nivel. B, 21.3% estratos C y 8.5% estratos D indicando la zona 6 a la que pertenece el distrito de Lince (APEIM, 2021, p. 16). Cabe señalar que se consideran los estratos B porque se atiende a personas con profesiones terminadas, y se consideran los estratos C, D y E, porque se ofrecen campañas y programas con otras entidades públicas, es decir, personas con niveles más bajos. ingresos tienen acceso a los servicios. Por otro lado, trabajamos con empresas y entidades privadas y públicas como hospitales y escuelas. La edad de los beneficiarios de los servicios del IPPSIP va desde los 6 años en adelante, es decir, las etapas de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores que son cubiertos a través de diversos programas, campañas, terapias grupales o individuales, formación, voluntariado, entre otros. La siguiente tabla presenta el alcance exacto del instituto.

1.1.4 ACTIVIDAD GENERAL O ÁREA DE DESEMPEÑO

El INSTITUTO PERUANO DE PSICOLOGÍA DE LA SALUD E INVESTIGACIONES PSICOSOCIALES (IPPSIP) tiene la responsabilidad de promover el desarrollo integral de los pacientes que acuden al servicio psicológico a nivel de la intervención, el área cognitivo, emocional y social, así como la orientación psicológica a los responsables del cuidado de las personas atendidas, así como los familiares del paciente.

La psicología clínica y de la salud tiene por objetivo propiciar el desarrollo mental y nacional tanto a nivel de la prevención y aspectos promocionales de la salud, en sus diferentes niveles a través de las capacidades de observación, evaluación psicológica, tratamiento y desarrollo de capacidades que permita lograr el equilibrio y lograr una adecuada adaptación a su medio logrando realizar sus objetivos, en su vida personal, familiar y social.

La Institución tiene en sus lineamientos atender de manera oportuna, brindando el acogimiento necesario para generar las herramientas necesarias para el afrontamiento a sus responsabilidades que debe asumir en la vida y de esta manera superar su crisis emocional.

La institución ha asumido un rol muy importante en la atención de pacientes en etapa de pandemia, tanto en la prevención, en atención directa y en el tratamiento psicológico a los pacientes y a sus familiares coadyuvando en el tratamiento integral del paciente con covid19.

1.1.5 MISIÓN Y VISIÓN

a) MISIÓN

Somos una organización que promueve el bienestar psicológico de manera saludable en sus diversas manifestaciones de conducta a través de medidas preventivas-promocionales de orientación psicológica a nivel individual, grupal y comunitario con la finalidad de restablecer la salud psicológica de sus usuarios.

b) VISIÓN

Constituirse en una Institución líder que promueva el desarrollo integral y psicosocial de la persona para lograr una mejor un estilo de vida saludable y así mismo, fomentar la igualdad de todas las personas sin ninguna discriminación.



CAPÍTULO II: DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA EXPERIENCIA

2.1. ACTIVIDAD PROFESIONAL DESARROLLADAS

Las acciones pre profesionales en el instituto peruano de psicología de la salud e investigaciones psicosociales (IPPSIP) realizadas en el área de psicología y en la fase de intervención con adultos, se desarrollaron diferentes actividades psicológicas tanto a individual, y grupal, aplicando diversas técnicas e instrumentos conducentes al proceso diagnóstico de los diferentes casos a través de la observación, entrevista, elaboración de anamnesis, aplicación de pruebas psicológicas para poder elaborar el diagnóstico y elaboración del informe psicológico y de acuerdo a ello la implementación de un plan de recuperación psicológica para cada caso.

Las actividades pre profesionales desarrolladas, han sido de mucha utilidad ya que en época de pandemia se han constituido como herramientas muy importantes para cada uno de los pacientes que acudían al centro, actividades que están asociadas a mantener una predisposición de escucha, empatía y receptividad a los pacientes y sus familiares, teniendo en cuenta que las consecuencias de la pandemia afecta a cada persona, cada hogar de manera muy particular permitiendo una mayor comunicación con los pacientes para motivarlos a exteriorizar sus problemas. Esta comunicación con los pacientes y familiares permitió el uso de los medios de comunicación digital como correos electrónicos y medios de comunicación social.

Para poder desarrollar el programa de intervención, se realizaron diversas actividades a través de una plataforma ZOOM, con la finalidad de interactuar con los usuarios y los familiares durante el proceso de la atención e intervención psicológica donde se desarrollaron diversas actividades para que los pacientes los realicen desde el hogar, de acuerdo a una metodología y orientaciones psicológicas y acompañamiento psicológico para afrontar situaciones difíciles de acuerdo con su problemática relacionada con la ansiedad.

Las diversas orientaciones en el tiempo de pandemia desarrolladas en el programa de intervención se han realizado mayormente de manera remota, con actividades de orientación y soporte, así como de contención emocional y de estrategias que permitan

controlar sus emociones, sus pensamientos negativos que permita generar un estilo de vida saludable, así como para afrontar el manejo del estrés, entre el trabajo del hogar y la sintomatología propia de la enfermedad.

En este sentido la labor desarrollada en las prácticas preprofesionales ha sido una experiencia muy enriquecedora que fortalece las competencias adquiridas durante la permanencia en la universidad.

2.1.1 Herramientas psicológicas utilizadas

a) Observación psicológica:

Esta técnica nos ayuda a tener una idea objetiva sobre el estado del paciente, es decir, el aspecto físico. Es ampliamente utilizado para conocer el comportamiento físico durante la entrevista y aplicación de las pruebas psicológicas. El facilitador proporciona estímulos para verificar el comportamiento de respuesta. La captación durante la sesión incluye comportamientos no verbales como movimientos corporales, así como tipos de comportamiento como expresiones faciales, intercambio de miradas y movimientos corporales. El primero denota placer o viceversa; las expresiones faciales indican un estado de ansiedad, depresión, sonrisa, entre otros; y los movimientos del cuerpo incluyen no solo la cabeza y la cara, sino también los movimientos de las manos. Del mismo modo, también incluyen la voz, el comportamiento espacial, la frecuencia del hablar.

b) Entrevista:

La importancia de esta técnica es identificar los aspectos del paciente de acuerdo con su motivo de consulta, es decir la problemática que expresa a fin de plantearle las preguntas necesarias para recolectar la información de lo que le queja, se pueden realizar las diversas preguntas, sean abiertas o cerradas o mixta es decir se puede combinar preguntas estructuradas con preguntas no estructuradas. De esta manera, se podrá conocer las características de personalidad positivas y negativas, normales o anormales del entrevistado, así como las condiciones particulares de cada usuario, y así, brindar un buen diagnóstico sobre su problemática. Durante la entrevista el entrevistador obtiene la mayor información útil de todos los aspectos verbales o no verbales del entrevistado, para analizar de manera exhaustiva los determinados comportamientos que sumado a la evaluación psicológica permite tener un diagnóstico eficaz.

c) Pruebas psicológicas:

Las pruebas son instrumentos para evaluar la variable más relevante observada en los pacientes atendidos y se aplicaron después de realizar la observación y entrevista en un primer momento antes de iniciar el programa de intervención y después de aplicar el programa de intervención, pudiendo obtener las mediciones en respecto a la variable estudiada que es la ansiedad:

• Inventario de Ansiedad de Beck (Bai):

Es un instrumento psicométrico que consta 21 ítems, los cuales acumulan una puntuación de 0 a 63 puntos. El paciente puede resultar con una ansiedad baja (0-21), moderada (22-35) y severa (36 a más). El puntaje de cada ítem va de 0 a 3. Este inventario resulta de gran utilidad para la valoración de los síntomas de ansiedad. Debe tenerse en cuenta los aspectos importantes en las vivencias de los pacientes en el último mes al momento de completar las preguntas. Fue desarrollado por Aaron Beck en el año de 1988, y fue el resultado de 84 preguntas obteniendo solo 21 preguntas finales bajo una escala Likert de 4 opciones. Este cuestionario se popularizó rápidamente por el análisis de las propiedades psicométricas, este mide dos aspectos, el primero de ellos los síntomas somáticos y el segundo los síntomas subjetivos tanto de la ansiedad como el pánico, cuya consistencia obtenida del instrumento fue de 0.92. Por el tipo de uso del instrumento muestra una alta fiabilidad, la facilidad, pudiéndose aplicar desde los 13 años y es un instrumento que es completado por el propio sujeto.

2.2. PROPÓSITO DEL PUESTO Y FUNCIONES ASIGNADAS

El objetivo de las prácticas preprofesionales desarrolladas durante la permanencia en el centro de internado (IPPSIP) han estado relacionadas con diversas actividades para la observación, evaluación psicológica, la prevención y la identificación de los diversos indicadores que están relacionados a una entidad nosológica que afecta y/o dificultan su estabilidad en las personas atendidas y afectadas emocionalmente por la enfermedad del Covid19.

2.2.1 Propósito del puesto

El propósito del puesto es lograr que el paciente atendido principalmente por una problemática ansiosa, con las herramientas aplicadas pueda disminuir su problemática teniendo en cuentas sus habilidades, pensamientos y predisposición para lograr el objetivo.

2.2.2. Funciones asignadas:

El departamento psicológico en sus diferentes áreas tiende a realizar sus actividades para que el paciente adquiera habilidades y destrezas que le permitan afrontar adecuadamente su problemática de salud psicológica:

- Llevar a cabo la observación clínica para determinar la conducta verbal y no verbal asociada a su problemática psicológica.
- Realizar la entrevista con la finalidad de detallar el motivo de consulta identificando los signos y síntomas más importantes del cuadro clínico
- Realizar entrevistas con la finalidad de elaborar la anamnesis psicológica.
- Seleccionar la batería de pruebas psicológicas tanto psicométricas como proyectivas idóneas para cada caso en particular.
- Realizar el análisis clínico para elaborar el diagnóstico clínico
- Realizar la elaboración del informe psicológico
- Cumplir con las recomendaciones en cada caso a través de la orientación y consejería psicológica
- Realizar acompañamiento psicológico a los pacientes y sus familiares que lo requieran de acuerdo con su problemática.
- Realizar psicoterapia breve y de soporte emocional.
- Desarrollar talleres que promuevan el bienestar psicológico y un estilo de vida saludable.
- Desarrollar actividades preventivas promocionales.

El abordaje ha sido integral, acudiendo al enfoque cognitivo conductual, enfoque humanista y enfoque gestáltico, existiendo libertad para intervenir de acuerdo con la problemática de cada uno de los pacientes.

Todas las actividades asignadas durante el periodo de las prácticas preprofesionales son supervisadas por la psicóloga asesora de las prácticas de internado a fin de levantar las diversas observaciones y poder cumplir con cabalidad todas las funciones en beneficio de cada uno de los pacientes atendidos.

En el programa de intervención desarrollados con los pacientes que muestran indicadores de ansiedad, se ha utilizado las diversas técnicas del enfoque cognitivo conductual.



CAPÍTULO III: FUNDAMENTACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

3.1 TEORÍA Y LA PRÁCTICA EN EL DESEMPEÑO PROFESIONAL

La temática seleccionada ha sido la aplicación de un programa de intervención Cognitivo Conductual para disminuir el nivel de ansiedad en pacientes atendidos de manera sincrónica en el instituto, esta elección de la variable ansiedad parte de la observación directa de los pacientes atendidos en el instituto, situación que se encontraba asociado a un post padecimiento de la enfermedad, los temores a contagiarse de la enfermedad, así como la presencia de síntomas ansiosos y depresivos por la pérdida psicológica de un familiar del paciente en su etapa de duelo.

Los diversos pacientes atendidos que presentaban síntomas de ansiedad con diversos indicadores psicofisiológicos como: taquicardia, transpiración palmar, palidez, perdida del sueño, les generaba un bloqueo en sus actividades diarias, motivo por el cual se conformó un grupo de pacientes con sintomatología común para conformar un grupo de pacientes y poder participar en una propuesta de intervención cognitiva conductual para disminuir los niveles ansiosos.

De acuerdo a estos antecedentes previos se reunió al grupo de pacientes para explicarles la metodología en primer lugar la aplicación de un cuestionario de preguntas para medir la ansiedad y posteriormente se elaboró una propuesta de intervención con la finalidad de disminuir su ansiedad y sus problemas emocionales que influyen en su conducta, en su dinámica familiar y en su rendimiento laboral, se les explicó que su problemática está relacionada con sus temores relacionadas con la enfermedad de ellos y algunos que sus familiares han fallecido o han tenido problemas económicos por causa del COVID 19, puedan superarlos participando de manera activa en el programa de intervención.

Al observar esta motivación del grupo de pacientes se planteó la importancia de participar en la aplicación del cuestionario y el desarrollo del programa de intervención cognitiva conductual con la finalidad de que los pacientes puedan disminuir sus síntomas y mejorar el manejo emocional.

Para poder desarrollar la propuesta del programa de disminución de su ansiedad es necesario contar con referencias bibliográficas que permita estructurar de manera

eficiente la estructura del programa de intervención con la finalidad de ayudar a los pacientes que necesitan de este apoyo.

3.1.1. Definiciones de Ansiedad

El término ansiedad proviene del latín *anxietas* que significa estado de agitación, inquietud o angustia (Real Academia Española, 2014). Esta definición se superpone con el término *duelo*, que tiene la misma raíz etimológica (Pichot, 1999). Según estudios de revisión (de Ansorena, et al., 1983; Cattell, 1983; González, 1993) la imprecisión terminológica proviene de la traducción de la palabra alemana *angst* que fue insertada por Freud en 1894. Aunque en inglés el término *ansiedad* es a la vez español y francés, utiliza dos palabras para distinguir terminológicamente el aspecto fisiológico del aspecto psicológico mencionado por Freud. Se traduce por los términos *anxiété* y *angustia* cuando se refiere a la primera, y por *angoisse* y *tristeza* cuando se refiere a la segunda (González, 1993). Según Sarudiansky (2013), esta dualidad ha atravesado la historia de estos conceptos, sobreviviendo hasta el día de hoy. Sin embargo, ambos significados parecen ser alternativas de traducción válidas y pueden usarse como sinónimos (Hanns, 2001). La evolución de la psicología y la aparición de diversas teorías han contribuido a mantener esta diferenciación conceptual. El psicoanálisis y el humanismo adoptaron el término *ansiedad*, mientras que la psicología científica prefirió el término *ansiedad*. Sin embargo, distinguir los dos términos significa fundamentalmente buscar divergencias de uso entre diferentes perspectivas teóricas, que en última instancia se refieren a un mismo fenómeno (Miguel Tobal, 1990). Díaz y De la Iglesia (2019)

Bandelow manifiesta que los trastornos de ansiedad muy frecuentemente se observan en la atención primaria, porque la definición a menudo se relaciona con otros diagnósticos asociados, muchos de los cuales están altamente correlacionados con otros problemas ansiosos.

En clasificación diagnóstica según el DMS-V, los problemas de ansiedad, junto con los problemas depresivos son entidades patológicas frecuentes en la población general. Se asocian con factores como calidad de vida, disfunción social y la propensión a tener riesgos de enfermedades cardiovasculares, La ansiedad es un mecanismo netamente fisiológico de defensa del organismo a una posible amenaza, que puede producir sensaciones desagradables como preocupación, irritabilidad, inquietud, activar los

estados de alerta o agitación. Sin embargo, puede convertirse una enfermedad ansiosa, si se convierte en la respuesta es de carácter persistente e incontrolable por parte del paciente. Chacón (2021)

También debemos distinguir entre los términos ansiedad y miedo. Tradicionalmente, se han utilizado tres criterios. El primero alude a la presencia/ausencia de un determinado estímulo y se caracteriza por el miedo por la presencia de un objeto amenazante real y la ansiedad por la anticipación del peligro en su ausencia. El segundo criterio se basa en el predominio de los síntomas, que atribuye los síntomas motores de lucha o huida al miedo, la ansiedad, los síntomas de parálisis y la impotencia. Un tercer criterio es la relación proporcional entre estímulo y respuesta. El miedo es una respuesta adecuada a la magnitud del peligro. Sin embargo, estos tres criterios son difíciles de mantener y requieren de otros factores que permitan distinguirlos más fácilmente sin contradecir los criterios diagnósticos actuales. Foa y Kozak (1986) entendieron el miedo como una estructura cognitiva con una representación de la memoria consistente en representaciones del estímulo temeroso y la respuesta temerosa, y el significado asociado con ambos. Vieron la ansiedad como una construcción patológica del miedo, caracterizada por una asociación inexacta o falsa de estímulos amenazantes, activación fisiológica antes de estímulos inofensivos y una disposición excesiva para impedir el comportamiento adaptativo. En 2002, Barlow (2002) conceptualizó el miedo como una respuesta de alerta primitiva a peligro presente caracterizado por una fuerte activación autonómica y tendencias conductuales. La ansiedad como una emoción orientada hacia el futuro es la percepción de la incontrolabilidad y la imprevisibilidad de los eventos potencialmente aversivos y el foco de atención en los eventos potencialmente peligrosos o en las propias reacciones emocionales a estos eventos. Clark y Beck (2012) definieron el miedo como un primitivo, automático estado de alerta neurofisiológico que involucra evaluaciones cognitivas de amenazas a la seguridad física o mental de un individuo. La ansiedad como un complejo sistema conductual, fisiológico, emocional y de respuesta cognitiva denominado modo de amenaza se asocia con la aversión porque los eventos y las situaciones se perciben como impredecibles e incontrolables, que pueden amenazar los intereses vitales de una persona. Se activa cuando se espera un sentimiento. Díaz y De la Iglesia (2019)

3.1.2. Tipos de trastornos de ansiedad

Trastornos de ansiedad Los problemas de ansiedad están relacionados con pánico exagerado y conducta evitativa de situaciones amenazantes. Esto puede alterar su desempeño social, sus estudios y trabajo del sujeto. El problema ansioso por separación genera miedo y una reacción de ansiedad excesivos e inapropiados desde el punto de vista del desarrollo por la separación a quien muestra un significativo apego.

El mutismo selectivo se identifica como la falta constante de hablar en ciertas situaciones sociales cuando se espera hablar en otras situaciones. La discapacidad interfiere con la educación, el desempeño laboral o la comunicación social durante al menos un mes

Trastorno de pánico tiende a reconocerse como ataques de pánico de manera imprevista y de forma recurrente. Una crisis es una reacción repentina de incomodidad que puede durar un tiempo breve. La aparición repentina puede ocurrir por un estado de calma o por un estado de miedo.

Agorafobia es el miedo intenso a utilizar el transporte, estar en el centro de multitudes, en espacios abiertos, incluso estar solo fuera de casa. La persona teme con conductas evitativas pudiendo ser difícil la ayuda que reciba, generalmente en situaciones vergonzosas.

Fobia específica Es el temor a situaciones específicas, como: volar, a los animales, ponerse una inyección, ver sangre.

Trastorno de Ansiedad Social es el miedo significativo asociado a temor a situaciones sociales u opinión de los demás. Algunos ejemplos incluyen interacciones sociales entre ellos: tener una conversación, conocer a extraños, ser observados y actuar frente a otras personas, incluso dando una conferencia.

Trastorno de ansiedad generalizada Conducta ansiosa y preocupaciones excesivas por un tiempo significativo relacionados con diversos eventos o actividades, como actividades académicas o de trabajo.

Trastornos de Ansiedad Inducidos por Sustancias o Drogas se asocian a la ansiedad que predomina en el cuadro sintomatológico. Debe haber evidencia de un historial médico, examen físico o de laboratorio que ocurrió durante o poco después de la ingesta de una sustancia tóxica.

Trastornos de ansiedad asociado a trastornos médicos Existe un predominio de sintomatología ansiosa en el cuadro clínico, explorado a través de la anamnesis. Puede estar asociado a diversas condiciones médicas. Chacón (2021).

3.1.3. Epidemiología

La problemática ansiosa es una entidad clínica más común, con una frecuencia global del 7,3% (4,8%-10,9%). Este trastorno se caracteriza en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5ª Edición (DSM-5) con un incremento de dos consecuencias de respuestas: El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria; mientras que la ansiedad es una consecuencia emocional anticipatoria a futuras amenazas. Ambas son útiles para la adaptación, ya que contribuyen a producir una respuesta ante el peligro, ya sean respuestas motoras o pensamientos asociados. Sin embargo, la distinción entre respuestas de ansiedad normales y patológicas es clínica, teniendo en cuenta los criterios clínicos y temporalidad de los síntomas. Estas diferencias están asociados a variables individuales relacionadas con la cultura y educación de los pacientes. También es necesario tener en cuenta, que para una formulación diagnóstica de la ansiedad debiéndose excluir los casos relacionados a los efectos de sustancias tóxicas o tratamiento de alguna enfermedad física porque la sintomatología puede estar asociado a otra psicopatología. Marrero (2019)

En cuanto a la epidemiología, se observa mayor prevalencia en el sexo femenino que masculino (1,5 a 2 veces más continuos) y se relaciona con episodios depresivos (con ratios entre 7 y 62, según el padecimiento primario). Los problemas ansiosos en ocasiones no le prestan la atención adecuada y muchas veces el tratamiento se retrasa en muchos casos. Marrero (2019)

3.1.4. Elementos de la ansiedad:

Los componentes de la ansiedad se describen a continuación según lo sugerido por Barlow & Durand (2003).

Componentes biológicos: las reacciones fisiológicas son impulsadas a través del sistema límbico, conformada por estructuras como la corteza prefrontal, el tronco encefálico y la amígdala.

Elementos Psicológicos: Pueden ser internos y externos que afectan la posibilidad de tener control de situaciones futuras, desarrollando una sensación de estar fuera de control y luego ansiedad.

Componente social: Constituidos por las situaciones conflictivas de carácter social, de interacción y problemas familiares. Son situaciones en las que la persona experimenta síntomas como irritabilidad, apatía, inquietud y desencadena una vulnerabilidad biológica de ansiedad que interfiere en las relaciones sociales normales y equilibradas.

De igual forma, Beck y Clark (2010) sostienen que los problemas ansiosos producen desequilibrio que afecta la vida emocional, afectiva y su adaptación al medio generando dificultades que alteran su situación personal y social.

Por otro lado, se ha observado y sustentado en modelos teóricos de diversa índole como los modelos biológicos, psicológicos, sociales y ambientales.

La crisis sanitaria por Covid-19 que estamos viviendo durante 3 años ha generado miedo e incertidumbre en muchas personas. Diferentes organizaciones de salud afirman que la magnitud de la crisis está generando problemas de carácter psicosocial, que pueden derivar problemas psicológicos y psicosomáticos. Las diversas investigaciones realizadas a la crisis sanitaria enfatizan en la presencia de síntomas de depresión y ansiedad generalizada. Citado por Briceño (2021)

Es evidente que en la actualidad la psicología está resolviendo esta dicotomía al abordar la cuestión de la ansiedad como un fenómeno complejo perteneciente al ámbito psicológico de lo normal y lo psicopatológico, o lo que es lo mismo, existe una ansiedad "normal", positiva, adaptativa y rendimiento del sujeto motivador y ansiedad anormal o "trastornos de ansiedad" negativos, desorganizadores y perjudiciales para el rendimiento. La "ansiedad normal" surge como una respuesta de emergencia ante situaciones que implican peligro, amenaza o posibilidad de pérdida o fracaso. Este miedo tiene esencialmente una función "adaptativa" y representa un poderoso estímulo para el desarrollo y maduración de la persona involucrada de alguna manera en las actividades creativas del hombre. González (1993)

Se considera que Freud fue el primero en reconocer la importancia de la ansiedad y la mayoría de las teorías psicológicas que se han ocupado de las definiciones de ansiedad se han hecho desde dos perspectivas diferentes. Según el tipo de 'experiencia' y 'respuesta' evocada en el sujeto, y la 'función' o consecuencia de la angustia. - Hay dos tipos diferentes de definiciones en cuanto a los tipos de experiencias y reacciones que aparecen en los sujetos. De acuerdo con las definiciones creadas a partir de experiencias "subjetivas", o valoraciones personales de lo que se tiene o se siente ansioso.

La ansiedad se valora externamente a partir de sus síntomas motores y fisiológicos, desde un enfoque exclusivamente "objetivo". - Un enfoque que se centra en la propia 'experiencia interna' define la ansiedad como un estado emocional o sensación subjetiva que surge de la percepción y experiencia del sujeto de peligro o amenaza para sí mismo. Estas explicaciones son inherentes a las teorías analíticas, humanísticas y existencialistas. Desde un enfoque cognitivo, tiene gran importancia la experiencia interna, que define la ansiedad como una respuesta emocional de inquietud, inquietud, a la que se enfrentan los sujetos ante situaciones que califican como amenazantes y difíciles de superar. - La definición basada en la "reacción externa" típica de los autores de enfoques conductuales equipara la ansiedad con sus componentes fisiológicos y motores, equiparando la ansiedad con la tensión, la irritabilidad, el temblor y la inquietud del movimiento, a menudo asimilados.

Desde una perspectiva 'funcional', la ansiedad ha sido vista como un factor 'activador y motivador del comportamiento', especialmente por parte de algunos psicólogos del aprendizaje. Además de funcionar como una pulsión que puede motivar reacciones, algunos autores consideran que la ansiedad es una función positiva de 'sostener la vida', presagiando dolor inminente o peligro para el organismo o entiendo que actúa como señal de alerta.--En contraste A aquellas teorías que ven la ansiedad como un impulsor efectivo del comportamiento, las observaciones clínicas sugieren que la ansiedad puede definirse como un "comportamiento confuso" o como un predictor del buen desempeño del sujeto. Hay teorías que ven la ansiedad como un estado emocional perturbador. La ansiedad limita su capacidad de pensar y actuar, y si es intensa y continua, puede alterar gravemente la relación del sujeto con su entorno.

En la psicología actual, el concepto de ansiedad hace referencia a un fenómeno complejo y multidimensional que engloba las distintas perspectivas de análisis que hemos identificado. Desde esta perspectiva, definimos la ansiedad como “un patrón de comportamiento complejo y variable que involucra tanto respuestas objetivas, motoras y fisiológicas como estados emocionales y cognitivos subjetivos de preocupación, miedo e inquietud”. Se desarrollarán situaciones de amenaza o peligro para la propia integridad física o la autoestima, ante hechos futuros o circunstancias inciertas, ante una posible pérdida o fracaso. González (1993)

3.1.4.1 Ansiedad patológica

En cuanto a la ansiedad patológica, podemos hablar de cuando la preocupación y la vigilancia que caracterizan a la ansiedad pierden su función adaptativa y se convierten en problemas anímicos que pueden dar lugar a algunas alteraciones de respuestas ansiosas y del estado de ánimo (Díaz, 2016).

Un modelo explicativo de los problemas ansiosos lo plantea Barlow (1988) sugiere la relación de un componente de ansiedad en las manifestaciones patológicas de la ansiedad. Esto comienza cuando un estímulo percibido evoca una proposición perturbadora almacenada en la memoria de larga duración. Provoca un estado de alta influencia negativa que predispone a los individuos sentimientos de previsibilidad, falta de control, impotencia y reacciones de activación fisiológica. Como resultado, los individuos se centran en sí mismos y realizan autoevaluaciones que se centran en las respuestas fisiológicas, lo que aumenta la activación y conduce a estados de hiperexcitación (Quintero et al., 2017). Citado en Matovelle (2021)

A partir del modelo de evitación cognitiva, encontramos que las preocupaciones generadas se utilizan como motivaciones para actuar ante situaciones heterosexuales. Estas situaciones inciertas se vuelven anormales cuando se restauran con facilidad las visualizaciones problemáticas que deberían evitarse (Torrano et al., 2017).

Asmundson y Taylor (2020) comentan que los problemas ansiosos que afectan la estructura física y orgánica producen cambios que muchas personas lo interpretan como sensaciones somáticas que muchas veces se interpretan de manera catastrófica de los

malestares corporales y aspectos disfuncionales de la salud, la enfermedad, siendo vulnerables para afrontarlo de manera adecuada.

En el periodo de la crisis sanitaria por COVID-19, la población predispuesta a padecer elevados niveles de ansiedad por las preocupaciones referentes a la enfermedad tiende a percibir reacciones clínicas sin importancia, y las magnifican como si fueran realmente sintomatología infecciosa, incrementando su percepción ansiosa que le afecta su capacidad para tomar decisiones racionales alterando su conducta. Esto puede dar lugar que las personas tengan comportamientos desadaptativos, como reiterar en la higiene de las manos, visitar con mayor frecuencia a los médicos, introversión social compras compulsivas, aunque algunos de estos comportamientos pueden ser apropiados para el consejo de los profesionales médicos; sufrir de ansiedad por la salud puede llevar a conductas extremas, lo que tiene consecuencias negativas para las personas y sus familiares (por ejemplo, la compra excesiva de productos de protección personal, como mascarillas, guantes y jabón (Banerjee, 2020). Citado en Matovelle (2021)

En las reacciones de ansiedad el sistema nervioso es una red que activa dos sistemas, el sistema nervioso autónomo, incluidos los nervios simpáticos y parasimpáticos, mientras que, en el sistema nervioso central, se origina la interpretación del estrés cortical, así como las respuestas del sistema límbico y el eje hipotalámico pituitario adrenal. El eje hipotálamo activa la red neuroendocrina y genera hormonas como la corticotropina, que estimula la secreción de glucocorticoides y producen altos niveles de cortisol que, dependiendo del tiempo de duración al factor estresante, pueden conducir a una respuesta inmunitaria disfuncional (Gavin, Lyne y McNicholas, 2020).

Ran (2020) menciona que de acuerdo con la magnitud de las experiencias emocionales puede generar respuestas para lograr una adaptación a situaciones de crisis. En cambio, la crisis sanitaria genera reacciones desadaptativas a nivel de las emociones, comportamientos y pensamientos, que solo afectan el funcionamiento de personas propensas a los síntomas y, en muchos casos, les impide realizar conductas deseables.

En un funcionamiento normal del Sistema nervioso, las estructuras que controlan la vida emocional, los pensamientos y la conducta se encuentran en un nivel adecuado. Caso contrario, cuando están presentes situaciones ansiosas que perturban y originan

alteraciones pueden afectar la falta de equilibrio, produciendo un deterioro cognitivo de orientación y problemas físicos. Si el sujeto expuesto a una situación estresante no logra disminuirlo es difícil que pueda tener una reacción de adaptación, pudiendo aparecer reacciones psicopatológicas (Panchal, 2020). En Matovelle (2021)

3.1.5 La Terapia cognitivo conductual

La Terapia Cognitivo Conductual se basa en la propia experiencia y observación está asociada a los postulados relacionados al aprendizaje, se ha producido un cambio significativo, igualmente hay que considerar factores y modelos de otras teorías que permitan una explicación de la conducta humana (por ejemplo, psicología evolutiva, social, cognitiva)

La Terapia de Comportamiento (TC) surge asociado al tratamiento psicológico como una nueva forma de afrontar los problemas psicológicos emocionales y cognitivos, desplazando al modelo psicoanalítico. La terapia comportamental se basa en la idea del aprendizaje sea adaptado o no y se puede modificar a través de principios de aprendizaje. Comienzan a enfocarse en el comportamiento observable y el medio en donde se emite la respuesta.

Estos principios transformaron la TC en una dirección psicoterapéutica innovadora y contribuyeron decisivamente al desarrollo de la psicoterapia científica. A pesar de las carencias de las teorías del aprendizaje unificado, se cuestiona la contraposición con indicadores cognitivos y su forma de medición, la separación de la práctica clínica del modelo racionalista condujo al proceso que transformó la terapia conductual en su esquema actual.

El producto final de esta evolución es una disciplina que es conceptualmente difícil de definir, uniforme en cuanto a su propósito (detección y modificación de comportamientos, pensamientos y respuestas emocionales desadaptativos), pero diferentes enfoques cognitivo-conductuales asignan roles para el condicionamiento clásico

Algunos de sus representantes más significativos refieren que la terapia cognitivo conductual debe ser considerada como un conjunto de técnicas eficaces, sin adherirse a

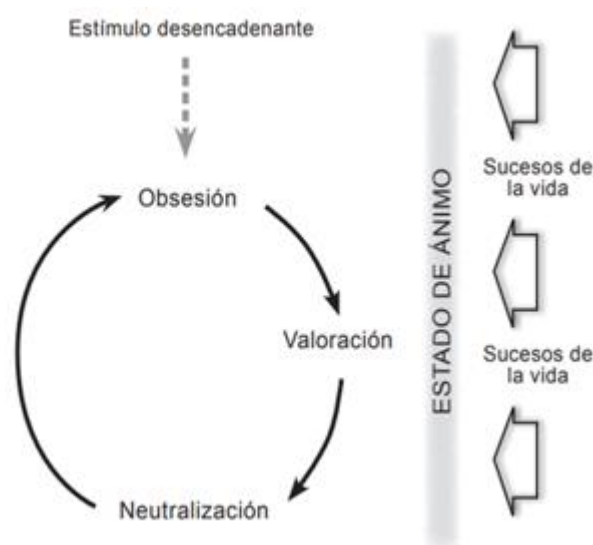
ningún modelo terapéutico. Desde un punto de vista fenomenológico, podemos señalar cuatro rasgos claros de la TCC actual:

- Primero. La Terapia Cognitiva Conductual es un campo de intervenciones para los problemas que afectan la salud, campo que trabaja con respuestas operantes sean físicas, emocionales, cognitivas, adaptativas y desadaptativas, las cuales son siempre aprendidas. Este tipo de respuestas se han emitido con mucha frecuencia generando hábitos no teniendo un control sobre ellos para poder generar en el futuro respuestas razonables. La Terapia Cognitiva Conductual asume que las personas tienen la responsabilidad de las situaciones que les afectan y pueden ejercer control sobre estos procesos. Ruiz, Díaz y Villalobos (2012)
- Segundo. Por ser un componente importante en promover estilos de vida saludable, la TCC aporta una serie de herramientas y programas muy particulares para una diversidad de problemas que tienen un tiempo de aplicación limitado en relación con otras estrategias psicoterapéuticas a largo plazo. Aunque se ha mostrado interés en otros esquemas relacionados a la situación diagnóstica especialmente en conductas desadaptativas y el tratamiento ha crecido en los últimos tiempos, el enfoque orientado a los problemas de la Terapia Cognitiva Conductual ha facilitado su recuperación en tiempo breve.
- Tercera. La Terapia Cognitiva Conductual es generalmente de naturaleza educativa y puede ser más o menos explícita. La mayoría de los procedimientos tienen módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta del problema y la lógica del tratamiento.
- Cuarto. La Terapia Cognitiva Conductual, tiene una función autoevaluativa a través del periodo terapéutica y muestra un énfasis en la validación empírica de los tratamientos. Esta característica está relacionada con la participación del conductismo metodológico como eje principal de la TCC, y quizás el rasgo más original de la Terapia Cognitiva Conductual actual. Ruiz, Díaz y Villalobos (2012)

Las explicaciones contemporáneas de la ansiedad se relacionan con el componente cognitivo en relación con una variedad de pensamientos, que muchas veces los pacientes

les atribuyen significados diversos. Por lo tanto, el pensamiento obsesivo se considera como un estímulo interno que puede procesarse erróneamente. Pueden ocurrir espontáneamente o desencadenarse por estímulos internos o externos. Los estímulos internos incluyen sensaciones físicas, estados emocionales y eventos cognitivos, mientras que los estímulos externos incluyen objetos, situaciones y personas (ver Figura 4).

Figura 4
Dinámica del estado de ánimo



Fuente: Caballo (2007) Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos

3.1.6 Antecedentes de investigaciones anteriores sobre las emociones en los adolescentes

En Lima, Perú, Briceño (2021) en su estudio de ansiedad por el covid-19 y bienestar psicológico en personas adultas del distrito de Ate Vitarte tuvo como principal objetivo determinar la correlación entre la ansiedad inducida por el Covid-19 y el bienestar psicológico en adultos de la jurisdicción de Ate Vitarte. Se utilizó una encuesta cuantitativa y transversal. El grupo de estudio estuvo constituido por 668.203 pobladores del distrito de Ate Vitarte (Municipio de Ate Vitarte, 2015). Seleccionando una muestra de 300 sujetos, de los cuales (39,7%) eran varones y (60,3%) pertenecían al grupo de mujeres. Las herramientas utilizadas fueron la Escala de Ansiedad por el Coronavirus (CAS)

Además, se utilizó el Cuestionario de Bienestar Psicológico BIEPS-A para personas adultas. Demostrándose una correlación negativa entre la ansiedad inducida por Covid-19 y el bienestar psicológico ($r_s = -0.229^{**}$; $p < .000$)

Del análisis comparativo se encuentra la existencia de significación en ansiedad por la pandemia según las variables sociodemográficas; género, diagnóstico y tratamiento de los síntomas de ansiedad, diagnóstico de la enfermedad de Covid-19 en amigos y familiares, las horas en que piensan, ven o escuchan información durante la pandemia. De igual forma, se encontraron significación en Bienestar Psicológico según variables sociodemográficas; Género, diagnóstico y tratamiento de los síntomas de ansiedad. Palabras clave: Ansiedad por Covid-19, Bienestar Psicológico, Adultos. Briceño (2021)

3.1.7 Definiciones conceptuales

El miedo es una emoción basada en un intenso sentimiento de incomodidad causado por la percepción de un peligro real o percibido, presente, futuro o pasado. Es una emoción primaria derivada de la aversión natural al riesgo o amenaza que involucra a los humanos. La máxima expresión del miedo es el terror. Barbabosa (2021)

Paciente es una persona se encuentra en peligro físico y psíquico y está recibiendo atención médica. (Ayuzo, 2016). Citado en Briceño (2021). Si buscáramos otras significaciones, podemos encontrar:

Paciente: que tenga paciencia.

Sinónimo: sufrido.

Opuesto: impaciente, vivaz.

Persona enferma o en tratamiento.

Estas descripciones han contribuido a diferenciar ciertos puntos de referencia. El desarrollo de este término confirma que nunca fue, ni es, ni será, ya sea que el sujeto en cuestión esté enfermo o aparentemente sano. El nombre “paciente” es bastante desafortunado en nuestra opinión. Salón (2000)

COVID-19 es un proceso infeccioso causado por el virus SARS-Cov-2 que provoca una reacción aguda, que suele ser leve, pero en algunos casos con síntomas respiratorios severos. (Sociedad Torácica Americana, 2020). Citado en Briceño (2021)

3.2 ACCIONES, METODOLOGÍAS Y PROCEDIMIENTOS

El objetivo del presente trabajo de intervención es desarrollar las diversas sesiones y actividades que se han utilizado para llevar a cabo el programa conducente a disminuir la problemática de la ansiedad desde un enfoque cognitivo conductual en el grupo de pacientes que acuden al instituto, teniendo en cuentas las etapas, la etapa inicial es con la finalidad de recolectar información necesaria previo a la iniciación del programa de intervención, posteriormente se seleccionó cada una de las técnicas cognitivas conductuales a desarrollar para la intervención con los pacientes, finalmente se realizó una post evaluación y realizar las comparaciones respectivas, para visualizar la efectividad del programa a los pacientes del instituto.

3.2.1 Participantes

La propuesta de intervención cognitivo conductual para disminuir los indicadores ansiosos estuvo dirigido a los pacientes atendidos en el instituto que está conformado por 20 pacientes, se sexo masculino y femenino respectivamente, cuyas edades están comprendidas entre los 34 y los 65 años de edad.

Tabla 1.

Distribución de pacientes atendidos por edad y sexo

Sexo	Edad		
	30 – 40 años	41 – 50 años	+ de 50años
Hombres	4	8	2
Mujeres	3	2	1
Total	7	10	3

Para desarrollar el programa de intervención cognitiva conductual con el objetivo de mejorar los indicadores de ansiedad en las personas atendidas de acuerdo con la observación directa, las entrevistas con los pacientes, así como las evaluaciones

psicológicas aplicadas y posteriormente realizar las conclusiones diagnósticas respectivas. Para éste propósito se utilizó el cuestionario de ansiedad de Beck, que permitió conocer los diversos indicadores ansiosos, que se aplicó antes del proceso de intervención, posterior a la aplicación del programa de intervención cognitivo conductual, se volvió a aplicar el instrumento para detectar la ansiedad, con la finalidad de evaluar su eficacia de la intervención cognitivo conductual, ya que el propósito principal ha sido el control emocional, así como controlar sus pensamientos y poder realizar la debida reestructuración con la finalidad de controlar sus pensamientos, cambiar sus reacciones ansiosas que pueda permitir tener cambios comportamentales más estables y saludables que aportaren a su bienestar, mejorando su adaptación y su vida social y laboral.

3.2.2 Instrumentos y recolección de la información

ESCALA DE ANSIEDAD DE BECK

Para la cuantificación de la ansiedad se utilizó la escala de ansiedad Beck-BAI elaborado por Beck y Steer (1988), escala construida a partir de criterios clínicos basados en los criterios diagnósticos del DSM III y IV y que por tanto representa una lista de indicadores agrupados en tres componentes: AS1: somático, AS2: afectivo y AS3: cognitivo. Lo que constituye el miedo total. La escala está estructurada con 21 ítems con respuestas tipo Likert. Pacheco (2019)

FICHA TÉCNICA

Nombre	:	Inventario de ansiedad de Beck – BAI
Autor	:	Beck y Steer
Año	:	(1988)
Administración	:	Individual y colectiva
Ámbito de aplicación	:	Adolescentes y adultos
Duración	:	15 minutos aproximadamente
Finalidad	:	Conocerla predominancia de los síntomas ansiosos
Ítems	:	21
Respuesta	:	Nada; Leve; Regular; Fuerte

Descripción:

Esta herramienta evalúa los síntomas ansiosos, un estado emocional predominantemente desagradable donde los principales indicadores son la tensión o el nerviosismo, además de reacciones fisiológicas comúnmente acompañados de palpitations, temblores, sudoración, mareos y náuseas. Indicadores cognitivos (Beck & Steer, 1988), porque los individuos pueden percibir un estímulo (exponiéndose de forma realista o ficticia) como una amenaza y, asimismo, percibirse como ineficaces para afrontarlo. Del mismo modo, la ansiedad consta de tres principales causas. (a) Somático: comprende reacciones y sensaciones fisiológicas que suelen acompañar a los estados de ansiedad en situaciones individuales. Como reacción de entumecimiento, incremento de la temperatura corporal, temblor corporal, incremento del ritmo cardiaco, reacciones digestivas, sudoración. (b) Emocionalidad: elementos caracterizados por emociones desagradables y negativas que provocan malestar en las personas que las padecen. Tales reacciones emocionales son, en el peor de los casos, causadas por las distorsiones cognitivas del evento del sujeto, como el miedo, tensión. (c) Cognición: si bien es cierto que Beck y Steer (1988) afirman que los indicadores físicos y emocionales aparecen principalmente en la ansiedad, las personas perciben la situación como amenazante, física y, por lo tanto, Las respuestas emocionales miden distorsiones cognitivas como la dificultad para relajarse, percepciones de reacciones físicas intrusivas y expectativas negativas como el miedo a fallecer. Las propiedades del instrumento han sido estudiadas por Anticona y Maldonado (2017), y en Huancayo se obtuvo evidencia de confiabilidad por el método de consistencia interna y obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach de .898, el cual es aceptable. Pacheco (2019)

Tabla 2

Confiabilidad por consistencia interna de la Ansiedad

Dimensión	M.	D.S.	α	Ítems	p
Afectivo	4.47	3.538	.806	6	,000
Motor	2.72	2.317	.637	4	,000
Somático	6.53	4.860	.831	11	,000
Ansiedad	13.73	9.635	.907	21	,000

Tabla 3 Baremo

Puntuación	M.
0-7	Mínimo
8-15	Leve
16-25	Moderado
26-63	Grave

3.2.3. Intervención con Terapia Cognitiva Conductual

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO - CONDUCTUAL

JUSTIFICACIÓN

El presente programa con los pacientes que padecen de ansiedad está estructurado con las técnicas cognitivo – conductuales.

Es por ello por lo que, siguiendo este el modelo se procederá a trabajar con técnicas de relajación muscular progresiva, tales como respiración abdominal y la relajación imaginaria, para modificar los niveles ansiosos de las personas, lo cual le permitirá manejar mejor las situaciones cuando se sientan amenazados.

Asimismo, se trabajará con la técnica de detección de la creencias irracionales y reestructuración cognitiva; con el fin de que los pacientes sean capaces de detectar aquellos pensamientos automáticos que le generan malestar a nivel emocional y pueda cambiarlos por otros que le generen tranquilidad y de esa manera, pueda aprender un nuevo patrón de conductas adaptativas. Por consiguiente, se trabajará con técnicas para mejorar la respiración, así como el control de las dificultades respiratorias; así como también, se empleará las técnicas de aproximaciones sucesivas, técnicas de exposición y la técnica de solución de problemas.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Reducir las situaciones ansiosas de manera que el paciente pueda recuperar su funcionalidad en todos o la mayor parte de ámbitos de su vida.

Objetivos Específicos:

- Lograr el aprendizaje para mejorar su entrenamiento en relajación muscular progresiva y respiración diafragmática.
- Modificar pensamientos automáticos y creencias irracionales.
- Disminuir los síntomas ansiosos.
- Lograr el afrontamiento de situaciones adversas.
- Lograr autonomía e independencia afectiva en la paciente.
- Reevaluar las tareas asignadas sobre distorsiones cognitivas.

METODOLOGÍA

Se establece un contrato conductual con los pacientes, en el cual se estipula la participación por parte del terapeuta, quien asumirá sus funciones en el desarrollo de cada sesión en búsqueda de cumplir los objetivos planteados y garantizar el bienestar del paciente. Asimismo, la paciente se compromete a colaborar durante las terapias, teniendo en cuenta el cumplimiento de las actividades para el hogar y la adherencia al tratamiento y todo aquello que sea importante para que los pacientes puedan alcanzar sus objetivos deseados.

La ejecución del programa y la aplicación de sus técnicas se desarrolló en 10 sesiones, las cuales duraron 45 minutos, con una duración semanal, en donde se aplicaron diversas técnicas antes mencionadas para lograr los objetivos propuestos. Se describen las sesiones implementadas en el desarrollo del programa de intervención cognitiva conductual para los pacientes. Cada una de las sesiones describe el objetivo a lograr, las técnicas aplicadas y el a realizar en cada una de las sesiones detallando los materiales utilizados.

SESIONES DEL PROGRAMA DE INTERVENCIÓN

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento
Sesión 01	Explicación sobre el programa de intervención Objetivos y procedimientos	Alianza Terapéutica Diálogo Expositivo Tarea para casa	Al inicio de la sesión les pregunta a los pacientes si tienen alguna información o conocimiento de la terapia cognitivo conductual; enseguida se procede a mencionar los aspectos fundamentales de la terapia a aplicar, teniendo en cuenta el propósito de llevarla a cabo. Así mismo, se dispone a esclarecer el análisis funcional. Luego, se les deja una actividad, la cual consiste en tener que registrar su nivel de ansiedad (¿cómo se ha sentido o como se ha manifestado su estado de angustia?) en una escala del 1 al 10 (donde 1 representa el mínimo de ansiedad y 10 representa el máximo de ansiedad o pánico) y de esa manera al finalizar la semana le tenga que otorgar un puntaje. La finalidad es que, en la próxima sesión se trabaje el nivel de ansiedad con técnicas específicas

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento
<p>Sesión 02</p>	<p>Explicación de la importancia de las técnicas de relajación muscular progresiva</p> <p>Lograr el aprendizaje de la técnica de respiración abdominal</p> <p>Lograr el aprendizaje de la técnica de relajación imaginaria</p>	<p>Diálogo Expositivo.</p> <p>Relajación muscular progresiva de Jacobson</p> <p>Respiración abdominal.</p> <p>Tarea para casa</p>	<p>Al empezar la sesión se le brinda a cada paciente aportes relevantes acerca de las técnicas de relajación; por consiguiente, se le enseña paso a paso como laxar la postura y descontracturar los músculos como: cuello, abdomen, brazos, piernas y espalda. Desde luego se le indica al paciente que cierre los ojos y cree una escena en la cual se sientan seguros y estén tranquilos, sosteniendo una respiración pausada al tomar aire por la nariz y expulsarlo por la boca tres veces consecutivas teniendo en cuenta que las extremidades superiores e inferiores estén totalmente relajados.</p> <p>Después se le asigna una actividad a cada paciente, la cual se basa en repetir los ejercicios de relajación que hicieron durante la sesión de forma diaria y registrarlos en una hoja dándole un puntaje del 1 al 10 que tan relajada se sintió durante la semana.</p>

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento			
<p style="text-align: center;">Sesión 03</p>	<p>Explicación de las distorsiones cognitivas Identificar las distorsiones cognitivas en base a los estímulos o situaciones que le generan ansiedad. Psico educar con la técnica de reestructuración cognitiva</p>	<p>Diálogo Expositivo. Tarea para casa</p>	<p>Inicialmente, se les comenta a los pacientes que, los pensamientos automáticos son involuntarios pese a que, se tenga una intención de no querer pensar en ellos; por lo tanto, éstos en su mayoría y de manera inmediata generan una distorsión de la realidad. Asimismo, se les enseña a identificar bajo qué situaciones y de qué manera se dan los pensamientos automáticos que influyen de forma negativa en que haya reacciones emocionales de carácter ansioso y a la vez, se le instruye que, tales pensamientos pueden ser modificados por otros que sean más adecuados y generen reacciones emocionales adaptativas en ella, mediante la técnica de Reestructuración Cognitiva.</p> <p>Por último, se les deja una actividad a los pacientes, la cual consiste en tener que, especificar diferentes situaciones que haya experimentado ansiedad o pánico durante la semana; todo ello anotado en el cuadro demostrativo, permitiéndole reconocer los contextos específicos, los pensamientos automáticos y las emociones consecuentes. Ejemplo:</p>			
			Situación	Pensamiento Automático	Emoción	
			<p>Estaba en el supermercado o con mucha gente a mi alrededor</p>	<p>"me va a pasar algo malo y nadie me va a ayudar" "Me voy a desmayar o me voy a morir"</p>	<p>Angustia, agitación, miedo sensación de ahogo entre otros</p>	

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento	
Sesión 04	Intervenir con la técnica de Reestructuración Cognitiva	Diálogo Expositivo Retroalimentación de la actividad anterior Evaluación y modificación de pensamientos automáticos Identificación creencias irracionales.	<p>Al principio se les hace un recordatorio a los pacientes sobre la técnica de Reestructuración Cognitiva y se analizan los pensamientos automáticos registrándose la actividad para realizar el cambio de ideas distorsionadas por ideas reales y acertadas. por ello, se les indica a los pacientes que de acuerdo con los pensamientos que han manifestado en el cuadro(Eje: "Me voy a morir"), diga en una escala del 1 al 10 (donde 1 representa el mínimo de creencias sobre ese pensamiento y 10 representa el máximo de creencias sobre ese pensamiento) ¿Qué valor le asignaría al pensamiento de "Me voy a morir "? en seguida se le pregunta ¿qué emoción le genera ello? y según su respuesta (Ej: Miedo) también señale de acuerdo a la escala del 1 al 10 ¿qué tanto miedo siente al pensamiento de "Me voy a morir ", en seguida cada paciente tiene que expresar en que situaciones lo ha experimentado y en que parte del cuerpo lo ha sentido- Por consiguiente se analiza la veracidad de ese pensamiento; de modo que ellos mismos sean conscientes de que tan real es la posibilidad de que suceda esa idea distorsionada. Ejemplo.</p>	
			Evidencias a favor	Evidencias en contra
			Solo he tenido sensación, pero no me he desmayado	El cardiólogo dice que si tomo el medicamento que me ha recetado prevengo infartos y no sucederá nada grave
			<p>Se concluye junto a los pacientes que este tipo de pensamiento no es tan cierto como ellos creen en un inicio porque ha podido presenciar situaciones de ataques de pánico fuertes y, sin embargo, no se ha desmayado; por ende, el hecho de tener un pensamiento distorsionado solo estaría causando el efecto de aumentar la ansiedad o intensificarla; mientras que, al modificar ese pensamiento generaría todo lo contrario siendo beneficioso para ella. Finalmente, los pacientes son capaces de establecer pensamientos adaptativos a través de la técnica aplicada.</p>	
<p>Por otro lado, se les explica a los pacientes que los pensamientos usualmente están asociados a ciertas creencias que se tienen de sí mismo generando a partir de diferentes experiencias sobre todo en la niñez; donde existen creencias positivas (“yo sí puedo”) y negativas (“yo no puedo”); entonces, a partir de ello, según el análisis funcional, se le dice a la paciente que, se trabajará con cada creencia, por ejemplo una de ellas es: “Prefiero evitar salir de mi casa”; es así que, se le pregunta ¿Por qué prefieres quedarte en casa?; luego, de acuerdo a su respuesta (Ej: “Me siento seguro”, a lo que se le vuelve a preguntar ¿Qué significa para ti sentirte seguro?</p>				

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento
<p>Sesión 04</p>			<p>Según su respuesta "tener el control de lo que me pueda pasar", nuevamente preguntarle seguro?, según su respuesta "tener el control de lo que me pueda pasar", nuevamente preguntarle ¿Qué significa para ti tener el control de lo que te pueda pasar? Y así sucesivamente, se desprenden una serie de preguntas hasta llegar a la creencia irracional que es "Siempre voy a tener que depender de otra persona para salir", donde la paciente le tiene que darle un valor en la escala del 1 al 10 qué tanto cree en esa idea y qué le genera esa creencia (Respuesta: Ansiedad) dándole también un puntaje del 1 al 10 qué tanto siente esa emoción. Se concluye la sesión poniéndole un caso hipotético, donde persona 01 se encuentra bastante enferma pero decide quedarse en su casa porque se siente segura, prefiere tener el control de la situación y prefiere no depender de los demás y por otro lado, está la persona 02 que también está bastante enferma pero decide pedir ayuda profesional para mejorar su salud y poder desempeñarse mejor en su vida cotidiana; enseguida se le pregunta: ¿quién crees que de verdad pueda mejorar sus condiciones? A su respuesta, se le enfatiza que desde luego es a quien busca ayuda profesional para mejorar su situación; donde además, se le pide a la paciente que le asigne una etiqueta como por ejemplo "Fortaleza" el cual será puntuado en una escala del 1 al 10 cuánto es su nivel de creencia acerca de esa idea; así como también identifique qué emoción le genera en la misma escala, por ejemplo "tranquilidad" y por último, les doy un puntaje a la creencia antigua ("Siempre voy a tener que depender de otra persona para salir") reconociendo que el nivel de creencia ha disminuido y la emoción que desencadena ello también; por lo tanto, se cumple el propósito de la sesión al cambiar la creencia por otra adaptativa y a la vez, hacerle entender a la paciente, que la creencia al ser irracional los motivos respecto a ello, resultan ser incongruentes frente al contexto real, donde se necesita apoyo para poder afrontar un determinado problema.</p>

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento
Sesión 05	Re Entrenar la respiración como control de la hiperventilación voluntaria	Diálogo Expositivo Poner en práctica los ejercicios de la técnica propuesta Tarea para casa	Al empezar la sesión, se le enseña a cada paciente a seguir pautas para entrenar la respiración como control de la hiperventilación voluntaria cuando se perciben signos de hiperventilación involuntaria, con el propósito de consolidar las estrategias o técnicas de respiración que se emplearon al inicio. En seguida, se les indica a los pacientes:
			1. Siéntate cómodamente e interrumpe lo que estás haciendo en este momento y por favor, solo concéntrate en las instrucciones que te voy a dar.
			2. ahora mismo debes retener la respiración sin hacer inhalaciones profundas y contar hasta llegar a 10.
			3. al llegar a 10, exhala el aire y al mismo tiempo dice lentamente la palabra “estoy tranquila”.
			4. Posteriormente, inhala y exhala durante 10 segundos (3 veces para la inspiración y 3 veces para la espiración) diciéndote a sí mismo la palabra “me siento tranquila” cuando exhales el aire.
			5. Luego, continúa respirando de forma suave y lenta hasta que hayan desaparecido algunos malestares que están surgiendo en ese momento.
Finalmente, se les asigna una actividad a la paciente, la cual se basa en repetir los mismos ejercicios que se hicieron en terapia, de forma diaria por las mañanas y por las tardes hasta lograr alcanzar una sensación de tranquilidad.			

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento
<p align="center">Sesión 06</p>	<p>Re Entrenar la respiración como control de la hiperventilación voluntaria</p>	<p>Diálogo Expositivo Poner en práctica los ejercicios de la técnica propuesta Tarea para casa</p>	<p>Inicialmente se les indica a los pacientes en qué consiste la terapia de aproximaciones sucesivas y cuál es el procedimiento para seguir; por lo tanto, se les expresa que, en la presente sesión se les enseñará a actuar de forma adecuada ante ciertas situaciones en las cuales surgen emociones de ansiedad o pánico; de esa manera, se determina cuál es la conducta final que deberá aprender a ejecutar sin dificultad y sin que haya repercusiones negativas. Por ende, enseguida se les muestra un listado de respuestas conductuales que tendrá que poner en práctica en su vida cotidiana, pero previamente las tendrá que realizar en la sesión para poder observar la disposición y actitud ante ello.</p> <p>Por consiguiente, se le entrega la lista:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apretar los puños y relajarlos lentamente mientras inhala y exhala tres veces - Respirar profundamente por la nariz y detener el aire durante tres segundos e inmediatamente espirar el aire por la boca suavemente mientras dice la palabra " me siento tranquila" - Realizar movimientos circulares con la cabeza y relajar los músculos del cuello <p>Finalmente, todo el proceso se evaluará a través de un registro de conducta para contabilizar el número de aciertos y deserciones con respecto a la conducta aprendida.</p>

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento		
<p align="center">Sesión 07</p>	<p>Explicación de la terapia de Exposición Intervenir con la Técnica de Exposición</p>	<p>Diálogo Expositivo. Identificación de la intensidad y frecuencia de las conductas ante situaciones que le generan ansiedad o pánico Tarea para casa</p>	<p>Al empezar la sesión se les brinda a los pacientes aportes relevantes acerca de las técnicas de exposición; enseguida, se establecen conductas – objetivo y se le asignan tareas gradualmente para poder evaluar el progreso, llevándose a cabo a través de un registro estructurado. Por consiguiente, se proponen algunas circunstancias las cuales generalmente provocan pánico o angustia en la evaluada, con el fin de identificar el número de veces que aparecen determinadas conductas y el grado o nivel de intensidad de emociones adversas que pueden surgir en tales casos. Ejemplo:</p>		
			<p align="center">Situación 01:</p> <p>"Estaba en el mercado con muchas personas a mi alrededor"</p>	<p align="center">Conductas</p> <p>Retirar o huir de ese lugar</p> <p align="center">/</p>	<p align="center">Emociones</p> <p>Palpitaciones fuertes, sensación de ahogo y temblor corporal</p>
			<p>Frecuencia ¿Cuántas veces se ha presentado la misma conducta frente a esa situación?</p>	<p>III II</p>	
			<p>Intensidad del 1 al 10</p> <p>Después, se les deja una actividad a cada paciente, la cual consiste en tener que permanecer expuesta ante 2 situaciones distintas que le generan mucha ansiedad durante 5 minutos en el transcurso de la semana; además, deberá registrar las conductas y emociones que se manifestaron frente a dichos episodios para verificar la frecuencia y el nivel de intensidad de éstos en la sesión próxima</p>		

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento
Sesión 08	Intervenir con la Técnica de Exposición	<p>Diálogo Expositivo</p> <p>Retroalimentación de la actividad anterior</p> <p>Análisis de la intensidad y frecuencia de las conductas y situaciones que le generan ansiedad o pánico</p> <p>Tarea para casa</p>	<p>Se evalúa cómo se sintió cada paciente después de las 2 situaciones en las que se ha visto expuesta en una escala del 1 al 10 (donde 1 representa poca angustia y 10 representa mucha angustia); del mismo modo, se analizan las variables (frecuencia e intensidad) respecto a las ocasiones donde experimentó ansiedad o pánico. Luego, se les indica a los evaluados que, los progresos o resultados se darán de forma gradual; ya que, la exposición compromete a la persona a estar en contacto constantemente frente a contextos específicos que generan molestias. De esa manera, se le asigna nuevamente la actividad de permanecer expuesta esta vez ante 3 situaciones que le produzcan ansiedad o pánico durante 5 minutos en el transcurso de la semana y así pueda registrar conductas y emociones negativas que ha experimentado. En caso de que, el paciente comente que no puede realizar la exposición durante el intervalo de tiempo propuesto, se llega a un acuerdo para disminuir el tiempo y se llegue a culminar la tarea. Es decir, se modifican algunos aspectos de la técnica para que se lleva a cabo de la mejor forma donde se observe que el ataque de pánico o malestar disminuya notablemente; no obstante, si la técnica de exposición resulta ser abrumadora a un nivel extremo, se le recomienda a la evaluada que por el momento la tarea debe detenerse y se retome en otro momento. subsiguientes que se incrementa el tiempo de exposición y cantidad de veces expuesta durante la semana.</p>

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento
Sesión 09	Explicación de la terapia de solución de problemas Intervenir con la técnica de solución de problemas	Diálogo Expositivo Registro	Al empezar la sesión se le explica a cada paciente ciertos aspectos teóricos acerca de la terapia de solución de problemas. En seguida, se establecen aspectos a tomar en cuenta según el criterio del paciente sobre su problemática que para dicha sesión sus ideas deben estar clarificadas o evaluadas de forma adecuada para poder tomar decisiones acertadas a futuro; por ende, los aspectos a desarrollar son: Definir y formular el problema, generar soluciones alternativas, elegir las 3 soluciones más factibles y útiles, con el objetivo de tomar decisiones respetando 4 factores fundamentales: probabilidad de que el conflicto se solucione, calidad del resultado que esperamos a nivel emocional, proporción del tiempo y esfuerzo que necesitamos y coste y beneficio tanto personal como social que se espera. Por último, la paciente pone en práctica las posibles soluciones y se verifica la efectividad de los resultados mediante un registro.

N° de sesión	Objetivos	Técnicas Aplicadas	Procedimiento
Sesión 10	Reevaluación de las discusiones cognitivas	Diálogo Expositivo Seguimiento pendiente	En la última sesión se les plantea a cada paciente distintos casos hipotéticos en los cuales la protagonista es cualquiera de ellos frente a su problema de ansiedad; con la finalidad de reevaluar las distorsiones cognitivas que posiblemente hayan quedado arraigadas y evaluar los nuevos pensamientos o ideas modificadas que se trabajaron durante las sesiones programadas y finalmente, se le señala a cada paciente que, refuerce los recursos que posee como herramientas de afrontamiento frente a su problema de ansiedad y pánico y por ende, se vea reflejado en las actividades que realiza diariamente, habiendo resultados positivos en su desarrollo personal, emocional y social.

La propuesta de intervención cognitivo conductual se llevó a cabo en 10 sesiones, cada una de 45 minutos de duración de una vez por semana, en los horarios de atención de acuerdo con la disponibilidad del grupo de participantes. Cada sesión siguió una estructura. Nombre de la sesión, objetivo, tiempo de duración, estrategias a utilizar, recursos, procedimiento, actividad personal.

Cada sesión estuvo dividida en 6 momentos:

- Saludos y bienvenida al grupo. Con actividades que refuercen un clima amical y de comunicación entre los participantes.
- Retroalimentación de las actividades personales de la sesión desarrollada anteriormente.
 - Explicar el objetivo de la sesión.
 - Presentación de la metodología a desarrollar.
- Propiciar el aprendizaje de nuevos conocimientos y cambio de actitudes: Los participantes usan sus habilidades para analizar su problemática.
- Se pone énfasis en lo aprendido. Los pacientes ejecutan la práctica de lo aprendido demostrando un cambio en su comportamiento.

Al inicio de la siguiente sesión se realiza un replanteamiento de las actividades grupales realizadas en la sesión anterior y se hace una retroalimentación a nivel grupal con la participación voluntaria de los pacientes. Durante el desarrollo de las sesiones se realizó el seguimiento de cada paciente realizando las observaciones y entrevistas individuales con el objetivo de conocer la evolución de cada uno de los pacientes con el de cada una de las sesiones y su grado de satisfacción de cómo han percibido el desarrollo del programa.

Al final del programa se aplica la encuesta de satisfacción a los integrantes del grupo para tener en cuenta su percepción referida al programa de intervención.

3.2.4. Cronograma del plan de trabajo

Tabla 4

Cronograma de sesiones de la TCC-2021

PLAN DE TRABAJO	CRONOGRAMA			
	AGO	SET	OCT	NOV
Observación.	X			
Entrevista con los pacientes	X			
Entrevista con los pacientes de acuerdo con la consulta	X			
Aplicación del Cuestionario de ansiedad de Beck		X		
Primera sesión: Explicar conceptos básicos de la Terapia Cognitivo- Conductual		X		
Segunda sesión: “Técnicas de relajación”		X		
Tercera sesión: “Distorsiones cognitivas”			X	
Cuarta sesión: “Reestructuración cognitiva”			X	
Quinta sesión: “Control de la respiración”			X	
Sexta sesión: “Aproximaciones sucesivas”			X	
Séptima sesión: “Terapia de exposición”				X
Octava sesión: “Técnica de exposición”				X
Novena sesión: “Terapia de solución de problemas”				X
Décima sesión: “Distorsiones Cognitivas”				X
Aplicación del cuestionario de ansiedad de Beck				X

3.2.5 Análisis de los resultados diagnósticos

Para organizar los resultados descriptivos del cuestionario de ansiedad de Beck y sus dimensiones de la prueba

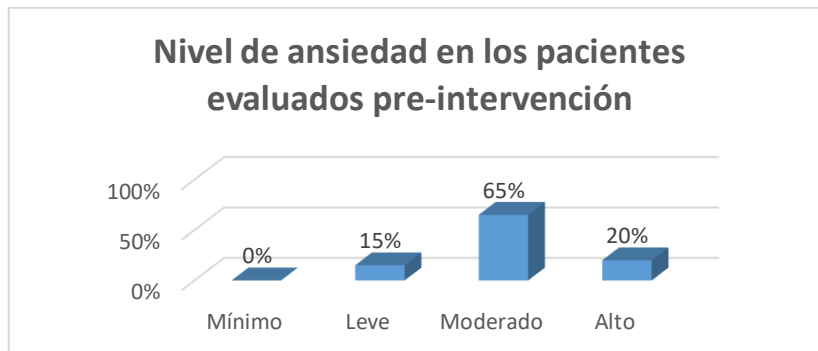
Tabla 5

Distribución de los niveles de ansiedad de la muestra antes de la intervención

F	Puntuación	N
0	0-7	Mínimo
3	8-15	Leve
13	16-25	Moderado
4	26-63	Grave
20		

Figura 5

Resultados obtenidos en la prueba de ansiedad antes de la intervención



De acuerdo con los resultados expuestos en la tabla 5 y figura 5, tenemos las puntuaciones de los 20 pacientes que han participado en el programa de intervención de los cuales 3 pacientes se encuentran en un nivel leve de ansiedad (15%), 13 pacientes se encuentran en un nivel moderado (65%) y 4 pacientes se encuentran en un nivel alto de ansiedad (20%)

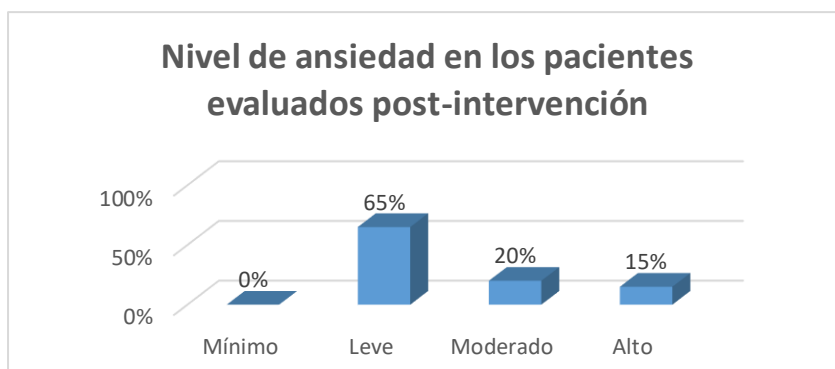
Tabla 6

Distribución de los niveles de ansiedad de la muestra – Post intervención

F	Puntuación	N	%
0	0-7	Mínimo	
13	8-15	Leve	65%
4	16-25	Moderado	20%
3	26-63	Alto	15%
20			

Figura 6

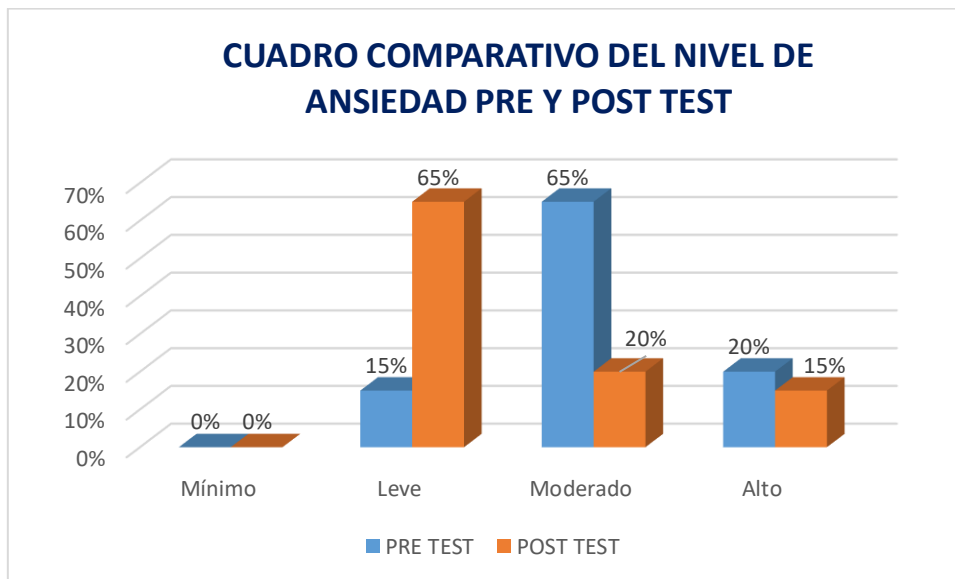
Resultados obtenidos en la prueba de ansiedad después de la intervención



De acuerdo con los resultados expuestos en la tabla 6 y figura 6, de la evaluación post intervención de los 20 participantes en el programa 3 pacientes se encuentran en un nivel leve de ansiedad (15%), 13 pacientes se encuentran en un nivel moderado (65%) y 4 pacientes se encuentran en un nivel alto de ansiedad (20%)

Figura 7

Análisis comparativo del nivel de ansiedad pre y post intervención



Como se puede apreciar en la figura 7, luego de la intervención el nivel alto de ansiedad disminuyó en un 5%, es decir de 20% a 15%, el nivel moderado disminuyó en 45%, es decir de 65 a 20%, el nivel leve se incrementó en 50% es decir de 15 a 65%. De lo que podemos concluir que el programa de intervención ha logrado cambios en los niveles de ansiedad de los pacientes lográndose un descenso de los niveles alto y moderado hacia el nivel leve.

CAPÍTULO IV: PRINCIPALES CONTRIBUCIONES

CONCLUSIONES

1. El programa de intervención cognitivo conductual ha logrado reducir de modo considerable el nivel de ansiedad en las personas que participaron.
2. El programa de intervención cognitivo conductual es efectivo para el abordaje de la ansiedad en pacientes con temor a contraer la enfermedad por Covid-19.
3. El programa de intervención cognitivo conductual es efectivo para el abordaje de la ansiedad en pacientes que han sufrido Covid-19.
4. El programa de intervención cognitivo conductual es efectivo para el abordaje de la ansiedad en pacientes que han sufrido Covid-19.
5. Al término del programa de intervención cognitivo conductual, los pacientes lograron comprender que es posible poder cambiar sus esquemas de pensamiento, así como su manera de sentir y de actuar y que es importante destacar la predisposición en su participación que les permita afrontar de manera adecuada las diversas situaciones que se tornan difíciles en sus vidas.
6. Al comparar los indicadores de ansiedad a través de sus mediciones de ansiedad antes y después de la aplicación del programa se encontraron diferencias significativas ya que disminuyeron las fuentes de ansiedad y como consecuencia de ello evidencian cambios positivos en el ambiente.

RECOMENDACIONES

1. Planificar Programas de Intervención en el Manejo de otras variables asociadas a la ansiedad, como depresión, estrés, asociadas al padecimiento de enfermedades emocionales y médicas, ya que los resultados nos han demostrado tener eficacia.
2. Continuar con estudios de investigación, a nivel general, en pacientes con sintomatología asociada para poder medir el tiempo de eficacia de los programas de intervención ya que los niveles hallados en las participantes son una señal de alerta para su salud física y emocional.
3. Hacer estudios de investigación sobre la eficacia de programas que consideren otras variables relacionadas con los estados emocionales, personalidad, tratamiento médico, edad, sexo, entre otras.
4. Realizar un estudio de seguimiento sobre los indicadores de la ansiedad y las implicancias de la eficacia del programa de intervención a través del tiempo.
5. Enfatizar en las medidas preventivas y la multicausalidad de la enfermedad médicas, su prevención y manejo deben hacerse de manera integral e interdisciplinaria, (médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeros, fisioterapeutas) para tener los alcances deseados en el control de las enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS


- Briceño (2021) *Ansiedad por el covid-19 y bienestar psicológico en personas adultas del distrito de ate vitarte* [Tesis de licenciatura]. Universidad de San Martín de Porres.
https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/8402/BRICE%203%91O_CM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Caballo (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo XXI.
<https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>
- Chacón (2021). *Generalidades sobre el trastorno de ansiedad*. Revista Cúpula 2021; 35 (1): 23-36
<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Marrero (2019). *Trastornos de ansiedad. Servicio de Psiquiatría*. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.
<https://cipesalud.com.ar/wp-content/uploads/2020/05/trastornos-de-ansiedad.pdf>
- Matovelle (2021) *Intervención neuropsicológica en ansiedad y depresión en personal médico a cargo del área COVID en el hospital universitario del río* [Tesis de maestría]. Universidad de Azuay Cuenca-Ecuador.
<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/10718/1/16265.pdf>
- Pacheco (2019). *Adicción al internet, impulsividad y ansiedad en estudiantes de nivel secundaria de dos instituciones educativas de villa el salvador*. [Tesis de licenciatura]. Universidad Autónoma del Perú.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/696/PACHECO%20CHAVEZ%20DANA%20GRACIELA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ruiz, Diaz y Villalobos (2012) *Manual de técnicas de intervención Cognitivo conductual*. Desclée De Brouwer, S.A.
<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/304ecb650075d21dd0e2ed615276c34d.pdf>

Sala (2000) Paciente ¿Por qué?. *Revista Cubana de Estomatología*. 37(2)

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072000000200009



Anexo 1 INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK- BAI

 <p>IPPSIP Reg. Públicos N° 12103072 - A0001</p>	<p>INSTITUTO PERUANO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD E INVESTIGACIONES PSICOSOCIALES.</p>	<p>INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)</p>
--	---	--

I. DATOS GENERALES

APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE

Edad:

Género:

II. INSTRUCCIONES


A continuación, encontrarás frases que describen como te sentías antes y después de la terapia grupal.

Responde cada afirmación marcando con un aspa (X) la respuesta asegurándose de leer todas las frases antes de realizar la elección.

III. TEST BECK

INDICADOR	VALOR DE LA ESCALA			
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
	1	2	3	4
Torpe o entumecido				
Acalorado				
con temblor en las piernas				
Incapaz de relajarse				
Con temor a que ocurra lo peor				
Mareado o que se le va la cabeza				
Con latidos del corazón fuerte y acelerados				
Inestable				
Atemorizado o asustado				
Nervioso				
Con sensación de Bloqueo				
Con temblores en las manos				
Inquieto, inseguro				
Con miedo a perder el control				
Con sensación de ahogo				
Con temor a morir				
Con miedo				
Con problemas digestivos				
Con desvanecimientos				
Con rubor facial				
Con sudores, fríos o calientes				

Anexo 2 FICHA TÉCNICA DE BAI

		FICHA TÉCNICA	
Nombre del instrumento	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)		
Autor	Lic. Ps Natalia Irrazabal Martínez		
Ámbito de la aplicación	Sujetos de 60 a más		
Tiempo de aplicación	20 minutos		
Nivel	Adultos mayores		
Administración	Individual y colectiva		
Usos	instrumento que del tes de Beck que permite evaluar de manera confiable y válidamente las escalas de autovaloración de los pacientes		
Contiene	21 ítems compuestos por los síntomas de la ansiedad		
Materiales	Escala de autovaloración		

Anexo 3 FICHA DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN

 IPPSIP <small>Reg. Públicos N° 12103072 - A0001</small>		INSTITUTO PERUANO DE PSICOLOGIA DE LA SALUD E INVESTIGACIONES PSICOSOCIALES.		FICHA DE ENCUESTA DE SATISFACCIÓN	
I. DATOS GENERALES					
Fecha:			Hora:		
APELLIDOS Y NOMBRE DEL PACIENTE					
Edad:					
a) 60 a 64		b) 65 a 70		c) 70 a 79	
d) 80 a más		a) Femenino		b) Masculino	
a) Educación Primaria		b) Educación secundaria		c) Educación superior	
II. SATISFACCIÓN DEL PACIENTE					
1. ¿Usted considera que fue tratado con respeto por el equipo terapéutico?					
a) siempre		b) A veces		c) nunca	
2. ¿Usted considera que fue tratado con respeto por el equipo terapéutico?					
a) siempre		b) A veces		c) nunca	
3. ¿Las veces que fue atendido por el equipo terapéutico fue?					
a) puntual		b) Espero 5 a 10 minutos		c) mas de 30 minutos	
4. ¿En la atención virtual usted experimento sentido de confianza con el equipo terapéutico?					
a) siempre		b) A veces		c) nunca	
5. ¿Ha recibido usted información para la mejoría de su salud mental de parte del equipo terapéutico?					
a) siempre		b) A veces		c) nunca	
6. ¿En caso afirmativo la información que recibió fue?					
a) Fácil de comprender			b) Difícil de entender		
7. ¿Considera usted que las sesiones virtuales con el equipo terapéutico fueron beneficiosas en el contexto de la pandemia COVID 19?					
a) siempre		b) A veces		c) nunca	
8. ¿Considera usted que la utilización de tecnologías digitales es una alternativa cómoda, oportuna de mayor cercanía con el paciente y que cubre sus expectativas?					
a) Si			b) No		
9. ¿El uso de la tecnología digital para usted fue de difícil manejo y acceso durante sus atenciones virtuales?					
a) Complejo y muy difícil de comprender		b) Con práctica constante hay cierto nivel de facilidad		c) Asimila la tecnología sin mayores problemas	
d) Otra					



1. Apertura

Sr. (a) Usuario y Familia, soy la psicóloga Lic. Y a través del sistema virtual, lo saludamos y damos la más cordial bienvenida; como es de conocimiento público, debido a la pandemia del

COVID 19, toda población se encuentra acatando el periodo de aislamiento como medida de seguridad y prevención de la enfermedad, motivo por el cual, se ha implementado esta vía, por la cual

todas las atenciones en el consultorio psicológico serán virtuales, la que nos acerca a nuestros usuarios y propicia el encuentro terapéutico cuyo objetivo es el mejoramiento de su salud mental

a través de la participación en el programa estructurado por el equipo de Psicólogos. Conforme le fue informado y aceptado por Ud.,

Tipos de Evaluación Psicológica de la Salud Mental
Evaluación Psicológica Inicial: Paciente Nuevo

Evaluación Psicológica Continuada: Evaluar los cambios aparición de nuevos problemas.

Evaluación Psicológica Focalizada: Pertinente a un problema determinado

Evaluación Psicológica de Urgencia: Identificar la situación como urgente o no, determinar la naturaleza, e intervenir.

Evaluación Psicológica de Urgencia: Identificar la situación como urgente o no, determinar la naturaleza, e intervenir.

Evaluación Psicológica de Urgencia: Identificar la situación como urgente o no, determinar la naturaleza, e intervenir.

Evaluación Psicológica de Urgencia: Identificar la situación como urgente o no, determinar la naturaleza, e intervenir.

2. Actividad

Espacio Adecuado

Espacio privado, sin interferencias externas, indicar, silla cómoda o sofá. Indicar la reducción de

la estimulación sensorial ambiental. Evitar contaminación sonora, no peligros físicos próximos.

FASES (INICIO, DESARROLLO Y CIERRE)

A. INICIO

Explicación del Proceso

B. DESARROLLO

ESTABLECER RELACION TERAPEUTICA

Es necesario que el terapeuta practique la aceptación incondicional del paciente para que el paciente se

sienta comprendido, aceptado y apoyado en este proceso que está iniciando. El Rol del evaluador consiste

en comprender de la forma más íntegra posible el mundo experimentando por el consultante.

RECOGIDA DE DATOS

El psicólogo observa los patrones corporales y lingüísticos del paciente, la forma como enfrenta el campo,

la coherencia del relato, su vivacidad, emocionalidad, los cambios durante la sesión. La entrevista es

descriptiva que intenta captar además de signos y síntomas, la experiencia subjetiva del paciente a través

de la intuición del terapeuta.

Durante toda la entrevista hace énfasis en como el paciente vivencia su ciclo de la experiencia más que en

como relata. Se escucha en forma empática realizando lentamente algunas correlaciones con afirmaciones

previas del paciente, así este aumenta su sensación de bienestar.

DIAGNOSTICO PSICOLÓGICO

En la Psicoterapia Gestáltica y en el modelo humanista en general nuestro objetivo es la persona como

totalidad y no solo determinados aspectos de ella.

C. CIERRE

Dar el agradecimiento al entrevistado, preguntar cómo se sintió y de que se da cuenta al término de la entrevista



Anexo 5 Cartilla de Relajación



INSTITUTO PERUANO DE
PSICOLOGÍA DE LA SALUD
E INVESTIGACIONES
PSICOSOCIALES.
Reg. Públicos N° 12103072 - A0001

CARTILLA DE RELAJACIÓN

1. Apertura

Sr. (a) Usuario y Familia, soy la psicóloga Lic Y a través del sistema virtual, lo saludamos y damos la más cordial bienvenida; como es de conocimiento público, debido a la pandemia del

COVID 19, toda población se encuentra acatando el periodo de aislamiento como medida de segu-

ridad y prevención de la enfermedad, motivo por el cual, se ha implementado esta vía, por la cual

todas las atenciones en el consultorio psicológico serán virtuales, la que nos acerca a nuestros

usuarios y propicia el encuentro terapéutico cuyo objetivo es el mejoramiento de su salud mental

a través de la participación en el programa estructurado por el equipo de Psicólogos.

Conforme le

fue informado y aceptado por Ud.,

2. Actividad

Espacio Adecuado

Espacio privado, sin interferencias externas, indicar silla cómoda o sofá. Evitar contaminación

sonora, no peligros físicos próximos. Si fuera posible contacto con la tierra. Si fuera posible

contacto con colores ambientales: verde azul, evitar colores saturados, música relajante (clásica,

de su preferencia, etc.) Medio natural: temperatura suave, no peligros físicos próximos.

PREPARAR EL CUERPO

Indicar ropa cómoda, suelta. Postura sentada: espalda recta, piernas sueltas no cruzadas. Reposo relativo

ACTIVIDAD PROPIAMENTE DICHA

Respiración abdominal o diafragmática

Atención y percepción en un miembro o grupo muscular y "aflojar -soltar", contracción activa de un

miembro o grupo muscular y "aflojar-soltar". Fluir con los movimientos corporales.

Distensión activa (estiramiento) de grupos musculares

Auto masaje relajante.

Focalizar relajación de Manos y pies, frente, lengua, maxilares, facies, cuellos, músculos abdominales,

área pélvica.

Ejercicio completo de Jacobson

Técnicas de visualización- imaginación de escenas agradables: paisajes colores, sonidos

Tareas de Mándalas.

GUIAR LA MENTE

No engancharse a (ni luchar contra) los pensamientos

No engancharse a (ni luchar contra) las emociones

Evitar monólogos interiores.

Repetición mental de una palabra agradable: "Paz, Tranquilidad"

FEED BACK

Autocomprobación de consecuencias fisiológicas de la relajación, expresión de experiencia, rescatar el

darse cuenta de cada participante y cerrar con la devolución del terapeuta.

